

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

GIULIA ENGEL ACCORSI

**SÍFILIS, LOUCURA E CIVILIZAÇÃO: A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA E A
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAMPO NEUROPSIQUIÁTRICO NO RIO DE
JANEIRO (1868-1924)**

Rio de Janeiro
2020

GIULIA ENGEL ACCORSI

**SÍFILIS, LOUCURA E CIVILIZAÇÃO: A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA E A
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAMPO NEUROPSIQUIÁTRICO NO RIO DE
JANEIRO (1868-1924)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Cristiana Facchinetti
Coorientador: Prof. Dr. André Felipe Cândido da Silva

Rio de Janeiro
2020

GIULIA ENGEL ACCORSI

**SÍFILIS, LOUCURA E CIVILIZAÇÃO: A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA E A
INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAMPO NEUROPSIQUIÁTRICO NO RIO DE
JANEIRO (1868-1924)**

Tese de doutorado 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 Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Cristiana Facchinetti
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-
Fiocruz) – Orientadora

Prof. Dr. André Felipe Cândido da Silva
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-
Fiocruz) – Coorientador

Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara
(Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Instituto de Medicina Social-UERJ)

Prof. Dr. André Mota
(Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Departamento de Medicina Preventiva-
FMUSP)

Profª. Dra. Ana Teresa Acatauassú Venâncio
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-
Fiocruz)

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-
Fiocruz)

Suplentes:

Profa. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento
(Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde – Casa de Oswaldo Cruz-
Fiocruz)

Profa. Dra. Ana María Jacó Vilela
(Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – UERJ)

Rio de Janeiro
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha Catalográfica

A172s Accorsi, Giulia Engel.

Sífilis, loucura e civilização : a paralisia geral progressiva e a institucionalização do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro / Giulia Engel Accorsi ; orientada por Cristiana Facchinetti. – Rio de Janeiro : s.n., 2020.
348 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2020.
Bibliografia: 326-348f.

1. Neurosífilis. 2. Neuropsiquiatria. 3. Psiquiatria. 4. História do Século XX.
5. Brasil.

CDD 616.892

Catálogo na fonte – Eliane Monteiro de Santana Dias – CRB7-5011

Para os Engel e os Accorsi – meus amores absolutos que durante esses quatro anos permaneceram unidos, apesar das distâncias e das doenças.

AGRADECIMENTOS

Apesar de redigido solitariamente, o presente estudo não teria sido possível sem a ajuda, a generosidade e o carinho de dezenas de pessoas.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Cristiana Facchinetti e ao meu coorientador Prof. Dr. André Felipe Cândido da Silva, por terem caminhado ao meu lado durante todo o processo de desenvolvimento desta tese; por toda a compreensão que tiveram e pelo apoio incondicional e carinho que me deram no momento em que mais precisei de acolhimento. Às Professoras Simone Petraglia Kropf e Nara Azevedo e aos Professores Luiz Otávio Ferreira e Gilberto Hochman, sem cujas aulas a minha conversão da biologia para a história teria sido impossível. Ao meu querido trio, companheiro dessa jornada doutoral, Erika Marques de Carvalho, André Luís de Almeida Patrasso e Lucas Lolli Vieira, com quem pude dividir angústias e conquistas. A Amanda Gutierrez, Maria Cláudia Cruz, Paulo Chagas e Sandro Hilário do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, pelo cuidado que dedicam aos alunos do programa e pela ajuda que recebi em momentos de desespero para o cumprimento de prazos e trâmites burocráticos. A Maria Cláudia Santiago, Tarcila Peruzzo e Iara Amorim, da Biblioteca de Obras Raras da Fiocruz. A Cátia Maria Mathias, colega de pós-graduação e chefe da Biblioteca Professor João Ferreira da Silva Filho (IPUB/UFRJ). A Ana Lúcia Albano, da Bibliotheca Gonçalo Moniz da Faculdade de Medicina da Bahia. A todas essas profissionais, um “muito obrigada” especial – sem seu conhecimento, grande parte das fontes aqui analisadas teriam permanecido inacessíveis.

Aos meus pais, Magali e Paulo, pela inspiração diária. À minha avó Clarinha, aos meus padrinhos Gueti e Beto e à minha tia Simone, pelo apoio e carinho *absolutos*. Ao meu irmão Luigi e à minha cunhada Nicole, pela lembrança cotidiana de que eu conseguiria chegar até aqui. Ao meu primo Marcel, há trinta anos me mantendo longe das janelas do 7º andar e firme na disputa de quem é o preferido da vovó. Aos meus pais e mãe do coração, André Fonseca, Edson Fabrin e Mônica Maccachero, porque melhor do que ter dois é ter cinco. Às minhas amigas Dominique Assis, Júlia Aguillar, Juliana Valle e Ludimila Melo, e ao meu amigo Leandro Lee, que me apoiaram em diferentes momentos, se prontificando a me ouvir desfiar uma infinidade de rosários sobre as minhas dificuldades com a tese.

À minha supervisora do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, Dra. Gayle Davis, pelas discussões sobre a pesquisa, pelo incentivo e encorajamento que transformaram para sempre a minha trajetória enquanto pesquisadora. A Beatriz Lemos e Tiago Metello, por

terem sido os primeiros a me acolherem em Edimburgo. A Gabriela Rolim e Marcelo Gidaro, por terem dado continuidade a esse processo de acolhimento como ninguém. A Marcela Delia, pela dedicação, pela paciência, pelas aventuras, enfim, por ter passado a fazer parte da minha vida. A Roberta Leotta, Inês Silva e Elisabeth Rébeillé-Borgella pelas risadas e pelo companheirismo inesquecíveis. A Arran Claringbold, Anna Lively, Claire Aubin, Gladys Mazloun, Hugo Zetterberg, Jackie Simard, James Bright, Jess Campbell, Kelli Conley, Linsey McMillan, Niccolò Aliano, Luísa Rodrigues, Marcela O'Meara, Marina Moya, Mila Daskalova e Monique DePace pelo acolhimento, receptividade e por todos os momentos de diversão. A Adam Budd, pela confiança em mim e nesta pesquisa.

“A biologia me ensinou a examinar uma área submetida à evolução sempre em sua história evolutiva [...] Da mesma maneira, qualquer teoria do conhecimento sem estudos históricos ou comparados permaneceria um jogo de palavras vazio, uma epistemologia imaginária (*Epistemologia imaginabilis*)”.

Ludwick Fleck. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*.
[1935], 2010.

RESUMO

O trabalho discute como o processo de construção do diagnóstico da paralisia geral progressiva (PGP) influenciou a consolidação do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro. O recorte temporal inicia-se em 1868, data da publicação da primeira fonte identificada que aborda aspectos da referida doença. A investigação documental encerra-se no ano de 1924, quando passa a ser utilizado, no Rio de Janeiro, o primeiro tratamento considerado específico para a PGP, a malarioterapia. A análise contempla teses médicas, relatórios administrativos, livros e artigos publicados em diferentes periódicos. Conclui-se que a PGP fora enquadrada pelo campo neuropsiquiátrico carioca a partir da apropriação de ferramentas consideradas pela medicina geral como científicas e objetivas, em diferentes épocas. Os debates acerca dos contornos da enfermidade iniciaram-se articulados aos referenciais provenientes do campo da anatomia patológica, que floresceu durante o oitocentos, transformando a PGP na primeira doença mental que evidenciava a relação entre lesões materiais e sintomas clínicos, de acordo com o discurso de muitos médicos do período. Durante o novecentos, a sífilis ganhou papel de destaque como causa da PGP, aproximando as discussões sobre a última de temas como as teorias da degeneração e racializadas. Ao tomar parte nestas contendas, neuropsiquiatras buscavam conferir legitimidade social a sua especialidade, demonstrando seu valor no processo de construção de uma nação brasileira civilizada e saudável. Neste momento, a importância dos laboratórios ganhava proeminência na retórica destes profissionais e, mais uma vez, a PGP permitiu que ferramentas diagnósticas e terapêuticas consideradas mais objetivas pelos diferentes campos médicos fossem apropriadas por parte deles. Mesmo vitimando um número pouco significativo de indivíduos, a doença viabilizou o diálogo entre cientistas de diferentes especialidades. Ao discutir aspectos relacionados ao processo de construção do diagnóstico da paralisia geral progressiva, a presente tese pretende contribuir para o enriquecimento do arcabouço historiográfico relativo à história da psiquiatria no Brasil.

ABSTRACT

This research discusses how the framing of general paralysis of the insane (GPI) engaged with the professionalization of neuropsychiatry in Rio de Janeiro. The investigation begins in 1868 when the first source that addresses aspects of the disease was published. It ends in 1924, when the first specific treatment for GPI, the malariotherapy, was put in practice in Rio de Janeiro. The analysis is mainly based on medical thesis, administrative reports, books, and articles published in different academic journals. This work concludes that PGP framing process occurred essentially amidst the appropriation of tools considered by general medicine as scientific and objective, at different times. The debates about the delineation of the disease began in connection with references from pathological anatomy, which transformed GPI into the first mental illness that evidenced the relationship between material lesions and clinical symptoms. During the nineties, syphilis gained a prominent role as a cause of GPI, fomenting discussions about it in association with topics such as theories of degeneration and racialization. By taking part in these debates, neuropsychiatrists sought to confer social legitimacy to their field, demonstrating its value through the process of building a healthy and civilized Brazilian nation. At this time, the importance of laboratories gained prominence in the rhetoric of these doctors and, once again, GPI allowed laboratory tools to be appropriated by them. Even though a small number of individuals were diagnosed with GPI, the disease made possible the dialogue between different medical fields. In discussing aspects related to the framing process of general paralysis, the present thesis aims to enrich the historiographic framework related to the history of psychiatry in Brazil.

LISTA DE SIGLAS

ABPNSA – Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins

AIM – Academia Imperial de Medicina

AMLA – Assistência Médica e Legal de Alienados

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

FMBA – Faculdade de Medicina da Bahia

FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

HNA – Hospital Nacional de Alienados

HPII – Hospício de Pedro II

IPLDV – Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas

PGP – paralisia geral progressiva

PO – Pavilhão de Observação

SBNPML – Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal

SMCRJ – Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 1 |
| CAPÍTULO 1 – A “DOENÇA DE BAYLE” CHEGA À CAPITAL DO IMPÉRIO: a circulação das ideias sobre a paralisia geral progressiva articuladas ao processo de emergência do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro (1868-1882) | 26 |
| 1.1 Antoine-Laurent-Jessè Bayle e a descrição da <i>arachnitis chronique</i> | 29 |
| 1.2 A paralisia geral progressiva nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro | 55 |
| 1.3 A paralisia geral progressiva nos periódicos médicos da Corte | 72 |
| 1.4 Entre “organicistas” e “idiopáticos”? A paralisia geral progressiva como uma enfermidade autônoma | 89 |
| CAPÍTULO 2 – UMA DOENÇA DA CIVILIZAÇÃO? A paralisia geral progressiva e os debates sobre os rumos da nação brasileira (1883-1912) | 93 |
| 2.1 Interfaces entre a formação médica e a institucionalização do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro | 95 |
| 2.2 <i>Uma</i> entidade nosológica autônoma? O reflexo das discussões entre unitaristas e dualistas e a consolidação do enquadramento clínico da paralisia geral progressiva | 100 |
| 2.3 “O incontestado progredir da paralisia geral dos alienados” no Brasil | 119 |
| 2.4 uma doença da civilização – a paralisia geral progressiva e suas causas | 134 |
| 2.5 “Procure-se em outras circunstâncias que não no clima” | 140 |
| 2.6 O “tipo genuinamente nacional” e o “inteligente médico do exército” – a paralisia geral progressiva e as teorias sobre as “raças” no pós-abolição | 144 |
| 2.7 “Desgraçadas” e “bailarinas” – os perfis moral e de classe associados às mulheres paralíticas | 161 |
| 2.8 A sífilis no Brasil no final do novecentos e início do século XX – um panorama | 170 |
| 2.9 A circulação das primeiras ideias acerca da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva | 177 |
| 2.10 “Atuando num terreno preparado” – a correlação entre sífilis e PGP no círculo neuropsiquiátrico do rio de janeiro | 186 |
| 2.11 A loucura no caminho do progresso brasileiro – debates envolvendo a paralisia geral progressiva no contexto de consolidação do campo neuropsiquiátrico carioca | 193 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO 3 – CIVILIZAÇÃO E “SIFILIZAÇÃO” – o processo de aceitação da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva no primeiro quartel do século XX | 199 |
| 3.1 “Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes” | 203 |
| 3.2 Sobre agulhas e micróbios – o desenvolvimento das técnicas laboratoriais e seu impacto no diagnóstico da paralisia geral progressiva | 214 |
| 3.3 As primeiras apropriações das técnicas laboratoriais nos espaços do Hospital Nacional de Alienados | 225 |
| 3.4 Degeneração, hereditariedade e a paralisia geral progressiva | 237 |
| 3.5 “Jovens que muito antes de serem paralíticos já eram degenerados” – as relações entre heredo-sífilis e PGP | 245 |
| 3.6 Encontrados por uns e confirmados por outros – os experimentos de Hideyo Noguchi e Joseph W. Moore | 258 |
| 3.7 Da “boa vontade” de médicos e filantropos – os laboratórios do Hospital Nacional de Alienados e a profilaxia da sífilis nervosa | 265 |
| 3.8 A neuropsiquiatria entre a clínica e o laboratório? O diagnóstico diferencial da paralisia geral progressiva | 272 |
| 3.9 “Que serologistas e sífilógrafos se congreguem” – as discussões sobre os protocolos para a reação de Wassermann | 280 |
| 3.10 “Paralisia geral = civilização + sífilização” | 289 |
| 3.11 “ <i>Febris ascendens spamos solvet</i> ” – a aplicação da malarioterapia no Rio de Janeiro | 294 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 303 |
| FONTES | 314 |
| BIBLIOGRAFIA | 326 |

INTRODUÇÃO

Esta tese aborda o processo de construção da paralisia geral progressiva (PGP) enquanto doença mental, entre 1868 e 1924, a partir da literatura acadêmica produzida por médicos que atuavam no Rio de Janeiro. A paralisia geral foi descrita em 1822, pelo alienista francês Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858), sob a denominação de aracnoidite crônica. Seu reconhecimento enquanto entidade nosológica¹ autônoma levou algumas décadas para se consolidar, ocorrendo em meio a uma série de controvérsias inerentes não apenas às suas manifestações características, mas também à sua etiologia. Os potenciais desdobramentos nervosos da sífilis são conhecidos desde pelo menos a primeira metade do século XIX.² Contudo, foi apenas durante o início do novecentos que a doença venérea adquiriu papel de destaque como causa de certas enfermidades psíquicas. Reunidas sob o termo “neurossífilis”, cunhado durante a década de 1920, a diferenciação entre a sífilis cerebral, a *tabes dorsalis* e a paralisia geral progressiva era considerada, pelos médicos nacionais e internacionais da época, como nada trivial. E levava-os constantemente a debates com seus pares, no sentido de se decidirem sobre o diagnóstico mais apropriado.

A sífilis cerebral foi caracterizada principalmente por sintomas como fortes dores de cabeça, desorientação temporal e espacial, convulsões, paralisia local e hemiplegia (paralisia em um dos lados do corpo) (HURN, 1998: 93-94). De acordo com grande parte dos médicos, muitos dos casos sofriam remissões (melhoras) a partir da administração do tratamento específico para as formas iniciais da sífilis – a saber, primeiro o mercúrio e, depois, os compostos arsenicais, como o Salvarsan e o Neosalvarsan. A *tabes dorsalis* foi descrita como uma doença autônoma durante a década de 1840, por neurologistas alemães que singularizavam a especialidade naquele momento (HURN, 1998: 57). Distúrbios nos movimentos, especialmente na capacidade de caminhar do paciente, advindos de lesões na coluna espinhal, e dores lancinantes eram consideradas suas manifestações mais patentes (HURN, 1998: 57).

Meu interesse pelo tema da paralisia geral progressiva relaciona minha formação em biologia e em história das ciências, emergindo a partir da pesquisa que desenvolvi no mestrado, sobre uma terapêutica denominada malarioterapia. A malarioterapia foi o primeiro tratamento

¹ Entidade nosológica é o termo que utilizo para me referir à doença enquanto “ente”, não somente dotado de características sintomáticas, anatomopatológicas e terapêuticas, mas também de significados simbólicos e de um imaginário próprio. Tal apropriação deriva das escolhas teórico metodológicas inerentes à forma como parte da historiografia da medicina pretende tratar as enfermidades humanas – a saber, encarando-as como categorias que emergem a partir não somente de referenciais biológicos, mas também socioculturais (ROSENBERG, 1997).

² MOREIRA, D. C. **Considerações geraes sobre a syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1839.

considerado eficaz, de um modo geral, para a paralisia geral. Desenvolvido entre as décadas de 1910 e 1920, grupos de médicos em diferentes lugares do mundo se apropriaram e aplicaram o referido tratamento. No Rio de Janeiro não foi diferente, e a malarioterapia ocupou espaço significativo nos debates neuropsiquiátricos ocorridos entre 1925 e 1950. Percebi que a formação em ciências biológicas me propiciou ferramentas convenientes para uma análise pormenorizada da produção do conhecimento médico-científico das doenças psíquicas infecciosas.

Notei ainda que, apesar da significativa presença da paralisia geral progressiva no debate acadêmico da medicina neuropsiquiátrica oitocentista e noitocentista, a enfermidade ainda não havia sido alvo de estudo sistemático pela historiografia brasileira, em contraste com a literatura internacional. Diferentes pesquisas sobre a doença têm sido produzidas em diversos países. Em linhas gerais, tais investigações articulam as concepções médicas construídas sobre a PGP à emergência dos campos psiquiátricos e neurológicos nas respectivas formações sociais sob análise (ARMAS, 2000; ARTVINLI, 2014; BROWN, 1994; CARRARA; CARVALHO, 2010; DAVIS, 2008; ENGSTROM; CROZIER, 2018; HURN, 1998; KAPLAN; 2010a, 2010b; KRAGH, 2017; O’CONNOR, 2015; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2014; STEWART *et al.*, 2017). Algumas delas contemplam, ainda, as discussões sobre o tratamento da paralisia geral através da já mencionada malarioterapia (BRASLOW, 1996; BROWN, 2000; DAVIS, 2008; HURN, 1998; KRAGH, 2010; SUZUKI, 2003; TARELOW, 2009; TSAY, 2013).

A pesquisa aqui proposta contribui para a historiografia da medicina brasileira não somente porque se debruça sobre um objeto inédito, mas porque analisa a emergência e a consolidação do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro sob o viés das relações estabelecidas entre sífilis, loucura e civilização – relações que ainda não foram exploradas pelo campo da História. Defendo aqui que a paralisia geral progressiva teve papel importante neste processo, uma vez que é clara a relação entre a dinâmica de seu enquadramento e as aspirações de profissionalização, especialização, cientifização e legitimação da neuropsiquiatria,³ entre a segunda metade do século XIX e o primeiro quartel do século XX.

O interesse em acompanhar o percurso histórico de individualização desta entidade nosológica, e de sua posterior correlação com a sífilis, avultou-se mediante o crescimento da incidência desta última na população global nos últimos anos. Em outubro de 2019, a Secretaria

³ Segundo Ede Cerqueira (2014) as fronteiras entre a psiquiatria, a neurologia e a medicina legal se demarcaram, primeiramente, entre a primeira e a terceira áreas de interesse médico. Em 1881, a neuropsiquiatria passou a ter uma cadeira específica nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (CERQUEIRA, 2014: 78). Já a neurologia só teria uma cátedra na FMRJ em 1912. Assim, em meu texto, utilizarei os termos “neuropsiquiatria”, “neuropsiquiatria” e suas variantes nos períodos anteriores a 1913.

de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde reportou um aumento de cerca de 50% na detecção nos casos de sífilis adquirida⁴ no Brasil, entre 2017 e 2018. Para a referida doença, de notificação compulsória no país desde 2010, foram registrados 59,1 casos (por 100.000 habitantes) no primeiro ano, número este que subiu para 75,8 no segundo (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019: 9). Tais dados podem denotar, a princípio, apenas uma melhoria no sistema que constata a ocorrência da sífilis no Brasil. Contudo, uma série de declarações e artigos publicados recentemente defendem um real acréscimo no número de pessoas infectadas pela doença venérea (BLAŽEKOVIĆ *et al.*, 2018; KOJIMA; KLAUSNER, 2018; REPORT ON GLOBAL, 2018; TUDDENHAM; GHANEM, 2018). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o expressivo crescimento dos casos de sífilis não se limita ao Brasil ou a um grupo específico de países, constituindo uma tendência mundial preocupante (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019: 9). A entidade reconhece, atualmente, dois estágios para a sífilis adquirida – inicial e tardio. O último grupo, para o qual geralmente evoluem os casos não-tratados, ou que receberam tratamento inadequado, abrange indivíduos que apresentam sintomas mais graves, entre eles os cardiovasculares e neurológicos (ORIENTAÇÕES, 2001: 40).

Pude ver que muitas das controvérsias sobre as formas de categorização e diagnóstico da sífilis nervosa persistem na atualidade (TUDDENHAM; GHANEM, 2018). Isto conferiu uma mirada histórica ao exame de problemáticas relacionadas à acurácia das estimativas de prevalência da neurosífilis e à coleta de dados sobre esta enfermidade. Além de minoritárias e precárias, essas continuam a basearem-se em parâmetros de definição de casos que variam de estudo para estudo. De acordo com Tuddenham e Ghanem (2018), atualmente não existem testes de alto padrão para a identificação das manifestações nervosas da doença venérea. Consequentemente, seu diagnóstico pauta-se, ainda, na combinação de sintomas clínicos e laboratoriais – os últimos, provenientes, sobretudo, das análises conduzidas no líquido cefalorraquidiano (LCR) de pacientes suspeitos. Deste modo, as formas nervosas da sífilis, entre elas a paralisia geral progressiva, continuam a mobilizar a atenção de médicos em diferentes lugares do mundo, os quais seguem lidando com as controvérsias que envolvem tais quadros patológicos, em um esforço de tentar conter sua disseminação entre as populações.

Esta relevância sanitária da sífilis e de suas expressões nervosas, somada à minha formação multidisciplinar auxiliaram-me a pensar sobre a importância da disseminação dos debates referentes à doença venérea, suas formas de transmissão e manifestação. Ainda nos dias

⁴ Chama-se de sífilis adquirida a infecção pelo *Treponema pallidum* que é contraída através de outros meios, que não o congênito.

de hoje tais debates são tabus em muitos grupos sociais, em vista de todo o imaginário vergonhoso e imoral que o diagnóstico da doença ainda carrega consigo (GUIMARÃES; IDOETA, 2019).

Fontes e recorte temporal

É difícil, quando não impossível, descrever corretamente a história de um domínio do saber. Ele consiste em numerosas linhas de desenvolvimento das ideias que se cruzam e se influenciam mutuamente. [...] É como se quiséssemos reproduzir por escrito uma conversa agitada em sua sequência natural, onde várias pessoas falam desordenadamente ao mesmo tempo, sendo que, apesar disso, cristaliza-se uma ideia comum. Temos que interromper constantemente a continuidade temporal da linha descrita das ideias para introduzir outras linhas; temos que deter o desenvolvimento, para isolar as interligações; e, ainda, temos que deixar muita coisa de lado para obter as linhas principais. Um esquema mais ou menos artificial entra então no lugar da apresentação da vivacidade de efeitos mútuos (FLECK, 2010: 55-56).

É em meio a este clima de conversa ao telefone, ou, talvez mais adequado para a contemporaneidade, de uma videoconferência entre pesquisadores de diferentes países, que delinee as fontes e o período cronológico a serem analisados. Não utilizo a passagem de Fleck para justificar ou fazer mea-culpa com relação às lacunas que o presente estudo possui. Mas para torná-las reais, palpáveis, e poder justificar de modo claro minhas escolhas teórico-metodológicas. A análise inicia-se em 1868, data da publicação do primeiro trabalho acadêmico, que pude localizar, que traz considerações sobre a paralisia geral progressiva. O recorte estende-se até 1924, quando o primeiro tratamento considerado específico para a doença, a malarioterapia, passou a ser utilizada nas dependências da Assistência Médica e Legal de Alienados. Durante a segunda metade da década de 1920, a ampliação do uso da malarioterapia na Capital Federal reorientou importantes referenciais sobre os quais estavam calcadas as visões médicas sobre a PGP. Inaugurou-se, assim, uma fase de reenquadramento da doença, que renovou, sobretudo, as concepções sobre sua cura – antes considerada muitíssimo improvável por grande parte dos médicos. A ampliação do uso da malarioterapia pôs fim ao niilismo terapêutico que se encontrava significativamente disseminado entre os campos neuropsiquiátricos no Brasil e no exterior, constituindo uma forma de mostrar que seus

profissionais eram capazes não só de identificar, mas também de tratar as doenças mentais, com protocolos específicos baseados nos parâmetros de cientificidade vigentes (TSAY, 2013).

O(a) leitor(a) perceberá que o *corpus documental* analisado pelo presente estudo consiste predominantemente nas teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, mas que são complementadas por outras fontes, como artigos, memórias, manuais acadêmicos e relatórios institucionais. Deparei-me com o desafio metodológico de encontrar um ponto de interseção entre as essências aparentemente dessemelhantes que emanam de cada um desses documentos. O que eles possuem em comum são elos mais ou menos densos com o processo de constituição de um campo de estudo das doenças mentais no Rio de Janeiro. Escrevo “mais ou menos densos”, porque as primeiras fontes nas quais a PGP aparece foram produzidas em um período no qual a institucionalização do campo neuropsiquiátrico carioca encontrava-se, ainda, em estado inicial.

Na Capital do Império, o campo médico se institucionalizou amplamente influenciado pelos preceitos da medicina ambiental e da higiene. Muitos médicos que atuaram no Rio de Janeiro, berço de uma das primeiras escolas médicas do Brasil, empenharam grandes esforços em produzir novos conhecimentos acerca do diagnóstico, da terapêutica e da identificação dos elementos causadores das doenças que se acreditava inerentes ao clima tropical. Com isso, e baseados nos referenciais da higiene, tais profissionais intentavam reafirmar sua expertise e jurisdição sobre as enfermidades que ocorriam em território nacional, além de desenvolver diretrizes para evitar sua disseminação (EDLER, 2001: 99; FERREIRA, 2009). Calcada em concepções que emprestavam princípios da climatologia, da anatomia clínica, da botânica, da topografia, da meteorologia, entre outros ramos das ciências naturais e da medicina, a higiene se institucionalizou no Brasil, sobretudo através da criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ), em 1829, mais tarde, em 1835, denominada Academia Imperial de Medicina (AIM) (EDLER, 2001; FERREIRA, 2001).

Segundo Luiz Otávio Ferreira (2009: 17), a despeito de não poder se afirmar que “um vigoroso movimento higienista de ampla repercussão política e intensa mobilização social” tenha emergido da atuação sociopolítica das instituições supracitadas, a apropriação local das ideias provenientes do campo da higiene é, para o autor, “uma questão relevante em face da peculiar produção discursiva gerada a respeito da singularidade do fenômeno saúde-doença no contexto social e natural brasileiro”. Herdeira do neo-hipocratismo, a higiene emergiu enquanto campo de estudos no mesmo contexto em que a medicina, de modo mais amplo, passava por reorientações epistemológicas decorrentes do surgimento da tradição clínica. O neo-hipocratismo enxergava o fenômeno do adoecimento necessariamente imbricado a elementos

como o ambiente e a sociedade, ou seja, era adepto da ideia de que ambos intervinham de modo significativo no desencadeamento dos quadros patológicos. Baseada principalmente nos conceitos de constituição e de topografia médicas, tal visão ambientalista da medicina entendia que determinados atributos dos ambientes físico e social permitiam o desenvolvimento de certas doenças, articulando-as com determinadas áreas geográficas. Deste modo, “a prática higienista exigia a observação sistemática do clima e da geografia das regiões e, sobretudo, a vigilância ambiental do espaço urbano, o que se traduzia em medidas de saneamento com especial atenção ao problema da contaminação e da circulação das águas e dos ares” (FERREIRA, 2009: 18).

Foi nesse contexto, especificamente no ano de 1832, que a Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro deu origem à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ). A primeira fora criada em 1808, quando a Corte Portuguesa se transferiu para o Rio de Janeiro e o Príncipe Regente, D. João VI, iniciou uma série de reformas de orientação liberal – entre elas, a criação das primeiras instituições de ensino e relacionadas à disseminação das artes no Brasil. O surgimento de tais instituições pôs fim à necessidade de que os aspirantes a médicos tivessem que cruzar o Atlântico em direção ao Velho Continente para conquistarem seus diplomas de físicos e/ou cirurgiões. A proposta de transformar a Academia Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro em uma Faculdade de Medicina, nos moldes franceses, surgiu no âmbito da SMCRJ, em meio à influência dos paradigmas da anatomoclínica, da higiene e da saúde pública (EDLER, 2011: 153-160).

A elaboração de uma tese de doutoramento para a obtenção do referido grau na FMRJ tornou-se obrigatória em 1830 (JACÓ-VILELA; ESPÍRITO SANTO; PEREIRA, 2005: 10). Do ponto de vista estético e de conteúdo, as teses assemelhavam-se a monografias de final de curso, nas quais, em geral, seus autores apresentavam as ideias defendidas por médicos atuantes em diferentes países, inclusive os brasileiros, acerca das enfermidades psíquicas. Às vezes, inclusive, posicionavam-se com relação à determinada opinião proveniente desses cientistas seniores. Parece-me que a escolha dos temas a serem abordados era feita pelos próprios estudantes. Contudo, muitas das introduções e agradecimentos presentes nos trabalhos registram significativa influência de certos professores nesta decisão.

Segundo Magali Gouveia Engel (2001: 183-252), os debates médicos sobre a loucura emergiram inicialmente com foco nos indivíduos alienados que vagavam pela capital do império, encontravam-se reclusos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia – sob condições insalubres e de violência – ou, ainda, no caso daqueles pertencentes às famílias abastadas, confinados em suas casas. Os médicos argumentavam que tais indivíduos muitas vezes sequer recebiam tratamento, ou, quando isso ocorria, eram submetidos a terapêuticas

consideradas ineficientes e que não melhoravam seu estado de suposto desequilíbrio mental. A partir de 1830, começaram a surgir as primeiras manifestações médicas pela criação de uma instituição especial para o atendimento aos “loucos” da Corte, baseadas, principalmente, nas “denúncias das condições às quais estavam submetidos os alienados internados na Santa Casa de Misericórdia, formuladas naquele ano pela Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro” (ENGEL, 2001: 190). Tal Comissão fora instaurada com o intuito, entre outras coisas, de denunciar o contexto de maus tratos e insalubridade nos quais se encontravam os alienados internados em instituições consideradas despreparadas para lhes fornecer os cuidados e, especialmente, o tratamento necessários (ENGEL, 2001: 191).

Instaurada esta Comissão, floresceram debates envolvendo diretamente médicos que estiveram à frente da criação da SMCRJ, a exemplo de José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856) e Luiz Vicente De-Simoni (1792-1881). Ambos iriam, ao longo da década de 1830, publicar textos em periódicos médicos, como o *Diário de Saúde* e a *Revista Médica Fluminense*, acerca da necessidade da criação de um “hospício” na cidade do Rio de Janeiro. Em meio às calorosas reivindicações foi defendida, em 1837, na FMRJ, a primeira tese sobre alienação mental, de autoria de Antonio L. da Silva Peixoto (?-?). Nela o autor “revelava-se um ardoroso defensor da necessidade de se isolar o louco, mediante sua reclusão em uma ‘casa de alienados’ [...]” (ENGEL, 2001: 191). As discussões ocorridas no âmbito da SMCRJ culminaram em certo consenso sobre a necessidade de criação de um estabelecimento próprio para o atendimento dos alienados na Capital Federal. Isso resultou na construção do primeiro “hospício” brasileiro, o Hospício de Pedro II (HP II), que abriria suas portas no final de 1852 (ENGEL, 2001: 200-202).⁵

Ao analisar teses sobre as “nevroses” defendidas na FMRJ entre 1850 e 1880, Monique de Siqueira Gonçalves (2011) frisa que a ausência de uma cadeira direcionada ao estudo das doenças mentais teria sido um dos empecilhos para o desenvolvimento mais amplo das pesquisas relacionadas ao tema. Assim como Engel (2001: 10), Gonçalves assinala a escassez de observações clínicas *próprias* nos trabalhos produzidos durante as décadas de 1850 e 1860. Apesar disso, a segunda autora nota um esforço significativo por parte dos jovens médicos para que estivessem a par das reflexões mais recentes veiculadas por doutores europeus sobre as moléstias mentais. Destacando a menção a alienistas britânicos e franceses, Gonçalves delineia um processo não de simples assimilação, mas de apropriação dessas ideias, evidenciando as

⁵ A criação do HP II foi aprovada por um decreto de 18 de julho de 1841, após a recente coroação de Pedro II como imperador, que passou a ser um dos principais patronos da instituição que levava seu nome. Entretanto, a inauguração da instituição ocorreu apenas 11 anos depois, em 5 de dezembro de 1852 (ENGEL, 2001: 200-202).

discordâncias teóricas ventiladas pelos médicos brasileiros com relação a aspectos concernentes aos entendimentos internacionais sobre as doenças mentais (GONÇALVES, 2011: 143-206).

Quando examina os trabalhos doutorais produzidos durante a década de 1870, a autora já nota a presença de resultados de observações clínicas que teriam sido coletadas de modo indireto – a partir da apreensão da experiência de outros médicos que atuavam no HPII ou em outras instituições asilares cariocas, como a Casa de Saúde do Dr. Eiras,⁶ por exemplo. Tais trocas permitiam, ainda que indiretamente, a incursão dos estudantes da FMRJ nos casos de certos pacientes internados no Hospício de Pedro II – evidência que desconstrói a ideia de uma separação *total* entre ambos os espaços e inacessibilidade *completa* dos estudantes aos exemplos representados pelos internos da referida instituição. A autora conclui, no entanto, que os debates sobre a loucura, no final do século XIX, tinham pouco alcance quando comparados às discussões médicas mais gerais. Tal conclusão caracteriza-se como evidência de que o conhecimento alienista carecia de certo reconhecimento quando colocado em paralelo às outras especialidades no período (GONÇALVES, 2011: 165-186).

Como Gonçalves, considero que até 1882 os trabalhos produzidos na FMRJ, bem como os escassos artigos e memórias publicados em periódicos médicos que circularam durante o oitocentos, refletem um esforço e um interesse por parte de certos médicos em investir e ampliar os estudos sobre as enfermidades da mente. Ressalto, entretanto, que as páginas dos trabalhos nas quais enxergo tal interesse não constituem registros de um *projeto de nação*. A importância da análise das primeiras obras que se referiam à paralisia geral progressiva reside, assim, em compreender quais foram as primeiras concepções detidas pelos médicos que atuavam e/ou se formavam no Rio de Janeiro imperial sobre a doença, e como essas se articularam ao processo institucionalização da medicina mental que encontrava-se embrionário no momento.

Tais ideias foram orientadas por paradigmas provenientes do campo da anatomia patológica, considerados, à época, imprescindíveis na produção de um conhecimento médico reconhecido como científico. Contudo, grande parte do saber alienista emergiu à margem destes paradigmas, não porque seus teóricos não estivessem preocupados com tais referenciais – é

⁶ Localizada no bairro de Botafogo, a Casa de Saúde Dr. Eiras foi criada no início da década de 1860, inicialmente, com o nome de Casa da Convalescença. A referida instituição, particular, recebia majoritariamente pacientes abastados e, segundo Gonçalves (2011: 65), fora a primeira a promover-se em seus anúncios como um espaço que forneceria tratamento especializado aos pacientes alienados nela internados. Em 1864, a direção da instituição foi ocupada por Manoel José Barbosa, à época, também diretor do serviço sanitário do Hospício de Pedro II. No ano seguinte, assumiriam Manoel Joaquim Fernandes Eiras e Joaquim Pedro da Silva. O último fora substituído alguns anos depois por João Ribeiro d'Almeida quem, em 1875, deixou a direção da casa de saúde exclusivamente nas mãos de Eiras. Gonçalves (2011) afirma, com base no grande volume de anúncios da Casa de Saúde Dr. Eiras, os quais a autora acompanhou por 16 anos nas edições do *Almanak Laemmert*, que a clínica se caracterizava como uma instituição de prestígio e significativo volume de arrecadação.

importante destacar – mas porque, seguindo os princípios do empiricismo dos quais muitos eram adeptos, não encontraram relações entre os referenciais médico-científicos supracitados e grande parte dos quadros de adoecimento mental. A paralisia geral progressiva consistia, para alguns alienistas, como uma exceção nesse sentido, pois sua primeira descrição, publicada em 1822, encontrava-se baseada em lesões anatomopatológicas. Assim, sua história foi marcada por tentativas do alienismo e, mais tarde, da neuropsiquiatria, de se apropriar e aplicar os paradigmas da medicina geral em seu *corpus* nosológico. Em outras palavras, a medicina mental buscou, através do enquadramento da PGP, legitimar os entendimentos que produzia, enquanto conhecimento genuinamente científico. A maneira através da qual a doença foi descrita e diagnosticada caracterizou-se como um reflexo da tentativa desses profissionais de seguirem uma tendência mais ampla e que já havia influenciado outros campos da medicina.

Os médicos, cujos escritos analiso, são entendidos como homens de seu tempo, atores de um processo histórico que espelhou a maneira que esses viam o mundo, e não apenas como indivíduos que produziram teorias pura e simplesmente a serviço de seus anseios profissionais, institucionais e/ou políticos, buscando nada além de legitimação e prestígio social. Deste modo, as ideias alienistas/neuropsiquiátricas aqui discutidas são analisadas como produto de uma determinada *Weltanschauung* e não apenas como resultado das aspirações sociopolíticas da especialidade. Para alguns alienistas de meados século XIX, a PGP expressou a esperança de que todo e qualquer tipo de enfermidade da mente fosse um dia correlacionado a lesões encefálicas; para outros, a moléstia permaneceria como uma exceção nesse sentido. Mas de todo modo, quando reconhecida pelo campo médico enquanto tal, a PGP representava a viabilidade da produção de um conhecimento sobre as moléstias psíquicas enquadrado através de paradigmas tidos como objetivos. A saber, principalmente, da relação de causa e efeito entre uma lesão material⁷ de natureza anatomopatológica e sintomas clínicos. Essa relação, reconhecida na PGP, foi uma peça-chave no longo processo de busca pela ascensão do alienismo à *ciência psiquiátrica*.

Retornando ao contexto do Hospital Nacional, parte dos médicos que lá atuaram durante a segunda metade do século XIX não se encontrava satisfeita com as dinâmicas que passaram a reger a instituição depois de sua inauguração. A partir sobretudo de 1860, médicos, como

⁷ Utilizo os termos “lesão material”, “lesão anatômica” e “lesão somática” de modo intercambiante para me referir a lesões que atingiam o corpo do ponto de vista material, físico. Aludo a traumas considerados mais perenes – geralmente, até irreversíveis –, diferentes de um desequilíbrio fisiológico, por exemplo. É importante ressaltar, contudo, que a noção de “lesão orgânica” frequentemente utilizada por alienistas franceses como Esquirol e Pinel, era mais ampla. Como veremos a seguir, em muitos casos, o termo “lesão” referia um desequilíbrio fisiológico, e o “orgânico” o envolvimento de órgãos nesses processos, os quais, segundo os médicos mencionados, poderiam levar à loucura.

Nuno de Andrade e João Carlos Teixeira Brandão, procuraram aproximar o ensino sobre as doenças mentais da instituição asilar. Mas seus clamores nesse sentido, especialmente os de Brandão, passaram a ser significativamente contemplados apenas a partir da década de 1880. O início do funcionamento da Cátedra de Clínica Psiquiátrica, em 1883, seguido da criação, em 1890, de uma instituição que regulamentava as dinâmicas de auxílio aos ditos “loucos(as)”, a Assistência Médica e Legal de Alienados, foram acontecimentos fundamentais no processo de institucionalização da medicina mental no Brasil, tanto na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, como no HPII, o qual, a partir desse mesmo ano, passou a ser chamado de Hospital Nacional de Alienados. Tais eventos concretizaram-se em um período marcado pelas aspirações de uma república desenvolvida e moderna – período esse considerado pela historiografia brasileira como bastante “auspicioso” para o desenvolvimento de diferentes áreas científicas no Brasil e para a consolidação de uma *intelligentsia* que articulava o progresso da nação ao progresso das ciências (HEIZER; VIEIRA, 2011).

Um dos elementos que certamente alertou a necessidade de ampliação nos estudos conduzidos nos campos científicos da bacteriologia, da sorologia e da parasitologia no Brasil foi a epidemia de peste bubônica ocorrida no porto de Santos (SP), em 1899. Segundo Benchimol (2003: 69), esse foi um dos principais elementos que contribuiu para a criação de institutos de pesquisa, como os institutos soroterápicos situados no Distrito Federal e em São Paulo. O primeiro foi inaugurado em 1900 e sua direção ficou a cargo de Oswaldo Cruz. O médico, que se tornou diretor de Saúde Pública anos mais tarde, reuniu ao seu redor uma série de estudantes interessados em investigar as diversas patologias que assolavam o país e, através dessas pesquisas, pensar políticas que garantiriam melhorias para a saúde da população brasileira. Neves (2011: 32) aponta, como características desse início republicano, a tendência desses intelectuais, bem como o “fazer científico” do qual eram partidários, serem inseridos nas dinâmicas institucionais e/ou burocráticas estatais, o que, ao mesmo tempo, visava legitimar, “por meio da ciência, a ação do Estado”.

Como exemplo de um “homem de ciência” cuja trajetória embasa bem esta constatação, a autora cita Julio Afrânio Peixoto,⁸

médico formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1898, com tese famosa sobre as relações entre epilepsia e crime, que se desdobrará em *funcionário público*, tendo atuado como inspetor de Saúde Pública do Distrito Federal (1902) e Diretor do Hospital Nacional de Alienados (1904); *literato*, romancista e ensaísta, membro (1911) e presidente da Academia Brasileira de

⁸ Para uma análise riquíssima sobre a trajetória de Afrânio Peixoto ver SILVA, 2014.

Letras (1923); *educador*, diretor da Escola Normal do Rio de Janeiro (1915), diretor de Instrução Pública do Distrito Federal (1916) [...] (NEVES, 2011: 35).

Neves destaca, entretanto, que Peixoto seria apenas um entre os inúmeros intelectuais que frequentavam espaços científicos tão diversos e, a título de um segundo exemplo, ainda que com menor multiplicidade de inserções, elenco Juliano Moreira, de quem Peixoto foi muito próximo (JACOBINA, 2019). Colaboradores em artigos e na apresentação de comunicações, ambos os médicos formados pela Faculdade de Medicina da Bahia são figuras de grande importância para o presente trabalho, uma vez que suas concepções acerca das doenças mentais, incluindo a paralisia geral progressiva, e atuações enquanto ocupantes de cargos públicos tiveram inúmeros pontos de encontro. Depois do retorno de uma de suas viagens à Europa, ocorridas entre o final do oitocentos e início do novecentos, Moreira correu diversos hospitais do país, analisando seus estados de funcionamento (VENANCIO, 2005). Aparentemente, sua nomeação como diretor do HNA estava sendo gestada neste mesmo período e Afranio Peixoto esteve envolvido nas negociações com o então Ministro da Justiça José Joaquim Seabra (MUÑOZ, 2014). Em 1903, Moreira deixou Salvador rumo à Capital da República para assumir o cargo de diretor do Hospital Nacional de Alienados, nomeado por Seabra (JACOBINA; GELMAN, 2008). Auxiliado pelo primeiro, Moreira empreendeu uma série de reformas, como a criação de novos pavilhões no HNA, a exemplo do Pavilhão Griesinger, dedicado aos cuidados dos pacientes portadores de paralisia geral progressiva, sífilis cerebral e *tabes dorsalis*, e melhorias no laboratório anatomopatológico e no necrotério. Mais tarde, Moreira, também junto a Afranio Peixoto, esteve envolvido na criação do primeiro periódico nacional dedicado ao estudo das enfermidades psíquicas e na fundação da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010; CERQUEIRA, 2015).

A virada entre os séculos XIX e XX assistiu ao aumento expressivo no número e na profundidade dos trabalhos que versavam sobre a paralisia geral progressiva. Em meio à institucionalização do campo neuropsiquiátrico, o processo de consolidação da PGP enquanto doença autônoma suscitou debates que engajavam seus profissionais nas discussões sobre as melhores formas de se orientar o país em direção ao progresso e promover a construção de uma nação brasileira. Tais discussões estiveram intimamente ligadas ao supramencionado processo de transição política pelo qual passava o país, e durante o qual a cidade do Rio de Janeiro passou de corte imperial a capital da república em meio a amplas reformas urbanas e institucionais.

Um dos temas de discussão caros a Moreira e Peixoto eram as teorias racializadas em voga neste período do final do século XIX e início do século XX. Ambos questionavam as potenciais relações entre os aspectos ditos “raciais” e diversas patologias as quais, grande parte da tradição médica do final do oitocentos acreditava, incidiam mais comumente sobre as regiões tropicais. Segundo Warwick Anderson (2014), ao “sul do equador”⁹ muitos cientistas pareciam investir em interpretações mais amplas sobre as teorias racializadas europeias e estadunidenses, as quais levavam em consideração ideias de plasticidade racial, adaptação ao ambiente, miscigenação e a fluidez das fronteiras entre as diferentes “raças”. Exatamente por conta dessas ideias originais, Anderson defende que o hemisfério sul não somente se apropriava das referidas concepções, mas produzia seus *próprios* pontos de vista sobre o tema, constituindo-se, assim, como um “centro de produção de conhecimento científico”. Logo, quando o olhar historiográfico se volta sobre esta produção científica pretérita, a história das teorias produzidas sobre as raças muda *dramaticamente*, posicionando as concepções concebidas por intelectuais na Europa e nos Estados Unidos como uma *parcela* da história do pensamento racializado.

Moreira e Peixoto se opunham à ideia de que a miscigenação era uma das causas da degeneração da população brasileira, como defendia, por exemplo, o médico Nina Rodrigues (ODA, 2001). A dupla aproximava-se mais da visada kraepeliana, segundo a qual as diferentes enfermidades, incluindo as mentais, incidiam sobre os povos de modo universal. Para Moreira e Peixoto, o que interferia no grau desta incidência, se maior ou menor, eram, sobretudo, as condições de educação e higiene nas quais encontrava-se cada população. Ambos os homens de ciência flertavam com linhas de pensamento não-deterministas. Contudo, é importante ressaltar que sua interpretação sobre a relação entre “raça” e doença mental encontrava-se atravessada por teorias já existentes e o fenômeno da degenerescência em si nunca foi negado por esses médicos (ODA, 2001).

Moreira e Peixoto também associavam o alto grau de incidência das doenças, inclusive das diferentes formas de sofrimento mental, ao nível de civilização de uma nação. O processo civilizatório, ao mesmo tempo em que, acreditava-se, trazia a modernização e a urbanização dos espaços sociais, sobretudo através de ferramentas científicas, expunha a população dos grandes centros como o Rio de Janeiro a regimes laborais, vícios alcóolicos e excessos sexuais

⁹ É importante destacar que, segundo Anderson (2014), a utilização da linha do equador como um referencial geográfico, apesar de contribuir para a didática e a clareza da discussão, a torna, ao mesmo tempo, irreal. O termo “sul global” é, para o autor, impreciso, já que sua verdadeira extensão dependeu, e continua dependendo, de diferentes dinâmicas históricas, a exemplo das divisões políticas e dos processos de exploração econômica.

altamente nocivos para sua saúde física e mental.¹⁰ Para que o saldo do referido processo de desenvolvimento residisse no progresso de uma nação, seu ônus deveria ser neutralizado com o auxílio do conhecimento científico produzido pela medicina e, naturalmente, de seus profissionais. A neuropsiquiatria não ficaria de fora dessa “corrida” por um lugar no *hall* das ciências médicas, buscando provar seu valor frente ao desafio político, econômico, social e científico que se instaurava perante a sociedade brasileira.

Para coletar o conjunto de títulos aqui analisados realizei, na Base Minerva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, uma busca através de palavras-chaves,¹¹ que me permitiu elencar as obras nas quais discussões sobre a paralisia geral progressiva poderiam estar presentes. A partir de uma dessas obras,¹² fui remetida a publicações de memórias e artigos que versavam sobre a PGP, concentrando-me nas que me pareceram relevantes na complementação da análise das teses. Além disso, conduzi uma busca na Hemeroteca Digital da Fundação Biblioteca Nacional e pude mapear mais alguns textos publicados em periódicos veiculados entre 1800 e 1905. Ao confrontar as ideias trazidas pelas diferentes fontes, acredito ter conseguido edificar uma visão mais geral sobre o início do processo de construção da paralisia geral progressiva enquanto doença mental.

Neste último ano, 1905, passou a ser publicado o primeiro periódico dedicado especificamente ao estudo das questões psíquicas – os *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*. Originalmente veiculada com esse título, a revista tinha em seu corpo editorial os médicos Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, e seu principal objetivo era a divulgação de estudos nacionais sobre o tema das doenças mentais (FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010).¹³ Assim, grande parte dos trabalhos sobre a paralisia geral progressiva passou a ser publicada nos *Archivos...*, de modo que as principais discussões referentes à doença começaram a aparecer de modo mais sistematizado a partir do ano em

¹⁰ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811.

¹¹ Palavras-chave utilizadas: Bayle; cefalo-raquidiano; cefalorraquidiano; cephalo racheano; cephalo rachiano; cephalo rachidiano; demência paralítica; demencia paralytica; dementia paralytica; encefalite; general paralysis of the insane; general paralysis; general paresis; liquor; neurossífilis; neurosyphilis; paralisia geral progressiva; paralisia geral; paralisia; paralisias; paralyisia geral progressiva; paralyisia geral; paralyisia; paralyisias; periencefalite; periencefalite; periencephalite chronica difusa; punção lombar; punção lombar; reação; reação; reacções; reacções; sífilis cerebral; sífilis do sistema nervoso; sífilis nervosa; syphilis cerebral; syphilis do systema nervoso; syphilis nervosa; Wassermann.

¹² ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896.

¹³ Em 1908 o periódico passou a ser denominado *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*. Em 1919, novamente, seu título mudou, agora para *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria* (FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010).

questão. Isso ocorreu não somente na forma de artigos, mas também, e talvez sobretudo, das atas das reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, criada em 1907, que eram veiculadas na revista supracitada. Em especial, o último tipo de documento mostra que as controvérsias relativas à PGP perduraram durante o primeiro quartel do século XX, mobilizando a atenção não somente de neuropsiquiatras, mas também de médicos dedicados aos campos da sifilografia e da sorologia.

Defendo, contudo, que o fato de a paralisia geral progressiva ter permanecido rodeada por controvérsias desde sua descrição até o final do primeiro quartel do século XX não inviabilizou seu *status* de doença mental que representava o potencial científico da neuropsiquiatria. Isso fica bastante claro não só nas atas da Sociedade, nos artigos e teses publicados sobre a doença, mas também em outras fontes. Nos relatórios ministeriais referentes às três primeiras décadas do noventa, especialmente naqueles dedicados à segunda e à terceira, a PGP é referida como exemplo pelo Diretor da Assistência Médica e Legal dos Alienados, Juliano Moreira, para ilustrar o amplo poder patológico da sífilis para a nação brasileira. A partir das menções à paralisia geral, Moreira embasava a necessidade de uma intervenção profilática, a qual reuniria subsídios advindos do Governo e da Fundação Gaffrée e Guinle, instituição filantrópica, e contaria, para o seu empreendimento, com a força de trabalho teórico-prática de médicos com *expertise* em neuropsiquiatria, sorologia e sifilografia.

A primeira edição do “*Manual de Psychiatria*” (1921), de autoria de Henrique de Brito Belford Roxo, bem como seu compêndio “*Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905*”, também foram analisados como fontes no presente estudo. Roxo foi Catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, atuando, em um primeiro momento, como interino (1904-1907/1911-1921), e depois, como lente permanente (1921-1945) (MATHIAS, 2017a). Isso significa que, além de professar as aulas e dirigir a espinha dorsal do curso de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Roxo era também diretor do Pavilhão de Observação, espaço que fazia parte do Hospital Nacional de Alienados, e onde ocorriam as aulas da referida cadeira. Também era neste pavilhão que os(as) doentes que seriam internados(as) no HNA recebiam seu primeiro diagnóstico. Assim, tais fontes evidenciam parte significativa das concepções sobre a paralisia geral progressiva com a qual entravam em contato aqueles que se formaram na FMRJ, durante as três primeiras décadas do século XX, fazendo-se bastante importante para as investigações aqui conduzidas.

Referenciais teórico-metodológicos

As fontes que aqui apresentei foram por mim analisadas tendo em mente a proposta exposta por Carlo Ginzburg (1989), acerca da ideia de um “paradigma indiciário”. Para Ginzburg (1989: 157), o conhecimento produzido pelo campo da História é “indireto, indiciário e conjectural”, ou seja, construído a partir de pequenos sinais, os quais, quando captados pelo historiador, permitem a investigação de hipóteses sobre uma conjuntura passada. Deste modo, e a partir da coleta destes indícios, investiguei a hipótese de que a construção da paralisia geral progressiva, enquanto uma categoria diagnóstica neuropsiquiátrica, constituiu-se não somente como um processo que esteve fortemente imbricado à emergência e à consolidação do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro, mas que contribuiu para elas. Esclareço, assim, que o presente estudo traz *respostas verossímeis* para a referida hipótese e não corolários absolutamente verdadeiros no sentido positivista do termo.

O estudo mobiliza, em especial, o conceito de “*framing*” para pensar a paralisia geral progressiva como uma categoria nosológica que foi apropriada por diferentes campos médicos e que oportunizou a circulação de conhecimento entre suas múltiplas correntes, em diversos lugares do mundo. Segundo Charles Rosenberg, cada enfermidade, quando descrita e singularizada, constitui-se como categoria elaborada perante a lógica e a influência de fatores não somente biológicos, mas também históricos e sociais. Dito de outro modo, para autor, as doenças não existem enquanto fenômenos biológicos e sociais até que sejam nomeadas e enquadradas. Tal processo de *framing* (enquadramento) é mediado por diversos atores – entre médicos, pacientes e leigos – consistindo na caracterização de uma enfermidade a partir dos saberes e paradigmas científicos em voga, em determinados momentos, e refletindo os contextos histórico e social nos quais este processo se desenrola (ROSENBERG, 1997: XVI-XX).

Mas quando enquadradas, as doenças tornam-se fatores igualmente estruturantes dos contextos em questão e capazes, então, de orientar políticas públicas, hábitos e valores morais a serem ou não seguidos – como estilos de vida, padrões alimentares, protocolos biomédicos etc. Deste modo, quando um paciente recebe um diagnóstico, o primeiro passa a refletir, *a personificar*, tal enfermidade, situação especialmente significativa no caso de doentes crônicos, como os paralíticos gerais. O quadro da moléstia não era transitório, efêmero, mas considerado duradouro e, em alguns casos, até permanente. Assim, podemos dizer que as doenças são não somente estruturadas pelo contexto, mas que também são capazes de estruturá-lo, apontando prioridades e diretrizes a serem seguidas, beneficiando ou prejudicando em termos sociais,

econômicos e políticos determinados grupos dentro de uma sociedade (ROSENBERG, 1997: XVI-XX).

A partir de uma perspectiva afinada com as concepções de Rosenberg, o presente estudo analisa os elementos histórico-sociais que participaram do processo de enquadramento e reenquadramento da paralisia geral progressiva, primeiro, enquanto uma entidade nosológica autônoma e, depois, como uma enfermidade de origem sífilítica. Tais fatores dizem respeito às teorias e aos debates médicos em voga acerca das doenças mentais, mas também incluem os contextos político, econômico e social em que o processo em questão se desenrolou. Enquanto doença, a PGP impulsionou o estabelecimento de uma relação entre sífilis e loucura e, conseqüentemente, uma transformação nas referências acerca de ambas as enfermidades, no que diz respeito ao seu diagnóstico, ao seu tratamento e aos eventuais estereótipos sociais pensados a partir delas. Assim, a tese alinha-se à ideia de que as doenças se constituem como categorias cujas fronteiras oscilam conforme uma interação complexa entre valores morais, concepções ideológicas, políticas, econômicas e intelectuais em voga nos momentos que são construídas enquanto tais.

Rosenberg (1997) também fala em favor de uma história dos(as) pacientes, visto que os(as) mesmos(as) são parte indissociável do processo de enquadramento de uma enfermidade. No entanto, a historiografia já demonstrou que tal tipo de abordagem demanda a mobilização de tipos de fontes aos quais não tive acesso, bem como uma abordagem teórico-metodológica diferente daquela que utilizo na análise do pensamento e conhecimento médicos em relação à paralisia geral progressiva. Deste modo, pensar uma história da paralisia geral progressiva que inclua as perspectivas dos(as) pacientes sobre seu próprio quadro de adoecimento e/ou as nuances do olhar médico sobre esses indivíduos é um passo importante no enriquecimento do conhecimento sobre a referida doença, mas demandaria uma proposta de investigação diferente daquela que aqui apresento.

Ao longo dos anos e em meio às discussões sobre sua aceitação como doença autônoma, diversos nomes foram propostos para se designar a moléstia originalmente descrita por Antoine Bayle. Entre eles: *paralysie générale des aliénés*, *folie paralytique*, *general paresis*, *general paralysis of the insane*, moléstia (ou doença) de Bayle e *dementia paralytica*. Na maioria das fontes brasileiras aqui analisadas, a doença é referida pelos médicos pelos termos paralisia geral (progressiva) e demência paralítica, por isso também recorrerei a essas denominações para me referir à moléstia em questão. Contudo, mantendo-me atenta às ideias de Rosenberg e, assim, à importância que a nomeação de uma enfermidade possui em sua história, explorarei no primeiro

capítulo da tese as discussões relativas à escolha dos termos utilizados para se fazer referência à paralisia geral progressiva, nas fontes relacionadas ao Rio de Janeiro.

Diálogos historiográficos

Ao se analisar a literatura existente acerca da medicina mental na área da História, percebe-se que a produção sobre o tema da psiquiatria cresceu significativamente nas últimas duas décadas. Prova disso é o também progressivo número de revisões historiográficas elaboradas sobre o tema, tanto no que diz respeito ao contexto brasileiro, quanto àquelas construídas a partir das pesquisas europeias, estadunidenses e latino-americanas (FACCHINETTI; VENANCIO, 2018; HUERTAS, 2001; HESS; MAJERUS, 2011; PORTER; MICALE, 1994).

Em trabalho publicado em 2001, Rafael Huertas procura dar maior visibilidade à robusta produção latino-americana sobre a medicina mental. A exemplo de Volker Hess e Banoît Majerus (2011) e Roy Porter e Mark Micale (1994), grande parte dos trabalhos que procura recuperar os estudos historiográficos em questão direciona seu foco para pesquisas produzidas no Velho Mundo e nos Estados Unidos, por motivos diversos. Entre eles, está a própria constituição das redes de estudo, difusão e discussão sobre o assunto, que acaba por reunir, em sua maioria, pesquisadores(as) destas nacionalidades. Assim, o trabalho de Huertas não somente cumpre seu papel de revisão historiográfica, mas também contribui para a divulgação de muitos dos trabalhos elaborados por estudiosos(as) latino-americanos(as), incluindo brasileiros(as) (HUERTAS, 2001).

Huertas defende que a história da psiquiatria deve ser encarada e utilizada como uma ferramenta para se compreender os processos de conformação e as atuais características desse campo do conhecimento. Assim, os questionamentos pertinentes aos trabalhos produzidos no âmbito das ciências humanas sobre tal campo são fruto de análises, por exemplo, da forma como os psiquiatras faziam uso de teorias sociais para legitimar seu discurso científico; das conjunturas culturais, políticas e econômicas que influenciaram a elaboração dos alicerces do pensamento psiquiátrico; dos motivos pelos quais tais teorias surgiram em certos lugares, em determinados momentos, e como implicaram no desenvolvimento da medicina mental nesses locais (HUERTAS, 2001: 9-10).

O autor distingue algumas correntes historiográficas nas quais insere as produções que versam sobre a história da psiquiatria: a historiografia tradicional, a historiografia crítica ou

revisão e a historiografia social da medicina. Por historiografia tradicional, Huertas entende os trabalhos elaborados, predominantemente, durante os anos de 1930 e 1950, que buscam exaltar os grandes homens e feitos científicos a partir de uma abordagem linear, positivista e *whig*. Tais escritos visariam basicamente, segundo o autor, a legitimação científica e social da medicina mental e de seus profissionais (HUERTAS, 2001: 16-17).

No âmbito da história crítica ou revisionista, Huertas insere grande parte das produções elaboradas nas décadas de 60 e 70. Tais estudos procuram evidenciar o importante papel das ciências sociais nos estudos da história da medicina e amplificar a visão manifestada pelos enfoques mais tradicionais, demonstrando que o saber psiquiátrico é sensível a eventos considerados, por seus autores, como externos ao campo do conhecimento em questão. Dessa forma, afirmam o conceito de loucura como uma construção social permeada por tensões, disputas e alianças, chamando atenção para o aspecto coercitivo e normativo das instituições psiquiátricas e delineando-as como dispositivos de controle social (HUERTAS, 2001: 17-19). Sem deixar de reconhecer a importância de tais pesquisas, Huertas faz críticas de grande pertinência, salientando a ocorrência de certos “excessos interpretativos” e eventuais deslizes metodológicos nos estudos em questão. Assim, muitos desses trabalhos apresentam pouco rigor na análise das fontes e aplicam esquemas interpretativos em contextos históricos que nada tem a ver com aquele nas pesquisas que primeiramente haviam produzido tais conclusões. Vale ressaltar também que, para o autor, não se deve identificar a corrente da historiografia crítica somente com a obra de Michel Foucault e/ou com aquelas publicadas pelos adeptos de suas ideias. Dentro dela, o autor distingue outras duas “sub vertentes” (HUERTAS, 2001: 17-19).

Na vertente que chama de “Ordem e desordem psiquiátrica”, inclui o grupo historiográfico composto por pesquisas influenciadas pela obra do filósofo francês e que, segundo ele, tiveram importância significativa no despertar das análises dos processos de institucionalização da psiquiatria e do papel marginal do(a) paciente mental na sociedade. Huertas batiza de “História, medicina e sociedade” o conjunto que reúne estudos provenientes da história social e que buscam evidenciar as diferentes facetas institucionais, profissionais e técnico-científicas dos processos de mudança de paradigmas, vividos pelos campos da medicina mental, durante a segunda metade do século XIX. Por fim, o pesquisador distingue tal vertente da “História social da medicina”, cujo foco recairia sobre a análise da posição ocupada pelos(as) portadores(as) de sofrimento mental na sociedade, bem como dos elementos sociais, psicológicos e culturais que estipularam esta posição (HUERTAS, 2001: 19-27).

No contexto brasileiro, Facchinetti e Venancio (2018) reconhecem quatro grandes grupos de influência quando analisam a produção bibliográfica relacionada à história da

psiquiatria aqui produzida. O primeiro deles é também tido como tradicional, agregando obras escritas, em sua maioria, por psiquiatras. Em seguida, escrevem sobre os “novos continuístas”, posteriores aos pioneiros em termos geracionais, mas que também procuram celebrar as instituições psiquiátricas e seus “grandes homens”. A vertente crítica aos continuístas é identificada como aquela que compreende trabalhos predominantemente influenciados pelas ideias de Michel Foucault e que defendem a ruptura com uma postura médica e política de normatização. No Brasil, tais estudos produziram denúncias sobre o estado de decadência no qual se encontrava a assistência da saúde mental como um todo no país, defendendo urgentemente mudanças mais fundamentais na dinâmica de funcionamento do campo psiquiátrico brasileiro, especialmente a partir da década de 1970 (FACCHINETTI; VENANCIO 2018: 366-372).

Por fim, as autoras distinguem o quarto grupo como aquele que reúne estudos comprometidos com uma perspectiva mais cultural, produzidos pelos campos da história e da antropologia histórica. Esta vertente aposta na ideia de que a psiquiatria e a doença mental, enquanto objetos de estudo, deveriam ter suas *múltiplas* facetas exploradas e analisadas, delineando esta especialidade médica como um campo em cuja constituição influenciaram fatores científicos, históricos e culturais (FACCHINETTI; VENANCIO, 2018: 382-387).

Ainda que a historiografia sobre o campo da psiquiatria e da loucura tenha tido grande impulso nas últimas décadas, a produção bibliográfica sobre a paralisia geral progressiva no Brasil manteve-se bastante escassa. Geralmente os estudos que mencionam a doença orientam seu foco não a partir dela, mas de questões *afins*, como as terapias biológicas aplicadas nas instituições psiquiátricas e discussões pontuais sobre seu diagnóstico, levadas a cabo nas reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (CERQUEIRA, 2014; PADOVAN; 2010; TARELOW, 2009). A única exceção é o artigo de Sérgio Carrara e Marcos Carvalho, no qual os autores se debruçam sobre um texto de autoria do Dr. Ulysses Vianna, neuropsiquiatra brasileiro de renome, que atuou como médico da Assistência a Alienados do Distrito Federal e como professor da Cátedra de Neurologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a partir de meados da década de 1910 (CARRARA; CARVALHO, 2010).

Ao analisarem os escritos de Vianna, o contexto histórico e as concepções acerca da sífilis à época, os autores afirmam que a paralisia geral progressiva “foi estratégica para a afirmação do organicismo no campo dos ‘problemas mentais’” (CARRARA; CARVALHO, 2010: 395). Apesar das estatísticas fornecidas pelo neuropsiquiatra demonstrarem que os casos de sífilis nervosa eram escassos no Hospital Nacional de Alienados, as preocupações acerca

destas formas de manifestação do “mal venéreo”¹⁴ cresciam, povoando a literatura médica de artigos sobre o tema. O furor ao redor do modelo que refletia as concepções da neuropsiquiatria organicista se intensificou ao longo da primeira metade do século XX, avivando a busca do campo por um lugar no *hall* das ciências médicas. Os autores consideram a criação do Instituto de Neuro-sífilis (ligado à Assistência a Psicopatas do Distrito Federal), em 1937, um “reflexo institucional” da relevância que a sífilis adquiriu no campo da neuropsiquiatria e que perdurou durante toda a primeira metade do século XX (CARRARA; CARVALHO, 2010: 396-397).

Tal tese é muito cara ao presente trabalho. Mas, procuro evidenciar que os impulsos de busca por legitimação da neuropsiquiatria, e que tiveram a PGP como base, são anteriores à sifilização de sua etiologia. O estabelecimento da causa luética da paralisia geral, da *tabes dorsalis* e da sífilis cerebral certamente contribuiu para os processos que conferiram cientificidade à área médica em questão, uma vez que se identificou uma causa *biológica*, segundo os cânones da ciência médica, para um grupo de doenças mentais. Contudo, percebo, através da análise das fontes, que a recepção desta ideia não foi tão passiva e consensual. A aceitação da origem sifilítica da paralisia geral foi paulatina, carregada de discussões e desacordos, os quais *justamente* pretendo analisar no presente trabalho (BERRIOS, 1985).

Penso que os anseios de legitimação e prestígio da medicina mental começaram a moldar o processo de construção do diagnóstico da PGP a partir da circulação das ideias de Bayle no Rio de Janeiro, pelo que as fontes mostram, ainda na década de 60 do século XIX. Defendo esse ponto, porque observo, principalmente nas teses de doutoramento médico, que os principais debates sobre esta entidade nosológica autônoma giravam em torno da associação entre manifestações mentais e físicas (delírios, quadro de paralisia, problemas na fala e na escrita, etc.) e lesões micro e macroscópicas encontradas no encéfalo dos doentes que se considerava acometidos por tal conjunto sintomático.

A historiografia internacional referente à PGP é bastante extensa, contando com trabalhos que se filiam em maior ou menor medida à corrente da história social da medicina. Com referencial teórico-metodológico orientado, sobretudo, pela sociologia do conhecimento, Juliet Hurn aborda a história da paralisia geral progressiva na Grã-Bretanha entre os anos de 1830 e 1950, a partir da análise de textos médicos e de relatórios de diferentes asilos britânicos (HURN, 1998: 6-26). A autora começa escrevendo sobre o processo de construção da PGP como uma enfermidade independente, evidenciando a participação de médicos ingleses e

¹⁴ O uso recorrente do termo “mal venéreo”, no presente estudo, é inspirado pela obra de Carrara (1996).

escoceses nas discussões acerca do assunto, além de sua interlocução com colegas de outras nacionalidades, em especial com alienistas franceses.

Hurn defende que o crescente número de casos da doença na Grã-Bretanha, seu curso degradante e o cuidado intensivo demandado pelos pacientes foram alguns dos motivos que contribuíram para que a atenção dos médicos recaísse sobre a paralisia geral durante a primeira metade do século XIX, e evidencia seus desdobramentos socioeconômicos. O estado debilitante dos enfermos, além de requerer atenção constante por parte dos médicos e, principalmente, de enfermeiras(os), impactava a disponibilidade de mão-de-obra potencial em diferentes partes do território britânico (HURN, 1998: 27-68). Essa é uma questão muito interessante, mas que destoa da realidade por mim enxergada para o Rio de Janeiro. Aqui, a paralisia geral progressiva não acometia, a princípio, um número significativo de pessoas a ponto de comprometer a disponibilidade de mão de obra na cidade.

A autora conclui que a PGP pode ser encarada como símbolo do progresso e do reconhecimento tão almeçados pelos alienistas/psiquiatras que atuaram entre os séculos XIX e XX na Grã-Bretanha. O processo de construção da doença como uma enfermidade independente e, depois, o estabelecimento de sua etiologia sifilítica foi pavimentado de elementos que pretendiam conferir credibilidade científica à prática psiquiátrica, modificando de certa forma os padrões de diagnóstico e tratamento para as afecções mentais. Dessa forma, para a autora, a PGP impulsionou os debates sobre as questões intelectuais e profissionais do campo da medicina mental neste território (HURN, 1998: 301-307).

A extensa pesquisa de Gayle Davis (2008) também traz contribuições importantes para o estudo histórico da paralisia geral progressiva. A autora elucida as relações epistemológicas estabelecidas entre sífilis e loucura, partindo de uma perspectiva que une aspectos sociais e médicos ligados à paralisia geral progressiva (DAVIS, 2008). Como fontes primárias, além de publicações médicas, Davis utiliza predominantemente documentos de admissão em instituições psiquiátricas e livros de observação de pacientes internados em quatro asilos escoceses. Buscando “dar voz” a estas figuras, Davis constrói uma história da doença que leva em consideração não somente publicações médicas, mas também documentos clínicos. A autora começa analisando o diagnóstico da PGP *antes* do que ela chama de “era laboratorial”. Durante este período (final do século XIX), apenas as manifestações clínicas da doença eram levadas em consideração para o diagnóstico da paralisia geral. Assim, além de elencar os principais sintomas físicos e mentais da PGP, Davis discute em que medida esta enfermidade já se caracterizava, na virada do século, como uma categoria estável e coerente, ao menos para os psiquiatras britânicos (DAVIS, 2008: 83-123).

Nas três primeiras teses da FMRJ produzidas especificamente sobre paralisia geral na década de 1880, enxergo a doença em questão como uma entidade cujo *conjunto* de características próprias ainda não se encontrava consensualmente pactuado. Contudo, observo que a PGP era amplamente reconhecida pelo campo neuropsiquiátrico enquanto uma doença autônoma. Como procurei mostrar no primeiro capítulo desta tese, neste momento ainda havia discussão e discordância acerca de determinados aspectos relacionados à enfermidade, como seu quadro de sintomas mais comuns. Mas me oponho à análise de German Berrios (1985), defendendo que a existência de tais debates, por si só, não inviabilizou o enquadramento da paralisia geral progressiva enquanto *entidade nosológica distinta*. Discussões e desacordos são elementos próprios do campo científico, principalmente daqueles que estão em vias de consolidação, como era o caso da medicina mental no Rio de Janeiro, no final do século XIX e início do XX. Durante este processo estão em questão, sobretudo, as bases sobre as quais tais campos irão se legitimar. A paralisia geral progressiva possibilitou, enquanto modelo de doença que relacionava lesões materiais e sintomas clínicos, que os referenciais da anatomia patológica fizessem parte deste embasamento, sobre o qual, no princípio, o alienismo/neuropsiquiatria procurou se edificar enquanto ciência em diferentes lugares do mundo.

Gayle Davis também procura focar a utilização da reação de Wassermann nos asilos estudados, elucidando as características das relações estabelecidas entre patologistas e neuropsiquiatras e, conseqüentemente, entre a psiquiatria clínica e o laboratório (DAVIS, 2008: 125-151). Tal abordagem, apesar de ter sido um ponto de inspiração para o presente trabalho, é menos complexa do que aquela que aqui procuro fazer. Acredito que a relação entre neuropsiquiatras e profissionais provenientes de outras áreas da medicina é anterior à entrada da reação de Wassermann na prática psiquiátrica. Como procurarei mostrar, desde pelo menos 1902, o Hospital Nacional de Alienados contava com um laboratório de anatomia patológica. Fica visível, pela análise das fontes, que tal laboratório – parte de um “complexo” que também incluía um museu anatomopatológico e o necrotério – só passou a funcionar de modo mais efetivo após a entrada de Juliano Moreira para a direção do Hospital Nacional de Alienados. Neste momento os referidos espaços passaram a serem dirigidos por um médico *especializado* em anatomia patológica, o Dr. Raul Leitão da Cunha. O funcionamento destes espaços demonstra que havia interesse por parte dos neuropsiquiatras nos estudos dos referenciais anatomopatológicos através dos quais poderiam ser enquadradas as doenças mentais, a exemplo da PGP.

Outro importante trabalho sobre a paralisia geral progressiva discute como os psiquiatras holandeses enxergavam a doença no período de 1870 a 1920. Segundo Jessica

Slijkhuis e Harry Oosterhuis, a paralisia geral foi motivadora de diversas discussões do campo da psiquiatria holandesa, como por exemplo, daquelas relacionadas às causas morais e sociais das doenças mentais, às medidas profiláticas mais adequadas a serem tomadas no combate às mesmas e à dinâmica e ao alcance da prática psiquiátrica naquele país. Para os autores, a enfermidade também demandava uma rotina de cuidados que aproximava os psiquiatras de médicos residentes em outras especialidades (SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2012: 8-23). Bastante influenciados pelas concepções kraepelianas, muitos dos profissionais da medicina mental atuantes nos asilos da Holanda incluíam nos registros dos pacientes exames clínicos, como a medição da temperatura corporal e dos batimentos cardíacos, descrevendo minuciosamente os sintomas manifestados por estes enfermos. Slijkhuis e Oosterhuis também defendem que a PGP se constituiu como modelo promotor da ideia de que algumas doenças mentais poderiam estar relacionadas a lesões no cérebro e/ou no sistema nervoso em geral. Além disso, a caracterização da paralisia geral progressiva como uma doença típica da civilização moderna legitimava a participação dos *experts* em medicina mental na luta contra um dos males que a acometiam (SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2012: 23-31).

Enxergo um movimento similar àquele narrado pela autora e pelo autor holandeses no Rio de Janeiro. Desde o final do século XIX, a loucura era vista como uma forma de degeneração por muitos médicos que na Capital Federal atuavam, de modo que um(a) paciente considerado(a) paralítico(a) era, por definição, um degenerado(a). No início do noventa, o estreitamento da relação etiológica entre sífilis e paralisia geral progressiva multiplicou o grau de degeneração desses indivíduos que, a partir daí, além de loucos, eram também sífilíticos. A estabilização desta relação foi *fundamental* para que elaborasse uma justificativa sólida para a intervenção da *expertise* neuropsiquiátrica no projeto de construção de uma nação brasileira saudável e moderna, bem como da legitimação social de seus profissionais.

Publicado em 1986, em francês, o livro de Claude Quételet, “Le Mal de Naples: histoire de la syphilis”, foi traduzido para o inglês em 1990, e constitui-se como uma obra bastante completa relacionada à história desta doença. Em um intervalo que vai do final do século XV até os dias atuais, Quételet discute os principais eventos da história do “Mal de Nápoles” encarando-o como um *fenômeno cultural* (QUÉTELET, 1990). Contudo, o autor dedica apenas algumas páginas à paralisia geral progressiva, nas quais articula o referido diagnóstico à emergência das relações entre sífilis e loucura, e discute de modo muito breve alguns de seus principais aspectos (QUÉTELET, 1990: 160-175). Quételet fala sobre a “batalha estatística” envolvida nas discussões acerca da sífilis e etiologia da paralisia geral progressiva, um ponto caro ao presente trabalho, uma vez que tais disputas aparecem sistematicamente em

algumas teses da FMRJ que analisei. A partir da observação de tais fontes, percebo que a estatística foi uma ferramenta que conferiu bastante peso à legitimação da teoria da causa sífilítica da PGP no Rio de Janeiro.

Entendo que as autoras e os autores cujos trabalhos foram anteriormente citados propõem a história da psiquiatria como uma ferramenta para se compreender os processos de conformação do campo da medicina mental, por meio dos conhecimentos produzidos pelo mesmo, em determinados momentos e lugares. Tal visão atrai o foco dos estudos para elementos culturais, sociais, políticos e cognitivos que influenciaram a elaboração dos alicerces do pensamento psiquiátrico em diferentes períodos históricos. O presente trabalho compromete-se justamente com este tipo de abordagem, quando procura analisar os entendimentos sobre a *paralisia geral progressiva* orientado por questionamentos que levam em consideração ao menos parte dos aspectos supracitados. Deste modo, procuro abordar a construção de tal entidade nosológica a partir de uma perspectiva multifacetada, encarando-a como um processo complexo e dinâmico, levado a cabo durante o final do século XIX e o primeiro quartel do XX.

Para tanto, no primeiro capítulo narro como a paralisia geral progressiva se constituiu enquanto entidade nosológica autônoma na França, buscando contemplar debates que, de certo modo, foram bastante simplificados por grande parte da historiografia sobre o tema. Com isso, desconstruo, em certa medida, a ideia de que alienistas franceses de proeminência, como Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol, simplesmente não se interessavam pelos potenciais aspectos anatomopatológicos das doenças mentais. E, com isso, problematizo a divisão feita por autores, como Shorter (1997), entre o alienismo francês, que estava mais preocupado em proteger os preceitos do tratamento moral do que investir no estudo da anatomia patológica das doenças mentais, e a neuropsiquiatria alemã, que teria emergido totalmente disposta a encontrar as bases materiais das enfermidades psíquicas.

É também nesta seção que busco construir os alicerces do argumento que utilizo para contrapor minhas concepções sobre a história da paralisia geral progressiva àquela ventilada por German Elias Berrios (1985). Para o autor, a referida doença não pode ter representado um modelo anátomo-clínico para o alienismo/neuropsiquiatria europeu da virada entre os séculos XIX e XX, primeiro, porque seu conceito não era estável; segundo, porque foram necessários 30 anos para que a PGP fosse aceita como doença autônoma; terceiro, porque, segundo Berrios, a enfermidade teria orientado o olhar alienista muito mais para questões psicológicas e filosóficas do que anatômicas; e, quarto, porque a mesma não dividiu alienistas europeus a partir do binômio cérebro-mente. Entendo que as afirmações de Berrios são colocadas por ele no sentido de afastar-se de uma história positivista e teleológica acerca da referida doença.

Contudo, essas mostraram-se pouco acuradas frente às respostas às quais chegam as pesquisas historiográficas mais recentes sobre o tema, e também às quais cheguei através da análise das fontes brasileiras publicadas entre 1868 e 1882. Tais respostas denotam que o processo de construção da PGP enquanto uma entidade nosológica foi mais complexo do que parece reconhecer Berrios.

No segundo capítulo, discuto a articulação entre as teorias sociais em voga e o conhecimento neuropsiquiátrico no processo de consolidação da paralisia geral progressiva como uma categoria diagnóstica, entre 1883 e 1913. Em outras palavras, busco mostrar como o referido processo esteve permeado pelo pensamento social da época referente, por exemplo, às concepções sobre “raça”, sobre os papéis sexuais e sobre que bases uma forma de conhecimento, reconhecida como científica, deveria ser edificada, quais paradigmas teórico-metodológicos deveriam orientá-la etc. Argumento que, mesmo atingindo um número reduzido de pessoas, a PGP mobilizou de modo significativo a atenção dos médicos que atuavam no Rio de Janeiro. Tal mobilização passou, em muito, pelo discurso edificado pelo campo neuropsiquiátrico sobre a enfermidade como a primeira doença mental que unia manifestações *físicas* e *mentais* e que refletia uma relação de causa e efeito entre lesões anatomopatológicas e esses sintomas clínicos considerados característicos – a saber, a paralisia e os delírios.

Finalmente, no terceiro capítulo, oriento meu foco para o processo por meio do qual a ideia de que a *causa principal* da paralisia geral progressiva seria a sífilis passou a ser aceita de modo mais amplo. Tal processo não se desenrolou de modo óbvio e nem linear, evidenciando alguma resistência por parte dos neuropsiquiatras em aceitar que o *Treponema pallidum* seria a causa *única* da PGP. Busco debater as implicações nas teorias e na prática médica do estabelecimento da relação entre sífilis e loucura, bem como os desdobramentos que se acredita terem ocorrido nas políticas públicas a partir da transformação da paralisia geral progressiva em uma forma de neurosífilis. A construção da relação entre sífilis e loucura implicou, entre outras coisas, na ampliação das redes de sociabilidade dos neuropsiquiatras, resultando numa maior interação entre os mesmos e os sifilógrafos, por exemplo. É importante analisar o intercâmbio de ideias entre estas duas áreas médicas, a fim de demonstrar que os entendimentos sobre a PGP foram construídos a partir de contribuições intelectuais advindas de diferentes campos científicos.

A partir da segunda metade da década de 1900, tais entendimentos ganharam uma roupagem laboratorial, que passou pela apropriação, por parte do campo neuropsiquiátrico, dos referenciais e recursos característicos do espaço em questão, a exemplo das reações diagnósticas. Defendo que a paralisia geral progressiva contribuiu sobremaneira para que tais

técnicas conquistassem um espaço ainda maior na prática da medicina mental durante o primeiro quartel do século XX. Sobretudo após a sifilização de sua etiologia, o diagnóstico da paralisia ligou-se fortemente a estes procedimentos, mobilizando discussões e impulsionando a produção de diversos estudos sobre a aplicação dos mesmos, elaborados no âmago do campo e dos espaços neuropsiquiátricos.

CAPÍTULO 1

A “Doença de Bayle” chega à Capital do Império: a circulação das ideias sobre a paralisia geral progressiva e a emergência do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro (1868-1882)

O presente capítulo apresenta as principais discussões que interferiram no processo de reconhecimento da paralisia geral progressiva (PGP) enquanto doença autônoma, articulando-as com o surgimento do incipiente campo de estudo das doenças nervosas na Corte Imperial. Através da análise das teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) e dos textos veiculados em periódicos médicos, entre 1868 e 1882, evidencio a diversidade de ideias sobre o processo patológico em questão, demonstrando que, apesar dos dissensos acerca das características anatomopatológicas da paralisia geral e de quais seriam seus principais sintomas clínicos físicos e mentais, seu *status* de entidade nosológica independente não fora questionado pela maior parte dos médicos que atuaram no Rio de Janeiro, durante o referido período.

No contexto do Império, os chamados alienistas já buscavam conferir relevância social ao seu objeto de estudo, a alienação mental, e singularizarem-se enquanto especialidade médica – intuito este que se intensificou depois da proclamação da República. O alcance de tal anseio esteve relacionado à capacidade dos profissionais em questão de conferir maior objetividade ao diagnóstico da alienação mental. Tal objetividade, acreditava-se, já se encontrava incorporada nas categorias mórbidas estudadas por outros campos médicos, através, por exemplo, do estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre lesões anatômicas materiais e sintomas clínicos (PORTER, 1999). Tal tendência constituiu-se como produto das transformações geradas pelas ideias iluministas que, na França, culminaram na Revolução de 1789, e na queda da monarquia absolutista. Na Inglaterra, a industrialização, que se desenrolou ao longo do século XIX, afirmava a importância das máquinas para o desenvolvimento capitalista, contribuindo, assim, para a disseminação da credibilidade na ciência como propulsora do progresso. Segundo Roy Porter, a medicina não se alijou desse processo, adquirindo *status* ao se pretender científica, ainda que neste momento, houvesse “pouco consenso sobre o que seria [uma atividade médica científica] e como essa deveria ser praticada” (PORTER, 1999: 305).

Em Paris, a tradição médica clínica que passou a predominar a partir de finais do século XVIII baseava-se, em muito, na anatomia patológica, campo de estudos que emergia trazendo uma nova visão sobre os processos de adoecimento. Tal visão valorizava, especialmente, a experiência e os métodos quantitativos de análise dos casos a partir do exame do doente, as

investigações *post mortem* e a identificação das lesões materiais anatômicas as quais, acreditava-se, seriam responsáveis por certos sintomas em cada enfermidade. Grande número de estudantes de medicina passou a receber formação de modo a valorizar os referidos elementos. Esses familiarizavam-se com a “arte de curar” rodeados por um número assombroso de leitos que funcionava nos hospitais parisienses, recém retirados do poder da Igreja. Aliás, este foi outro significativo desdobramento da Revolução Francesa que modificou drasticamente a dinâmica da atividade médica no referido país. De acordo com os preceitos de Pierre-Jean-Georges Cabanis (1757-1808),¹⁵ filósofo e médico, “a regra de ouro da medicina parisiense seria ‘ler pouco, ver mais, fazer mais’” (PORTER, 1999: 306). As concepções de Cabanis sobre os paradigmas que deveriam orientar a medicina clínica tiveram grande impacto no campo alienista francês, influenciando o pensamento de figuras importantes da área em questão, como Philippe Pinel (1745-1826)¹⁶ e Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840)¹⁷ (ODA; DALGALARRONDO, 2007).

No Rio de Janeiro, o interesse sobre os estudos acerca das “nevroses”, ainda que diminuto quando comparado àquele referente a outras doenças humanas, se fazia evidente através da publicação de um número não muito grande de artigos em periódicos médicos e de algumas teses defendidas na FMRJ. Tais trabalhos eram elaborados no âmbito das cadeiras de Patologia Interna e Clínica Médica, por exemplo (GONÇALVES, 2011). Segundo Monique de Siqueira Gonçalves, a partir da década de 1820, as visões sobre as doenças mentais sofreram significativas modificações no Brasil, em vista, sobretudo, das contribuições trazidas pelo

¹⁵ Pierre-Jean-Georges Cabanis foi médico fisiologista, filósofo materialista e líder político francês, nascido em Cosnac (França). Assim como Pinel, foi assíduo frequentador dos saraus do Círculo de Auteuil, onde conviveu com intelectuais iluministas de proeminência. Em 1780, iniciou seus estudos na Faculdade de Medicina de Paris, formando-se em 1784. No ano seguinte, inaugurou uma clínica gratuita para atendimento aos pobres de Auteuil e passou a dedicar-se ao campo de estudos da fisiologia humana. Entre 1790 e 1792, foi administrador geral dos hospitais de Paris, apoiando a reforma conduzida por Pinel, com quem também colaborou. Nos anos seguintes, Cabanis assumiu o posto de professor adjunto na mesma faculdade, reformando o modelo de ensino e defendendo a importância do exame sistemático dos pacientes. Foi nomeado Catedrático de História da Medicina da Faculdade de Medicina de Paris, falecendo em 5 de maio de 1808 (ALMEIDA-FILHO, 2017).

¹⁶ Philippe Pinel nasceu na vila de Jonquières, em 1745. Dedicou-se aos estudos de teologia e matemática, mas acabou priorizando a formação em medicina, diplomando-se em Toulouse, em 1773, após ter frequentado também o curso médico de Montpellier. Em 1793, tornou-se médico no *Hôpital Bicêtre*, permanecendo no cargo até 1795, quando foi nomeado médico-chefe do *Hôpital de la Salpêtrière*. Pinel permaneceu nesta posição até, praticamente, o momento de sua morte, em 1826. Foi também professor na Escola de Medicina de Paris, entre 1794 e 1822, na qual ocupou a Cadeira de Patologia Interna (ODA; DALGALARRONDO, 2007; PESET, 2003).

¹⁷ Jean-Étienne Dominique Esquirol nasceu em Toulouse, em 1772. Abandonou seus estudos religiosos ingressando no curso de medicina na *Université Montpellier*. Na década de 1790, mudou-se para Paris, passando a atuar no *Hôpital de la Salpêtrière*, onde conheceu Philippe Pinel. Foi proprietário de um asilo particular, reconhecido como uma das melhores instituições para alienados de Paris. Em 1811, tornou-se médico da *Salpêtrière*, onde improvisava um curso para médicos formados e estudantes, acerca das afecções da mente. Em 1825, foi nomeado Superintendente do *Maison Royale de Charenton*. Faleceu em 1840, no *Maison de Charenton* (ÁLVAREZ, 2012).

contato de médicos brasileiros com estudos europeus, os quais se encontravam “empenhados na identificação de lesões orgânicas que justificassem a existência dos distúrbios nervosos” (GONÇALVES, 2011: 18).

Em princípios do oitocentos, a anatomia patológica floresceu, na Europa, como um campo que pretendia legitimar a ideia de que os sintomas clínicos manifestados pelos enfermos eram produto de uma lesão material. Assim, ao buscarem se apropriar dos preceitos do referido campo, alguns dos médicos que possuíam interesse nas investigações sobre as origens da loucura acreditavam possível enquadrar o sofrimento mental a partir destes paradigmas. As fontes sobre a paralisia geral aqui examinadas me levaram a conclusões similares àquelas estabelecidas por Monique Gonçalves (2011) e Daniele Corrêa Ribeiro (2016). Afirmo no presente capítulo que a PGP subsidiou as tentativas de se conferir maior objetividade ao diagnóstico da alienação mental, através, especialmente, da identificação dessas lesões materiais. Contudo, a doença foi também instrumento das tentativas, ainda que pouco numerosas, de se provar que as técnicas e preceitos da anatomia patológica não seriam a pedra de roseta do alienismo, como pareciam querer certos médicos.

Neste capítulo, o recorte para a análise das fontes apoia-se na publicação da primeira tese médica que traz informações sobre a paralisia geral progressiva. Datado de 1868, o trabalho de doutoramento foi defendido na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro por Adrião Luiz Pereira da Silva. O início do funcionamento oficial da Cátedra de Clínica Psiquiátrica, em 1883, consistiu em um evento que modificou de modo profundo o processo de produção do conhecimento sobre as doenças mentais, incluindo a PGP. Como indício disso, temos o número de trabalhos sobre tal enfermidade, que cresceu de modo significativo a partir da década de 1880. Até então, a paralisia geral progressiva dividia espaço nos textos médicos, especialmente nas teses de doutoramento, com outras formas de alienação mental, que, em geral, também estavam sendo estudadas e pensadas sob a égide da anatomia patológica.

Da penúltima década do oitocentos em diante, os debates suscitados acerca da paralisia geral se diversificaram, passando a focar também outros temas, como a etiologia da doença e as relações entre a mesma e os processos de modernização pelos quais passou a cidade do Rio de Janeiro, especialmente depois da proclamação da República. As contendas sobre quais seriam os sintomas característicos da PGP, ou até mesmo se esses existiam ou não, perduraram nos trabalhos produzidos durante a virada entre os séculos XIX e XX. Contudo seus contornos sofreram mudanças e compartilharam as páginas dos escritos médicos com os debates relativos a outros aspectos da enfermidade em questão, como sua associação com a teoria da degeneração

e com o processo de civilização da sociedade e do território carioca, ocorridos de acordo com os padrões burgueses europeus deste período.

O próximo tópico aborda as querelas que Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) suscitou entre seus pares, principalmente na França, ao descrever, em 1822, a *arachnitis chronique* (aracnoidite crônica). Entidade nosológica que passaria a ser denominada, posteriormente, como veremos, de paralisia geral (progressiva).

1.1 ANTOINE-LAURENT-JESSÈ BAYLE E A DESCRIÇÃO DA *ARACHNITIS CHRONIQUE*

A categoria de doença proposta por Antoine Bayle desafiou alguns dos pressupostos em que repousava grande parte das teorias francesas sobre alienação mental, o que fez com que o jovem médico enfrentasse duras críticas provenientes de proeminentes alienistas do século XIX. Para se entender tais críticas, é preciso ter em mente que as opiniões acerca da natureza da alienação mental se dividiam naquele momento. Sobretudo na França e na Alemanha, constituíram-se diferentes correntes do alienismo – umas mais influenciadas pelas concepções da organogênese e outras da psicogênese dos transtornos mentais. As vertentes predominantemente organogênicas sustentavam que a origem das enfermidades psíquicas residia em uma lesão material. Já as visões mais marcadas pelos referenciais psicogênicos defendiam que os quadros em questão eram provocados por um desequilíbrio interno, desencadeado por influências nocivas do meio em que se encontrava o indivíduo.

Informados por tendências incorporadas pela medicina geral relativas à busca por conferir objetividade às explicações sobre os processos de adoecimento, alguns alienistas passaram a propor uma interpretação mais orgânica para as doenças mentais. A materialidade da loucura poderia ser evidenciada, segundo eles, especialmente através de técnicas que se desenvolveram a partir da expansão do campo da anatomia patológica. Tal expansão ocorreu especialmente na França do início do século XIX, dando origem à tradição epistemológica da chamada Escola Anatômica de Paris. Contudo, figuras importantes do campo dos estudos sobre a alienação mental, como Philippe Pinel e Jean-Étienne Dominique Esquirol, não eram adeptos de uma forma *exclusivamente* materialista de se enxergar a loucura (HUERTAS, 2008, 2014).¹⁸ No entanto, isso não quer dizer que os alienistas franceses rejeitassem de modo completo e

¹⁸ PINEL, P. **Tratado medico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 [1800/1801].

unívoco a materialidade das doenças mentais, ou não tivessem interesse em estudá-las sob a visada anatomopatológica.

Ao ingressar como interno no *Maison Royale de Charenton*,¹⁹ em 1818, Antoine Laurent Jessé Bayle, aluno de Antoine-Athanase Royer-Collard (1768-1825),²⁰ teve sua atenção voltada para um número crescente de doentes que, segundo ele, apresentava um quadro progressivo de paralisia, delírio (especialmente os de grandeza) e demência, e que iam a óbito em poucos anos. Depois de estudar parte dos casos em questão, não apenas através da observação dos sintomas clínicos, mas também de exames *post mortem*, Bayle desenvolveu a hipótese de que esse não seria um quadro decorrente, meramente, de complicações de diferentes formas de loucura, mas que os pacientes com os quais teve contato teriam sido acometidos por uma entidade nosológica *distinta e autônoma*, que batizou de *arachnitis chronique* (aracnoidite crônica). Tal termo originou-se da natureza das lesões anatomopatológicas – a saber, a inflamação de uma das membranas encefálicas, a aracnoide²¹ – identificadas pelo jovem alienista durante as autópsias que conduziu (BROWN, 1994: 241-245).²² Como já mencionado, Antoine Bayle era aluno de Royer-Collard, quem, de acordo com o primeiro, era um forte adepto da ideia de que a loucura seria, em alguns casos, causada por lesões materiais. Além disso, Antoine Bayle mantinha estreitas ligações com dois dos principais precursores da Escola Anatômica de Paris: René-Théophile-Hyacinthe Laennec (1781-1826),²³ de quem também foi

¹⁹ O *Maison Royale de Charenton* foi construído em 1641 e consolidou-se como um dos mais importantes hospitais franceses. A referida instituição passou por reformas significativas, entre 1833 e 1842, orientadas pelo seu diretor (desde 1828), Jean-Étienne Dominique Esquirol, e inspirou a construção do Hospício de Pedro II (FACCHINETTI; REIS, 2014).

²⁰ Antoine-Athanase Royer-Collard nasceu em Sompuis, em 1768. Concluiu seus estudos em medicina em 1802. Em 1805, quando ocupava o cargo de diretor do Asilo de Coulmier, foi nomeado médico-chefe do *Maison de Charenton* e, em 1806, chefe do departamento dedicado aos cuidados dos insanos na mesma instituição. Membro da Academia de Medicina, em 1816, o médico francês foi nomeado professor de Medicina Legal no *Charenton*. Em 1819, tornou-se o primeiro Catedrático de Medicina Mental na Faculdade de Medicina de Paris e, enquanto tal, foi professor de Antoine Bayle e Louis Florentin Calmeil. Faleceu em 1825, em Paris (CAIRE, 2008-2012; KIRCHER; DAVID, 2003; SCHRIFT; CONWAY, 2014).

²¹ O encéfalo é envolto por três membranas, reunidas sob a denominação “meninges”: dura-máter, aracnoide e pia-máter.

²² BAYLE, A. L. J. Pesquisas sobre doenças mentais. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2009 [1822], pp. 752–758.

²³ René-Théophile-Marie-Hyacinthe Laennec nasceu em Quimper, em 1781, e começou a estudar medicina com seu tio, que era médico na cidade de Nantes. Contudo, Laennec teve que interromper seu aprendizado para servir como cadete médico no exército revolucionário. Em 1801, mudou-se para Paris e, dando continuidade a seus estudos, foi aluno de Jean-Nicolas Corvisart (1755-1821). Seu posicionamento político conservador o impediu temporariamente de assumir cargos acadêmicos. Somente a partir de 1815 que Laennec conseguiu se inserir no Hospital Necker e, mais tarde, na Faculdade de Medicina de Paris. Considerado um dos inventores do estetoscópio, suas experiências durante o desenvolvimento do instrumento em questão contribuíram para a sedimentar sua convicção de que as doenças eram causadas por lesões patológicas, localizadas em partes específicas do corpo. Laennec faleceu em Ploaré em 1826 (DUFFIN, 2007).

aluno, e Gaspard Laurent Bayle,²⁴ de quem era sobrinho e a quem dedicou sua tese de doutoramento.

Os interesses acerca do conhecimento sobre as estruturas mais elementares do corpo humano se ampliaram a partir da articulação entre a anatomia e a patologia, que foi possível em decorrência do desenvolvimento que vinha sofrendo o campo da microscopia, desde o século XVIII (BRACEGIRDLE, 1997: 104). Um dos trabalhos que mais contribuiu para o crescimento do interesse médico sobre a anatomia patológica foi o livro do anatomista e fisiologista francês Marie François Xavier Bichat (1771-1802),²⁵ *“Traité des membranes”* (“Tratado sobre as membranas”). A obra de Bichat denota o quanto o olhar sobre o corpo adoecido se modificou ao longo do século XIX – mais do que órgãos e sintomas, os tecidos passaram a ser considerados os verdadeiros locais onde a patologia se desenvolvia. Segundo Porter (1999), “Bichat dizia aos doutores o que fazer: ‘Vocês podem tomar notas por 20 anos, da manhã à noite, na cabeceira dos doentes’ [...] ‘e todas elas lhe parecerão apenas uma confusão de sintomas ... uma série de fenômenos incoerentes’. Mas comecem a abrir os corpos e, *hey presto*, ‘essa obscuridade irá logo desaparecer’” (PORTER, 1999: 307).

Segundo Porter, um dos médicos que aceitou o desafio de Bichat de “observar e ver” foi, precisamente Laennec, uma das principais referências intelectuais de Antoine Bayle. Em 1814, Laennec tornou-se médico no *Hôpital de la Salpêtrière*²⁶ e, dois anos depois, chefe do *Hôpital Necker*, ambos em Paris. Laennec é considerado o principal responsável pelo

²⁴ Gaspard Laurent Bayle nasceu em 1755, na cidade de Le Vernet. Durante sua juventude, interessou-se pelas ciências naturais, pelo direito e chegou a estudar teologia; contudo, decidindo-se pela medicina, ingressou na Faculdade de Montpellier. Envolvendo-se em conflitos políticos, Gaspar Bayle teve que terminar seus estudos em Paris, diplomando-se em 1801. Em 1807, conseguiu uma posição no corpo do *Hôpital de la Charité*. Foi colega e amigo de Laennec, com quem compartilhou interesses sobre o estudo da tuberculose pulmonar. Também foi membro da Sociedade da Faculdade de Medicina de Paris. Reconhecido por seus estudos sobre a anatomia patológica do câncer e da tuberculose, desenvolvidos, especialmente, a partir de autópsias, Gaspar Bayle morreu em 1816, em Paris (GASPARD-LAURENT BAYLE (1774-1816), 1965).

²⁵ Marie-François-Xavier Bichat nasceu em 1771, em Thoirette. Estudou anatomia e cirurgia com Marc-Antoine Petit (1766-1811), cirurgião-chefe no *Hôtel Dieu* de Lyon. Em 1793, tornou-se aluno e assistente de Pierre-Joseph Desault (1738-1795), proeminente cirurgião e anatomista que atuava em Paris. Bichat era adepto da observação direta dos pacientes em seus leitos e do estudo das lesões *post mortem*, as quais, acreditava, teriam importante papel no quadro de adoecimento. Diversos de seus trabalhos sobre patologia e histologia exerceram grande influência em numerosos campos médicos internacionais. Faleceu 1802, em Lyon (MARIE-FRANÇOIS-XAVIER, s/d).

²⁶ O édito de 27 de abril de 1656, promulgado por Luís XIV, estabeleceu os Hospitais Gerais de Paris para o recolhimento dos segmentos sociais considerados “marginais”, integrados por três instituições: *L’Hôpital de Bicêtre*, destinado aos homens; *La Pitié*, reservado aos meninos; e, *La Salpêtrière*, reservado às mulheres e meninas. No século XVIII, a referida instituição converteu-se no maior hospício europeu para a reclusão de mulheres pobres, prostitutas, “loucas” e “incuráveis”. Em 1801, a *Salpêtrière* passou a destinar-se a dois tipos de atividade: a de hospício onde eram recolhidas mulheres idosas e a de asilo de alienados. As atuações de Pinel e Esquirol no asilo destinado ao tratamento de enfermidades mentais contribuíram para que a instituição adquirisse legitimidade e credibilidade. Em 1911, o novo *Hôpital de la Pitié* foi anexado ao da *Salpêtrière*, passando a instituição a designar-se *Hôpital Pitié-Salpêtrière de Paris* (RANCAÑO-PUERTAS, 2011; COSENTINO, 1998).

desenvolvimento do estetoscópio – instrumento que se tornou carro-chefe de uma medicina que pretendia aferir os sintomas mórbidos de modo mais objetivo e preciso. Com auxílio do estetoscópio, Laennec conduziu amplas pesquisas sobre o pulmão, sendo um dos primeiros a propor a ideia de que a tuberculose seria uma doença única – hipótese que seria contestada até a descoberta do bacilo, anunciada em 1882, pelo campo da bacteriologia (PORTER, 1999: 307-310).

O trabalho de Laennec foi, de acordo com Porter (1999), complementar aos estudos de Gaspard Laurent Bayle. Assim como seu colega, Gaspar Bayle baseava suas pesquisas não somente em observações clínicas, mas também naquelas provenientes de análises *post mortem* e enxergava a tuberculose como uma doença autônoma (PORTER, 1999: 310-312). Antoine Bayle parece ter sido um grande admirador das ideias de seu tio e de Laennec. Quando se tornou editor, foi responsável pela publicação póstuma de um dos tratados sobre o câncer elaborados por Gaspard Bayle. Desta forma, fortemente influenciada pelos ideais da anatomia patológica, a teoria de Bayle aproximava o campo alienista de um dos principais corolários em voga na medicina geral – o estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre sintomas clínicos e lesões materiais. Tal relação era considerada, à época, como condição *sine qua non* para a defesa da teoria de uma enfermidade autônoma (BROWN, 1994; MAULITZ, 2002).

O jovem alienista defendia que as lesões encontradas no quadro de aracnoidite crônica seriam o elemento responsável pela manifestação dos sintomas *físicos* (paralisia) e *mentais* (delírio e demência) nos casos que analisou. Além disso, de acordo com Antoine Bayle, a aracnoidite crônica desenvolvia-se em fases bastante distintas entre si, outro aspecto importante no reconhecimento de uma doença independente, para os princípios da época. Na primeira fase apareciam distúrbios no sistema muscular, nas faculdades mentais e o quadro de delírio. Segundo Bayle, os dois primeiros sintomas seriam ocasionados por uma congestão sanguínea nos vasos da pia-máter e do cérebro.²⁷ De acordo com o médico, Jean-André Rochoux (1782-1852)²⁸ já havia relacionado congestões encefálicas a sintomas musculares e a problemas nas faculdades mentais. Contudo, em seu trabalho, “*Recherches sur l’apoplexie*” (“Pesquisa sobre

²⁷ Uma congestão era caracterizada pelo aumento do fluxo de sangue em alguma parte do corpo. A pia-máter é, junto com a aracnoide, uma das três membranas que envolvem o encéfalo.

²⁸ Jean-André Rochoux nasceu em Argenton-sur-Creuse, em 1787. Foi para Paris estudar medicina em 1804, tornando-se, quatro anos depois, interno no *Hôpital Cochin*, no *Hôpital des Enfants Malades* e no *Maison Municipale de Santé du Faubourg Saint Martin*. Nesta última instituição, trabalhou ao lado do cirurgião-chefe e obstetra Antoine Dubois (1756-1837). Em 1811, foi nomeado assistente de Anatomia na Faculdade de Medicina de Paris. De 1814 a 1819, trabalhou no hospital militar em Pointe-à-Pitre (Guadalupe), como *médecin en chef du corps d’armée de La Grande Terre*, desenvolvendo estudos sobre a febre amarela. De volta à França, em 1823, foi eleito Membro Associado da *Académie Royale de Médecine* e, em 1835, Membro Pleno da Seção de Anatomia Patológica. Em 1830 tornou-se médico do *Hôpital de Bicêtre*. Faleceu em 1852 (WALUSINSKI, 2017).

apoplexia”), Rochoux não teria identificado a correlação entre distúrbios anatomofisiológicos encefálicos e o sintoma de delírio. Assim, Bayle atribuiu o delírio não à congestão, mas a uma “irritação” da aracnoide, decorrente dessa.

Durante o segundo estágio da enfermidade, o doente manifestava problemas na fala e no andar e, às vezes, agitação, podendo tornar-se violento. Essas manifestações seriam resultantes do aumento da inflamação na aracnoide e do extravasamento de um fluido, o que acabava por pressionar o cérebro. Finalmente, o terceiro estágio era marcado por uma piora significativa nos estados físico e mental do paciente – a paralisia tornava-se generalizada, impedindo que o indivíduo controlasse sua capacidade de urinar e evacuar, enquanto submergia num profundo estado de demência. Para Bayle, tais sintomas advinham do agravamento do quadro anatomopatológico anteriormente citado (BROWN, 1994: 245).²⁹ Bayle publicou suas ideias, adicionando-lhes algumas modificações ao longo dos anos de 1820, e encontrou forte resistência de outros alienistas no que dizia respeito à proposta de agrupar as manifestações que descreveu em uma categoria nosológica autônoma. Além disso, a proposição de uma doença, cuja causa dos sintomas residia em uma lesão *material irreversível* desafiava o corolário pineliano, principalmente no que dizia respeito ao modelo de terapêutica preconizado pelo alienista francês.

Philippe Pinel acreditava que a descrição e a classificação das formas de loucura poderiam ser feitas de modo *similar* às taxonomias zoológica e botânica, a saber, através da observação de características manifestadas apenas *externamente*. Escrevo “similar”, pois Pinel endereçou críticas, baseado no pensamento de Pierre Cabanis, aos sistemas *more botânico* desenvolvidos, entre outros, pelo médico inglês Thomas Sydenham (1624-1689), pelo naturalista sueco Carl Linnaeus (1707-1778), pelo médico escocês William Cullen (1710-1790) e pelo francês François Boissier de Sauvages de Lacroix (1706-1767).

Thomas Sydenham teria sido um dos primeiros a incorporar os preceitos *more botânico* na nosologia médica, ainda no século XVII, propondo uma classificação das doenças que se pretendia “gráfica e natural” (MASON; HSIN, 2018: 132). Para Sydenham, “na especificidade de cada doença estava implícito um paralelo com a especificidade de [sua] cura, [assim], um remédio específico (geralmente uma planta) deveria tratar uma doença específica” (MASON; HSIN, 2018: 133). Ao longo do período do Renascimento, aumentou-se o esforço para se classificar as doenças de acordo com a lógica aplicada ao sistema *more botânico*, classificação através da qual se organizavam os vegetais em ordens, gêneros e espécies (MASON; HSIN,

²⁹ BAYLE, A. L. J. Pesquisas sobre doenças mentais. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2009 [1822], pp. 752–758.

2018). Segundo Mason e Hsin (2018: 132), tal movimento se deu porque muitos dos médicos que atuaram durante o período renascentista também possuíam profundo conhecimento sobre plantas; ao passo que aqueles que detinham grande expertise botânica, acumulavam-na com saberes sobre as enfermidades humanas.

François Sauvages, professor da Faculdade de Medicina de Montpellier, “direcionou seus maiores esforços na produção de uma classificação para as doenças humanas [publicada em 1731 e na qual] deixou claro que o modelo botânico era a maior aspiração de sua nosologia” (MASON; HSIN, 2018: 134). Vinte oito anos depois de Sauvages, Carl Linnaeus também elaborou uma classificação médica, “*Genera Morborum*” (“Tipos de doenças”), tendo, o final do século XVIII, “assistido uma significativa proliferação das nosologias [médicas] inspiradas pela classificação botânica” (MASON; HSIN, 2018: 135). Contudo, a confiança, por muitos considerada extrema, nas características externas das enfermidades passaria logo a ser questionada. William Cullen, apesar de ter dado créditos a Sydenham, Linnaeus e outros pelo empenho em organizar as moléstias nos padrões da taxonomia botânica, lamentava que tais autores não tivessem conseguido separar as referidas categorias em espécies, apenas em grupos maiores, como classes e ordens. Além disso, Cullen questionava sobre o que deveria ser considerado, ou não, a marca de uma doença, acreditando que, além das manifestações mórbidas externas, também deveriam ser incluídos nas classificações caracteres inerentes à etiologia e à história natural das enfermidades a serem organizadas (MASON; HSIN, 2018: 136).

Nas edições de sua “*Nosographie philosophique*” (“Nosografia filosófica”), publicadas entre 1798 e 1818, Philippe Pinel propôs uma classificação *geral* para diversas doenças. Contudo, é no “*Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale*” (“Tratado médico-filosófico sobre alienação mental”), publicado entre 1800 e 1809, que o alienista francês se volta especificamente para os diferentes tipos de alienação mental. A primeira obra reflete a significativa importância de Pinel na introdução da tradição clínica no círculo alienista francês. Ou seja, na disseminação das formas de se pensar a doença mental, especialmente, seu curso de desenvolvimento e seu tratamento. Pinel também se inspirou no modelo classificatório da história natural, mas reconhecia que tal metodologia não poderia ser aplicada cruamente às doenças mentais:

Devemos lamentar essa difícil situação da espécie humana, para ser tantas vezes vítima de estudos médicos superficiais, e a negligência que advém de tomar como guia os métodos de divisão adotados pelos naturalistas. Para estabelecer nossas divisões [das doenças] em bases sólidas, não seria

necessário considerar primeiro, com grande atenção, os objetos específicos, reunindo grande número de fatos observados e distribuí-los em mais pacotes, seguindo seus múltiplos pontos de conformidade e suas analogias impressionantes? Foi seguindo um caminho oposto, que na medicina se estabeleceu grande número de distribuições arbitrárias que acabam colocando os médicos em disputa entre si... (PINEL, 1809: 130 *apud* MASON; HSIN: 2018: 138).

Para Pinel tais classificações produziam uma infinidade de categorias patológicas, fazendo um desserviço ao processo diagnóstico e, conseqüentemente, ao médico (MASON; HSIN, 2018; HUERTAS, 2008, 2014). Segundo Mason e Hsin (2018: 138) e Huertas (2008: 126), a sugestão de Pinel residia, então, em elaborar uma classificação dos diferentes tipos de loucuras com base na identificação das manifestações que vinham à tona ao longo do curso da doença, passíveis de serem observadas através da lógica da tradição clínica hipocrática e, sobretudo, da história de vida do paciente (MASON; HSIN, 2018: 138). Tal proposta de Pinel, mais tarde defendida por Esquirol, baseava-se na sua concordância com determinadas correntes de pensamento, a saber, o sensualismo e o método analítico de Étienne Bonnot de Condillac (1714-1780)³⁰ e as críticas que Pierre Cabanis endereçou ao sistema *more botanico*.

Segundo a percepção de Condillac – cujo pensamento foi construído em consonância com aspectos expostos, entre outras, nas obras de John Locke (1632-1704) –, a base da atividade mental, que incluiria a aquisição e produção de conhecimento, incluindo o científico, residiria nas sensações. Para Condillac:

Para conhecer, seria preciso observar as coisas e as sensações que elas causavam no organismo, e, então, essas experiências se expressariam naturalmente numa linguagem inata, porém, inicialmente confusa. Para apreender o conhecimento, seria preciso decompor essa linguagem natural [...], analisá-la e recompor em ideias e juízos (BRANCO, 2018: 55).

Cabanis teria pensado a aplicação de tais princípios especificamente para a medicina, defendendo que seu progresso “dependia de mudanças de método, indo das teorias especulativas para a *observação cuidadosa* dos fenômenos patológicos” (ODA; DALGALARRONDO, 2007: 22, grifos meus). O filósofo e médico esteve entre os que frequentavam o chamado “Salão dos Ideólogos”, o qual reunia intelectuais partidários de

³⁰ Étienne Bonnot de Condillac nasceu em 1714. Estudou no Seminário de Paris e na Sorbonne, cursando Teologia. Adepto dos ideais do iluminismo, suas concepções sobre o conhecimento e as sensações foram fortemente influenciadas por filósofos como Platão e Aristóteles. Contudo, foi às ideias de Locke que Condillac atribuiu grande importância para o entendimento da razão e da forma como o ser humano desenvolve suas ideias. Faleceu em 1780 (MILANI, 2016).

vertentes do pensamento revolucionário que valorizavam, sobretudo, a experimentação e a análise filosófica.

Contudo, Cabanis defendia que havia experiências que não poderiam ser explicadas a partir de sensações conscientes, propondo, assim, a existência de uma espécie de sensibilidade inconsciente que chamou de “sensibilidade sem sensação”. Deste modo, para ele,

As variações morais e intelectuais entre os homens não poderiam ser compreendidas apenas pelas influências das impressões sensoriais exteriores; os órgãos responsáveis e sua fisiologia também participariam de tais variações. Desta maneira, [Cabanis] introduzia ao sensualismo radical dos filósofos Condillac e Helvetius uma dose considerável de *organicismo*; para ele, *mudanças nas estruturas orgânicas corresponderiam a variações nas ideias e paixões* (ODA; DALGALARRONDO, 2007: 23, grifos meus).

Assim, o comportamento humano, refletido na forma de gestos, linguagem e ideias, teria origem no processo através do qual as impressões sensoriais eram interpretadas de modo ativo e orgânico pelo sistema nervoso, transformando-se em pensamento (MUELLER, 1968 *apud* ODA; DALGALARRONDO, 2007: 24). Oda e Dalgarrondo (2007: 24), atribuem “a concepção mista de alienação mental defendida por Pinel” como possivelmente influenciada pelas concepções de Cabanis, com quem manteve relações próximas. Pinel concordava com as ideias que punham o foco do processo de aquisição do conhecimento na experimentação e na análise filosófica. Para ambos a edificação das ideias encontrava-se intimamente relacionada ao homem, seu corpo, seu organismo e meio: “[Pinel] acreditava (como Cabanis) que os órgãos e a fisiologia de cada sujeito participavam das suas variações morais e intelectuais [...]” (GODOY, 2016: 138).

O alienista francês era adepto da ideia de que a alienação mental seria um desequilíbrio fisiológico causado por percepções e sensações funestas que provinham do ambiente nocivo em que o indivíduo poderia se encontrar. Nas palavras de Bercherie, Pinel “considerava a alienação mental como uma doença no sentido das doenças orgânicas, um distúrbio das funções intelectuais, ou seja, das funções superiores do sistema nervoso. [...] Na verdade, como Cabanis, Pinel era partidário de um materialismo psicofisiológico” (BERCHERIE, 1989: 35; 45). Assim, para que o paciente voltasse ao seu estado de sanidade, deveria ser situado em um espaço físico que fornecesse os estímulos “corretos” para o reequilíbrio das suas ditas “paixões” (sentimentos como alegria, raiva, medo e tristeza) que se encontravam em níveis desbalanceados (BERCHERIE, 1989: 41-42). Esse desbalanceamento envolvia o mau funcionamento de certos órgãos, deste modo, Pinel não negava que o corpo físico estivesse envolvido nos processos de

adoecimento mental, tanto que considerava deformações no crânio, hemorragias, a gota e problemas na pele e no intestino como causas potenciais de algumas formas de loucura. Contudo, o médico discordava que uma lesão material no encéfalo pudesse causar *todo e qualquer tipo* de loucura, não somente por conta de sua profunda crença na lógica e na eficácia do tratamento moral,³¹ mas também porque as observações *post mortem* realizadas por ele não haviam lhe trazido evidências nesse sentido:

Por isso ele [Pinel] [...] situou [a alienação mental] na classe das neuroses, isto é, das afecções do sistema nervoso ‘sem inflamação nem *lesão estrutural*’, e que, portanto, não entravam nem na classe das flegmasias nem na das hemorragias ou das *lesões orgânicas [materiais]*; eram também afecções sem **febre**. Convém notar, entretanto, que, tanto no tocante à alienação mental quanto às outras neuroses, ele citou numerosas *causas lesionais, ao lado de alterações idênticas da função sem lesão perceptível*: o importante é que a lesão não era constante e representava, assim, um elemento contingente (BERCHERIE, 1989: 35, grifos meus, negrito do autor).

No caso da hipocondria, por exemplo, Pinel acreditava que suas perturbações “não ultrapassavam a interpretação permanente e inquieta das sensações viscerais” que ele “considerava suficientemente reais para atribuir-lhes, com muita frequência, um fundamento orgânico” (BERCHERIE, 1989: 35). Assim, enxerga-se que havia traços de um materialismo, de um organicismo nas ideias pinelianas, afinal esse considerava que os órgãos participavam dos processos de desequilíbrio fisiológico que poderiam levar a alienação mental. A questão, para o alienista francês, consistia no fato de que nem sempre se encontrava *lesões materiais cerebrais* nos cadáveres de ditos alienados e, quando isso ocorria, não se conseguia estabelecer relações de especificidade entre as mesmas e o diagnóstico clínico apresentado pelo paciente. Em outras palavras, não havia um padrão na constância e nas características das lesões cerebrais encontradas pelo alienista francês – pacientes diagnosticados com a mesma forma de loucura poderiam apresentar lesões diferentes, ou sequer exibi-las. Além disso, em indivíduos que adoeciam por outras enfermidades, que não qualquer tipo de alienação mental, também eram frequentemente identificadas lesões cerebrais. Por fim, Pinel argumentava que muitos dos

³¹ O tratamento moral baseava-se no princípio de que, no contexto de alienação mental, o encéfalo não sofria lesões materiais, mas podendo ser atingido de forma orgânica indiretamente, ou seja, exibindo desequilíbrios fisiológicos, os quais, poderiam ser reversíveis, ao contrário das lesões materiais. A loucura caracterizar-se-ia, assim, por distúrbios na mente, sua cura dependeria de um reequilíbrio trazido pelo tratamento em questão. Os casos de demência e idiotia constituíam exceções aos, ditos, altos padrões de eficácia da terapêutica proposta por Pinel. Segundo ele, ambas as doenças colocavam suas vítimas em uma situação tal de debilitação mental e física que os impossibilitava de se conectarem com o ambiente em que se encontravam e, conseqüentemente, de receberem suas influências salutares (BERCHERIE, 1989: 41; CAPONI, 2012: 41-49).

pacientes considerados “loucos” iam a óbito por conta de doenças intercorrentes, assim, não era possível saber se as lesões materiais estavam relacionadas às últimas ou à alienação mental (BERCHERIE, 1989: 43-45; BROWN, 1994: 237-239; HUERTAS, 2014: 459-467; ORTEGA, 2009).

Assim como Pinel, Jean-Étienne Dominique Esquirol criticava os excessos no número de categorias gerados pelas primeiras classificações nosográficas, inspiradas no padrão *more botanico*. Na tentativa de superar este problema, Esquirol também se valeu dos métodos analíticos de Condillac, apreendidos de Pinel, sugerindo que uma classificação das doenças mentais poderia ser edificada a partir da decomposição de cada tipo de alienação mental em seus elementos constituintes mais simples, que, depois, deveriam ser unificados nas “formas gerais de loucura”. Uma das formas gerais de loucura estabelecidas por Esquirol foi a monomania: “delírio limitado a um único objeto ou a um pequeno número deles, com excitação e predominância de paixão alegre e expansiva” (ESQUIROL, 1838, I: 22 *apud* HUERTAS, 2008: 127). A monomania seria um estágio intermediário entre a lipemania e a mania, caracterizado por “uma ideia fixa que domina a mente do paciente”.³² A lipemania, por sua vez, consistia na “(melancolia dos autores clássicos): delírio que diz respeito a um ou a um pequeno número de objetos, com excitação e o predomínio de paixão triste ou depressiva”. A mania, por sua vez, se caracterizava por um “delírio que se estende a todos os tipos de objeto, acompanhado de excitação” (ESQUIROL, 1838, I: 22 *apud* HUERTAS, 2008: 127). Segundo Rafael Huertas (2008), o sistema de Esquirol tinha por base dois elementos: o delírio e a paixão. Já em 1819, Esquirol teria proposto o termo monomania como uma releitura da categoria de “mania sem delírio” sustentada por Pinel. A manifestação de uma ideia fixa pelo paciente é que orientava o lugar que a “monomania” tinha na classificação de Esquirol:

A forma e o conteúdo do delírio – critérios eminentemente clínicos – eram a chave para o estabelecimento das subcategorias relevantes [na sistemática esquiroliana]. Assim, por um lado, Esquirol descreveu a monomania derivada da ‘mania sem delírio’, caracterizada por um ‘delírio parcial e uma paixão excitada e alegre’, e, por outro lado, a chamada ‘lipemania’, inicialmente considerada ‘uma monomania afetiva e triste’ e, depois, uma entidade diferenciada (HUERTAS, 2008: 127).

³² Segundo Huertas (2008: 127), as outras “formas gerais de loucura” estabelecidas por Esquirol, em sua classificação de 1838, eram: a lipemania, a mania, a demência e a imbecilidade ou idiotismo.

Para Esquirol, “monomania e lipemania eram desordens cerebrais crônicas, sem febre, caracterizadas por uma lesão³³ parcial da inteligência, das emoções e dos desejos” (ESQUIROL, 1838, II: 3 *apud* HUERTAS, 2008: 128). A diferenciação entre as categorias fundamentava-se em critérios clínicos inerentes ao curso evolutivo dos quadros de distúrbio mental: “o curso da monomania é mais agudo, de menor duração, e seu término mais fácil, a não ser que apareçam complicações, enquanto [que] com a lipemania ocorre o contrário” (HUERTAS, 2008: 128). Mas, como nota Huertas, critérios anatômicos também estavam presentes nessa diferenciação. Segundo Esquirol, no que dizia respeito à anatomia mórbida de ambas as categorias: na lipemania, “o delírio parece vir de certas lesões [desequilíbrios] abdominais”, já na monomania “o delírio parece ser causado mais imediatamente pelo estado anormal do cérebro” (ESQUIROL, 1838, II: 3 *apud* HUERTAS, 2008: 128).

Como pontua Huertas, apesar das críticas que fez, características do modelo *more botanico* permaneceram na proposta do próprio Esquirol para a sistematização das diferentes formas de loucura. A preocupação de Esquirol em localizar as causas dos sintomas clínicos no cérebro se restringiu a seus trabalhos teóricos e não apresentou, segundo o autor, repercussão significativa em sua atividade clínica. Continuando a dividi-las em gêneros e espécies, o alienista francês foi também incapaz de aplicar clinicamente os critérios de classificação disseminados pela Escola de Paris na medicina interna, claro objetivo de seu trabalho, segundo Huertas e, muito provavelmente, um dos elementos que distinguia suas aspirações para o estudo das doenças mentais das de Pinel. Tal assertiva pode parecer estranha ao(à) leitor(a) que, muito provavelmente, tem Esquirol como reputado seguidor das ideias pinelianas. De fato, Esquirol compartilhava de muitas das ideias de Pinel e, segundo Huertas (2008: 124), seus trabalhos possuíam:

Menos originalidade do que [os de] Pinel, movimentando-se sempre entre os paradigmas teóricos e metodológicos estabelecidos por seu mentor. Contudo, o trabalho de Esquirol inclui contribuições originais de grande importância para o entendimento do desenvolvimento do alienismo ao longo do século XIX (HUERTAS, 2008: 124).

Huertas argumenta que o insucesso de Esquirol em desenvolver uma classificação viável para os padrões da época e inserir os princípios da anatomia no enquadramento da alienação mental não deve ser encarada como evidência da incompatibilidade entre o modelo anátomo-clínico e as concepções de Esquirol sobre as afecções da mente (HUERTAS, 2008:

³³ Baseada nas considerações de Huertas (2008, 2014), aqui entendo que, por “lesão”, Esquirol referia-se a um desequilíbrio fisiológico, não a uma lesão encefálica material e irreversível.

130). Na edição de 1807 de sua “*Nosographie philosophique*”, Pinel utiliza categorias emprestadas dos sistemas de classificação botânicos, como já mencionado. Contudo, o critério utilizado por ele para a divisão das doenças nesses grupos baseava-se na estrutura *anatômica* das doenças internas. Segundo Huertas, “É verdade que aqui o discurso de Pinel pode ser considerado, até certo ponto, como indefinido, mas não há dúvida de que algumas de suas aplicações [...] são imediatamente antecedentes ao trabalho de Marie François Bichat”. O autor considera que no trabalho de Esquirol “a adoção do método anátomo-clínico é muito mais evidente” (HUERTAS, 2008: 131).

Deste modo, o fato de Esquirol ter apreendido muito das ideias de Pinel não parece significar que ambos mantivessem, exatamente, as mesmas concepções sobre muitos dos aspectos inerentes à loucura, como coloca parte da historiografia sobre a história do alienismo e da psiquiatria (BROWN, 1994; ENGEL, 2001; LEIBBRAND; WETTLEY, 1961; SHORTER, 1997). Um exemplo que ilustra bem o peso mais significativo dado à anatomia clínica na classificação esquiroliana reside nas considerações tecidas por Esquirol acerca da alucinação. Quando estabelece as definições do sintoma de alucinação, em “*Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-legal*” (“As doenças mentais considerando as relações médicas, higiênicas e médico-legais”), publicado em dois volumes, em 1838, Esquirol recorre ao critério anátomo-clínico de localização. Articulando a manifestação do sintoma em questão com detalhadas observações *post mortem*, realizadas em pacientes que, considerava-se, alucinavam, o alienista chegou à conclusão de que a alucinação seria um sinal físico, que refletiria a localização cerebral desta doença. Por “sinal físico”, a Escola de Paris, entendia “qualquer observação sensorial que permitia que o médico obtivesse, com uma pretensão de certeza muito bem fundamentada, uma imagem parcial do estado anatômico do corpo de um paciente no momento no qual o mesmo é examinado” (LAÍN, 1950: 296 *apud* HUERTAS, 2008: 132). Huertas afirma assim, que:

A busca por uma lesão que definisse a doença – no sentido mais estrito da tradição anátomo-clínica – era de fato um objetivo prioritário *de boa parte do alienismo oitocentista*. Esse objetivo de determinar a base anatômica das doenças mentais, já presente no trabalho de Pinel, foi o ponto de partida fundamental para se entender a completa assimilação da loucura pela corporalidade de um indivíduo e, acima de tudo, sua *localização* no cérebro, particularmente seguindo os estudos de Bayle (1799-1858) e o prolífico e ativo movimento da frenologia (HUERTAS, 2008: 132, grifos meus).

Baseada no trabalho de Ruth Harris (1993), Magali Engel (2001) também afirma que desde princípios do oitocentos, médicos franceses buscaram descrever a loucura como uma

doença física. Engel contrapõem tal busca, todavia, às intencões de Pinel, ressaltando que essa “perspectiva rompia, em parte, com a síntese médico-filosófica e o sistema de classificação das doenças desenvolvidas por Pinel e viabilizava a aplicação do método anátomo-clínico ao conhecimento da doença mental” (ENGEL, 2001: 10). Continuando a citar Harris, a autora brasileira afirma:

Segundo Ruth Harris, enquanto os estudos de Pinel e Esquirol se orientavam no sentido de compilar, observar e classificar os distúrbios mentais, a abordagem anatômica, pautada numa “compreensão ‘fiscalista’ das bases da doença mental”, buscava “equacionar mente e cérebro”, sugerindo “que todas as operações mentais se revelariam em última análise como combinações de processos físicos” (ENGEL, 2001: 12).

Esta passagem ilustra um sutil aspecto para o qual gostaria de chamar atenção. Como quis evidenciar até aqui, os estudos de Pinel e Esquirol não ficaram restritos à observação clínica dos quadros de doença mental, como também coloca Edward Shorter. Segundo o autor “Esquirol, em particular, possuía pouco interesse nos tecidos do cérebro” (SHORTER, 1997: 81) – afirmação que vai totalmente de encontro ao que venho tentando evidenciar até aqui. Tanto Pinel quanto Esquirol desenvolveram pesquisas no intuito de, sim, articular os paradigmas da anatomia-clínica e/ou patológica aos entendimentos sobre a loucura. Entretanto, como já mencionei, baseada nos escritos de Pinel e nos trabalhos de Rafael Huertas sobre as ideias de Esquirol, os achados destes alienistas não foram suficientemente substanciosos para que tal articulação fosse bem-sucedida nos termos da lógica empiricista que regia o pensamento de ambos. Em outras palavras, as conclusões às quais chegaram Pinel e Esquirol não forneciam, para eles, “provas” suficientes para que o primeiro adotasse uma abordagem anatomoclínica para a *totalidade* de afecções da mente, e tampouco que o segundo transpusesse seus achados anatomopatológicos para sua prática clínica, como evidencia Huertas (2008).

Engel atribuiu a descrição da paralisia geral progressiva, por Bayle, como icônica da possibilidade de aplicação do método anátomo-clínico nos estudos sobre a loucura, “abrindo algumas brechas para a conciliação entre a medicina mental e a medicina geral” (ENGEL, 2001: 12). Contudo, a autora afirma que, “apesar de todo o fascínio exercido pelas concepções organicistas sobre muitos alienistas da primeira metade do XIX”, a vertente que predominaria no alienismo durante no período, “seria profundamente marcada pelas perspectivas que concebiam a doença mental, sobretudo, como doença moral e social” (ENGEL, 2001: 12). Deste modo, não argumento aqui, baseada na literatura e nas fontes que analiso, que a abordagem física da loucura *predominou* durante a primeira metade do oitocentos na França e,

muito menos, no Brasil. Contudo, também não é preciso afirmar que não havia quaisquer interesses e/ou preocupações em ao menos testar a viabilidade dos princípios da anatomia patológica no enquadramento das diferentes formas de sofrimento mental.

Corroborando as afirmações de Huertas (2008, 2014) e ampliando as de Engel (2001: 10) acerca da influência da Escola de Paris sobre o alienismo francês do século XIX, temos também o exemplo de Jean-Étienne Georget (1795-1828),³⁴ estudante de Pinel e Esquirol que, em 1820, publicou “*De la folie: Considérations sur cette maladie*” (“Loucura: considerações sobre esta doença”). Segundo Edward Brown (1994: 240), o principal objetivo do livro de Georget era alinhar a racionalidade na qual se baseava o tratamento moral às premissas trazidas pelo campo da anatomia patológica. Tal objetivo seria fruto do reconhecimento de certas limitações das propostas pinelianas, por parte de alguns alienistas que atuaram durante os anos de 1830, incluindo Georget. Influenciado pelos preceitos da frenologia de Franz Joseph Gall (1758-1828), Georget acreditava na visão fisicalista de que o cérebro seria a sede da mente e, assim, defendia que uma teoria convincente sobre a causa e a cura da loucura teria que ser consistente com os postulados anatomopatológicos. Mas para compreendermos as diferenças entre as propostas de Georget, de Pinel e de Esquirol precisaremos fazer uma pequena incursão em outras visões médico-filosóficas sobre o cérebro neste momento.

Segundo Ortega (2009: 623-633), durante o século XIX, principalmente na segunda metade, médicos, sobretudo aqueles que se especializavam em neurofisiologia, em disputa com correntes do alienismo, acreditavam que dois cérebros conscientes, funcionalmente idênticos, compunham o indivíduo: “Para alguns autores da época, diversas patologias mentais se explicavam a partir do funcionamento independente ou desarmônico dos dois ‘cérebros’” (ORTEGA, 2009: 623). As concepções sobre tais “cérebros” se dividiram, basicamente, entre duas correntes, cujo marco de separação teriam sido as ideias preconizadas pelo francês Paul Broca (1824-1880), principalmente a partir de 1860. Segundo o Ortega, essas teriam embasado o desenvolvimento das concepções sobre a assimetria cerebral e, conseqüentemente, das ideias acerca da dicotomia entre os dois hemisférios do órgão em questão. Antes da disseminação das ideias de Broca, entretanto, o autor explica que muitos estudiosos, especialmente frenologistas, concebiam ambos os “cérebros” como trabalhando de modo harmônico – a loucura seria, assim,

³⁴ Jean-Étienne Georget nasceu em 1785, em Vernou-sur-Brenne. Entre 1817 e 1819, estudou medicina em Paris, sob a supervisão de Esquirol, em cuja clínica privada também trabalhou. Em suas publicações, Georget ocupou-se, entre outros assuntos, da origem de doenças mentais, como a histeria e a hipocondria, do princípio do magnetismo e da aplicação da pena de morte a alienados. Morreu precocemente, em 1828 (MÉNDEZ, 2017).

um produto “da ação independente e incongruente” dos mesmos (ORTEGA, 2009: 624). O médico inglês Arthur Wigan (1785-1847), por exemplo, acreditava que

Na saúde, um cérebro governa o outro, mas na doença os dois seguem caminhos independentes. São vontades separadas, em oposição. A cura aconteceria quando “são apresentados ao cérebro sadio motivos que o encorajem a exercitar e fortalecer seu controle sobre o cérebro doente” (p. 22). O poder do cérebro poderia ser indefinidamente potencializado mediante “exercício e cultivo moral” (p. 22), “educação bem administrada (*well-managed*)”, capaz de “estabelecer e confirmar o poder de concentrar as energias dos dois cérebros sobre um assunto simultaneamente, ou seja, de fazer que ambos os cérebros realizem igual sequência de pensamentos.” (p. 23) (ORTEGA, 2009: 24).

O autor sublinha a importância da perspectiva de Wigan no processo de reenquadramento do tratamento moral a partir de uma moldura neurológica, contrapondo correntes do alienismo, como a pineliana e a esquiroliana, à escola neurofisiologista inglesa. De acordo com a perspectiva de Ortega, isso ocorreu precisamente no contexto em que o poder de intervenção da medicina sobre a loucura encontrava-se na corda bamba, devido, em muito, às críticas feitas por outras escolas ao tratamento moral (ORTEGA, 2009: 625). Segundo Ortega,

O papel político das teorias fisicalistas torna-se evidente se considerarmos que a fixação na causação orgânica [lesional] da loucura não correspondia à observação empírica (em contraposição ao empiricismo arguido por Pinel e outros autores para defender a superioridade do tratamento moral [...]) (ORTEGA, 2009: 625).

Para Ortega, tal concepção representava rupturas em dois sentidos: entre as perspectivas clínicas e as ideias acerca das lesões anatomopatológicas materiais, em voga. E entre a forma como se enquadrava a loucura e as bases do tratamento visto como adequado para sua cura. Em outras palavras, as lesões orgânicas materiais ou não eram encontradas em pacientes considerados “loucos”, ou, quando o eram, não possuíam qualquer diferença e/ou especificidade com relação às que eram observadas em indivíduos considerados não-alienados. De acordo com o autor, “não havia, portanto, nenhuma [sic] razão empírica que justificasse a crença de que transtornos psiquiátricos fossem doenças cerebrais” (ORTEGA, 2009: 625). Como já mencionado, os fundamentos da concepção clínica de Pinel estavam calcados no princípio do empiricismo, assim, os fenômenos considerados inobserváveis através da aplicação desses referenciais metodológicos não deveriam ser levados em conta. O tratamento

moral também exibia pouca afinidade com as teorias anatomopatológicas do momento, sendo enxergado por outros campos médicos como muito mais paliativo do que curativo.

Nesse contexto de perda de legitimidade da medicina sobre o tratamento da doença mental, o interesse por teorias fisicalistas da loucura que ressurgiram nas décadas de 1810 e 1820 [...] desempenhou papel fundamental na tentativa da psiquiatria britânica de recuperar a hegemonia sobre a insanidade (ORTEGA, 2009: 625).

Aponto aí ao(à) leitor(a) a existência de uma controvérsia historiográfica no que diz respeito às interpretações das ideias do alienismo francês. Parte da historiografia evidencia os aspectos orgânicos das referidas teorias sobre a natureza da loucura (BERCHERIE, 1989: 35-44; HUERTAS, 2008, 2014; ODA; DALGALARRONDO, 2007). Outros autores não conferem qualquer peso a estes referenciais (SHORTER, 1997; BROWN, 1994; ENGEL, 2001; LEIBBRAND; WETTLEY, 1961). Ao longo deste capítulo, procuro evidenciar algumas questões caras a este debate. Primeiro, que o que se chama de “alienismo francês” não se constituiu como um conjunto de teorias monolíticas e consonantes durante o oitocentos. Segundo, que o pensamento de Pinel fora também permeado por elementos que associavam a loucura a causas e efeitos orgânicos. As críticas e o niilismo que se instauraram sobre o tratamento moral ao longo do século XIX não refletem a *total* abdicação dos referenciais orgânicos nas teorias de médicos como Pinel e Esquirol e, tampouco, daqueles que foram formados pelos mesmos. Terceiro, que, acreditava-se, o tratamento moral não seria capaz de curar *lesões cerebrais materiais*, mas o mesmo era considerado eficiente em reequilibrar distúrbios fisiológicos. Os quais também eram considerados, segundo certos pontos de vista, como alterações orgânicas. Como discutirei a seguir, dentro da própria corrente alienista francesa perduraram as tentativas de se investigar a materialidade da loucura, bem como as possíveis lesões cerebrais que poderiam levar ao desencadeamento de certos quadros dela.

Além de também dar importância à anatomia patológica em seus estudos sobre alienação mental, a figura de Georget ilustra muito bem a ideia de que o alienismo francês *não* consistia em um grupo coeso e uníssono, no que diz respeito a muitos dos debates acerca das enfermidades da mente. Assim como Pinel, Georget também era crítico aos sistemas de classificação nosológica do século XVIII, que considerava demasiado especulativos. Contudo, e apesar de ter sido aluno de Pinel e Esquirol, Georget discordava de seus professores, argumentando que as descrições de ambos para o fenômeno da loucura não enfatizavam aspectos relativos à sua causa. Georget possuía a visão de que a loucura seria uma “doença idiopática do cérebro”, ou seja, nele teria sua *sede*, e insistia que os estudos sobre a mesma

deveriam articular os princípios da anatomia e da fisiologia nervosas (BROWN, 1994: 240). Na mesma linha de argumentação apresentada por Ortega (2009) com relação à escola neurofisiologista inglesa, Brown (1994) interpreta a lógica do pensamento de Georget como refletindo uma estratégia profissional. Assumindo-se que a loucura estaria localizada no cérebro, o alienismo passaria, assim, a cuidar de doenças que acometiam um *órgão específico* e, conseqüentemente, tornar-se-ia detentor do conhecimento sobre ele, conquistando legitimidade enquanto uma *especialidade médica*. Se a sede da loucura estivesse “espalhada” pelo corpo, outros médicos também poderiam ter jurisdição sobre as afecções psíquicas (BROWN, 1994: 239-240).

Contudo, ciente de que muitos pacientes não se curavam através do tratamento moral e/ou apresentavam lesões anatômicas em diferentes partes do corpo, incluindo o cérebro, Georget manteve “a racionalidade psicofisiológica do tratamento moral” sustentando uma visão dualista sobre a alienação mental (BROWN, 1994: 241). Através dos resultados obtidos nas autópsias que conduziu em pacientes considerados loucos, Georget, assim como Pinel, constatou que em muitos deles não havia constância e nem especificidade nos padrões das lesões cerebrais, o que fundamentou sua concepção sobre a natureza dual da loucura. Deste modo, Georget criou duas categorias para designá-la. O “delírio agudo” (*le délire aigu*) se caracterizava como *incurável* e associado a *lesões anatomopatológicas materiais* do cérebro e de outros órgãos corporais, decorrentes de intoxicações, traumas na cabeça e problemas em diferentes regiões do corpo. E a “loucura propriamente dita”, distúrbio idiopático que estava *necessariamente* ligado ao órgão em questão e que não resultava de lesões materiais perenes, mas de mudanças fisiológicas nele. Suas causas residiriam numa combinação de fatores, como hereditariedade e os distúrbios “morais” – desequilíbrios na manifestação de sentimentos, a exemplo do medo e do luto, e que poderiam ser curados através do tratamento moral. Com a criação destes conceitos, Georget manteve os princípios embutidos na lógica da terapia proposta por Pinel, deixando intactos os fundamentos de grande parte do pensamento alienista francês, então vigente, sobre as doenças mentais. Por outro lado, conectava suas ideias aos paradigmas da anatomia patológica que florescia durante o período (BERCHERIE, 1989: 58-69; BROWN, 1994: 241). Foi exatamente nessa dualidade que as ideias dele e de Antoine Bayle se (des)encontraram.

Georget foi um duro crítico das propostas de Bayle, apontando sua suposta presunção, intransigência e questionando os reais motivos pelos quais o segundo havia mudado sua opinião ao longo dos anos. Em sua tese de 1822, “*Recherches sur les Maladies Mentales*” (“Pesquisas Sobre Doenças Mentais”), na qual descreveu pela primeira vez a aracnoidite crônica, Bayle

defendia, à semelhança do que pensava Georget, que a loucura seria de origem *predominantemente* idiopática e apenas *ocasionalmente* simpática (ou seja, causada por lesões anatômicas materiais) (BROWN, 1994: 246). Entretanto, segundo seu crítico, três anos depois Bayle passou a afirmar o contrário – que essa seria na *grande maioria das vezes* resultado de uma lesão encefálica. Georget considerava que as ideias defendidas inicialmente pelo o jovem interno do *Charenton* seriam, na realidade, apenas uma tentativa de agradar aqueles que se encontravam no poder nesta instituição no momento da publicação de seu trabalho. De acordo com Edward Brown, em outubro de 1822, o governo restaurador na França demitiu grande parte daqueles funcionários que defendiam os ideais republicanos de seus postos na Escola Médica de Paris, substituindo-os por profissionais mais afins às concepções monarquistas. Neste contexto, René Laennec atingiu uma posição de mais poder, o que teria, então, encorajado Bayle a expor sua mudança de visão de forma mais categórica (BROWN, 1994: 246).

A querela entre Bayle e Georget se arrastou sob as acusações de que o primeiro rejeitava os princípios do tratamento moral proposto por Pinel, baseando suas declarações em dados especulativos, inconsistentes, vagos e pouco originais (BROWN, 1994: 245-249). O que Georget havia batizado de “delírio agudo”, forma de loucura sem cura e ocasionada por lesões materiais, era para Bayle a essência de *toda e qualquer* forma de alienação mental. Assim, na concepção do último estava automaticamente implícita a incurabilidade de qualquer tipo de loucura, pois o próprio Georget admitia que o “delírio agudo” não era curável através do tratamento moral. No momento em que o campo alienista francês buscava prestígio social através das tentativas de aproximação com os referenciais utilizados pelos campos médicos já considerados científicos, assumir que a loucura não era passível de cura significava um “tiro no pé” das pretensões de que a figura do alienista ganhasse legitimidade e monopólio sobre a jurisdição dos pacientes considerados loucos, anseios que ficam claros nos trabalhos de Georget, como já apontado (BROWN, 1994; GOLDSTEIN, 1989).

Louis-Florentin Calmeil (1798-1895), também aluno de Esquirol e partidário de muitas das ideias pinelianas, foi igualmente um crítico dos trabalhos de Antoine Bayle. Em 1826, mesmo ano em que o último divulgou suas ideias revistas sobre a aracnoidite crônica, Calmeil publicou o tratado “*De la paralysie considérée chez les aliénés*” (“Da paralisia considerada entre os alienados”), em cuja páginas iniciais deixava claro que sua oposição às ideias de Bayle era consequência da iniciativa do primeiro “de querer estabelecer o extraordinário princípio de que a maioria das doenças mentais existentes naquele momento tinham como causa imediata uma lesão física nas meninges” (CALMEIL, 1826: 7 *apud* BROWN, 1994: 250). Baseado em 60 casos, dos quais 39 foram autopsiados, Calmeil, assim como Georget e Pinel, identificou

uma grande variedade de lesões cranianas, concluindo que a “paralisia geral dos alienados”, como rebatizou a doença, seria desencadeada por uma “inflamação crônica [...] que induz[iria] uma mudança no cérebro a qual não fomos capazes de observar” (CALMEIL, 1827: 67 *apud* BROWN, 1994: 250). Bayle respondeu de modo sarcástico ao seu crítico, questionando-o sobre o que seria, então, essa inflamação crônica que possuía nenhuma das características das inflamações, ou seja, que não se apresentava através de lesões visíveis.

É necessário frisar para o(a) leitor(a) que nesta querela entre Bayle e Calmeil reside uma diferença crucial no entendimento de ambos os médicos sobre o conceito de localização de uma lesão. Calmeil acreditava que apenas uma inflamação localizada *precisamente* no cérebro (e não em suas membranas) poderia causar a loucura. Não por coincidência, o contra-argumento de Bayle baseava-se justamente nos trabalhos já mencionados de seu inspirador Laennec, para quem a pleurisia, uma inflamação na membrana pulmonar (pleura), por exemplo, seria um sinal de problemas no pulmão. De acordo com esta lógica, uma inflamação crônica nas meninges poderia ser perfeitamente considerada um reflexo de problemas no cérebro (BROWN, 1994: 245-251).

Além de todos os debates sobre a possibilidade ou não de cura da loucura, da inexorável existência de lesões materiais irreversíveis e onde essas poderiam se localizar (se no cérebro, no encéfalo ou em diversas partes do corpo), as críticas veementes de Georget e Calmeil às ideias propostas por Bayle também provinham de uma reprovação da ideia de se reduzir o diagnóstico de “monomania ambiciosa”, criado por Esquirol, a um mero sintoma da doença descrita pelo sobrinho de Gaspard Bayle. Segundo Jan Goldstein (1989) e Edward Brown (1994), no limite, a categoria de monomania ambiciosa constituía-se, para Esquirol e aqueles partidários de suas ideias, como um símbolo do legado da Revolução Francesa, que teria produzido uma sociedade capaz de gerar um modo específico de mania: a ambição excessiva. Assim, ao considerar a monomania, e especialmente a monomania ambiciosa, como um sintoma da aracnoidite crônica, Bayle não somente diminuía sua imponência, desestruturando a classificação proposta por Esquirol, mas também comprometia o significado psicossocial da categoria em questão.

É importante ressaltar que, neste momento, a categoria de monomania de Esquirol havia sofrido críticas que tangenciavam o debate levantado por Bayle. Segundo Bercherie, para o médico nascido no Reino de Württemberg, Wilhelm Griesinger (1817-1868), e para o francês Jean-Pierre Falret (1794-1870), por exemplo, o modo como Esquirol definiu as diferentes formas de monomania dava margem, de fato, para que essas permanecessem “com um pé no plano dos sintomas e outro no das síndromes” (BERCHERIE, 1989: 52). Apesar de não

existirem evidências indicativas de tal intenção por parte de Bayle, o potencial “rebaixamento” em que suas ideias posicionavam a categoria esquiroliana foi mais um ponto de apoio para seus críticos. O próprio Esquirol, aliás, acreditava que o sintoma de paralisia observado por Antoine Bayle derivava de complicações advindas de diferentes tipos de loucura e não de uma doença independente (BROWN, 1994: 251; GOLDSTEIN, 1989: 146-147).

Além de querelar sobre a monomania, Griesinger também foi uma figura importante nos debates sobre a aracnoidite crônica, produzindo considerações sobre a categoria que tiveram ampla circulação. Antes da chegada das concepções pinelianas às regiões de língua germânica, os círculos alienistas de lá eram influenciados por concepções “psiquistas” e “somatistas”. A primeira:

Considerava a loucura uma doença da alma, uma perda de seu equilíbrio harmonioso natural; buscava a razão disso num desvio dos princípios divinos ([Johann Christian August] Heinroth) ou éticos ([Karl] Ideler) que deveriam reger a conduta do sujeito; as nosologias que ela propunha eram deduções de formas a partir de uma construção racional *a priori* do espírito humano (BERCHERIE, 1989: 70).

Numa perspectiva oposta, a escola “somatista” enxergava as doenças mentais como produto de um distúrbio *material do cérebro*. Todavia, certas vertentes da última escola de pensamento retinham elementos “psiquistas” em sua forma de apreender o sofrimento mental, uma vez que partia da ideia de uma “inalienabilidade da alma, pois somente as doenças do corpo podiam enlouquecer o espírito” (BERCHERIE, 1989: 70; PORTER, 2002: 141). Ou seja, no limite, o espírito continuava sendo o substrato a exibir as consequências do processo de enlouquecimento, cuja causa primeira seria o adoecimento do corpo (BERCHERIE, 1989: 70). Segundo Bercherie, os chamados somatistas estavam mais interessados em entender a etiologia da loucura, deixando o quadro clínico em segundo plano. Tanto ele quanto Porter (2002: 144) consideram Griesinger um dos principais representantes do somatismo germânico. Para Griesinger a doença mental era uma afecção *material do cérebro*, ainda que enxergasse os meios de análise disponíveis à época como incapazes de escrutinar tal materialidade (BERCHERIE, 1989: 70):

Segundo Griesinger, as doenças mentais eram tipicamente progressivas, agravando-se de estados depressivos para condições mais perturbadoras. Isso refletia um padrão de anormalidade somática subjacente, que começaria com uma irritação cerebral excessiva, levaria à degeneração cerebral irreversível e crônica e terminaria na desintegração do ego, comum da demência (PORTER, 2002: 144).

Para Bercherie, entretanto, ainda que fortemente influenciado pelos “somatistas”, Wilhelm Griesinger teria sido o principal responsável pela introdução da tradição clínica no pensamento germânico sobre a alienação mental.

O desenvolvimento do pensamento de Griesinger esteve, em sua obra, fortemente relacionado às teorizações sobre a aracnoidite crônica, rebatizada de paralisia geral (progressiva) ou paralisia geral (dos alienados). O médico dedicou à afecção originalmente descrita por Bayle uma pequena parte da segunda edição de seu tratado, na qual deu conta de registrar assertivas contundentes sobre a doença, ainda que em poucas linhas (BERCHERIE, 1989: 70-79). Em “*Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*” (“Patologia e Terapêutica das Doenças Psíquicas”), publicado originalmente em alemão, em 1861, mas traduzido para outras línguas, como o francês e o inglês,³⁵ Griesinger afirmava que nos raros casos em que as modificações anatômicas da paralisia geral não eram identificáveis a olho nu era sempre possível notá-las com o uso do microscópio. Depois de ter descrito as mudanças anatômicas no encéfalo de paralíticos de modo similar a Bayle, o autor dizia que na referida doença essas “são mais evidentes, mais características e mais gerais do que *em qualquer outra forma de insanidade: ainda que não sejam sempre idênticas, sempre se apresentam em alguma variedade*”.³⁶ Disso, o médico germânico concluía que:

- (a.) A insanidade, aguda ou crônica, pode ser resultado de uma excitação ou nutrição anormal do cérebro, sem a existência de qualquer mudança palpável.
- (b.) Na maioria das situações, esse não é o caso; ela depende de afecções palpáveis que, de modo geral, são distintas quando relacionadas à duração da loucura. Isso consiste, em parte, em uma hiperemia e em um processo inflamatório que, via de regra, são primeiramente observados na *pia mater* e na substância cortical, penetrando em vários níveis na substância cerebral e, se não forem contidas, terminam em uma destruição incurável e atrofia da substância cerebral - uma lesão à qual corresponde o grupo de sintomas [chamado] de demência.³⁷

As correntes do pensamento alienista que se ocupavam da materialidade da loucura eram muito diversas, fazendo com que não haja sentido em tratá-las apenas sob a designação

³⁵ GRIESINGER, W. **Traité des Maladies Mentales. Pathologie et Thérapeutique**. 2 édition. Paris: Place de l'École-de-Médecine, 1865; GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. 2nd edition. New York: William Wood & Company, 1882. A versão em francês anteriormente citada contém um apêndice escrito por Jules Baillarger totalmente dedicado à paralisia geral.

³⁶ GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. 2nd edition. New York: William Wood & Company, 1882, p. 307.

³⁷ GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. 2nd edition. New York: William Wood & Company, 1882, p. 307.

geral de biológicas, sem destacar as especificidades de cada uma. Tanto alienistas franceses quanto germânicos estiveram envolvidos, em alguma medida, nas discussões acerca da relação entre distúrbios fisiológicos e/ou anatômicos e doença mental. A diferença fundamental nas abordagens anatomopatológicas propostas por Esquirol e Georget, por exemplo, e por Bayle e Griesinger, reside no fato de que os últimos passaram a alegar que *a maioria das formas de loucura* teria sua origem em uma lesão encefálica material. Entretanto, não é exato isolar completamente o enquadramento dado às doenças psíquicas pelos alienistas franceses da influência dos conceitos e referenciais provenientes do campo da anatomia patológica. Tanto as ideias de Pinel, Georget e Calmeil, quanto as propostas e intenções de Esquirol, apontadas por Huertas e relacionadas à aplicação do modelo de doença consolidado pela Escola de Paris às enfermidades mentais, constituem mais uma evidência de que o processo de produção do conhecimento é complexo e construído a partir de múltiplas contribuições apropriadas de diferentes formas ao longo do tempo.

Bayle permaneceu atuando no campo alienista por alguns anos. Contudo, a partir de 1830 teria se afastado dele, passando a trabalhar como bibliotecário na Faculdade de Medicina de Paris. Segundo Edward Brown (1994: 252-253), diversas são as hipóteses aventadas pela historiografia para a saída do sobrinho de Gaspard Bayle do campo em questão. Para Paul Bercherie (1989: 83-92), a forte rejeição às ideias de Antoine Bayle por parte de seus contemporâneos residia no fato de que estes haviam interpretado sua proposta de modo errôneo, entendendo que Bayle estaria elaborando hipóteses para explicar a patologia de doenças que já haviam sido descritas. Jacques Postel e René Semelaigne afirmam que o jovem Bayle nunca teria tido real interesse em tratar aqueles afligidos pela loucura (POSTEL, 1978: 445-463 *apud* BROWN, 1994: 236-237; SEMELAIGNE, 1930: 47-48 *apud* BROWN, 1994: 236-237). Brown (1994: 252-253) discorda destas duas suposições afirmando que a oposição à teoria de Bayle ocorreu de modo violento exatamente porque seus contemporâneos rejeitavam a natureza de suas ideias. Além disso, Brown pontua que, segundo o próprio Semelaige, Bayle acompanhava todos os debates sobre a doença que descrevera, reivindicando sempre sua prioridade acerca da descoberta da mesma. Já Jan Goldstein (1987: 146-147) afirma que Bayle acabou “órfão” de um mentor, depois que Royer-Collard faleceu, em 1825. Royer-Collard seria um dos maiores rivais de Esquirol que, por sua vez, passara a deter grande poder e prestígio dentro do círculo alienista francês e, como acrescenta Brown, nutria pouca simpatia pelas ideias de Antoine Bayle (BERCHERIE, 1989: 83-92; BROWN, 1994: 236-237; GOLDSTEIN, 1989: 146-147).

Durante a segunda metade do século XIX e conforme se desenrolaram os debates sobre seus sintomas físicos e mentais e acerca da natureza das lesões cerebrais que a caracterizavam, a aracnoidite crônica passara a ser referida de modo generalizado através dos termos paralisia geral (progressiva) e paralisia geral (dos alienados), como já mencionado. Segundo Charles Rosenberg (1997), a doença:

Não pode ser caracterizada simplesmente como um nível inferior do estado fisiológico ideal. A realidade é obviamente muito mais complexa; a doença é, em primeiro lugar, um evento biológico, um repertório de construções verbais de uma geração específica que reflete a história intelectual e institucional da medicina, uma ocasião de potencial legitimação para políticas públicas, um aspecto do papel social e da identidade individual – intrapsíquica –, uma sanção para valores culturais, e um elemento estruturante nas interações médico-paciente. *De alguma forma, a doença não existe enquanto não se acordar tal fato, através de sua percepção, nomeação e da resposta que lhe é dada* (ROSENBERG, 1997: XIII, grifos meus).

O termo através do qual uma doença é referenciada compõem-se de signos que dizem muito a respeito das principais características que se quer atribuir ao quadro patológico em questão. Exatamente por isso, a análise da denominação conferida a uma enfermidade também pode dizer muito sobre o campo que a descreveu e reconheceu enquanto tal. Antes de passar a ser amplamente referida como “paralisia geral (progressiva)”, a doença já havia sofrido “de uma pluralidade de nomes” (HARE, 1959: 594). Segundo Edward H. Hare, Calmeil pensava ser a denominação *paralysie générale des aliénés* (paralisia geral dos alienados), proposta por ele em 1826, mais adequada do que *arachnitis chronique* (aracnoidite crônica). No primeiro termo encontra-se ausente uma *causa* que, para Calmeil, não havia sido provada, sendo substituída por um dos *sintomas* considerados mais comuns nos quadros de PGP – a paralisia. Calmeil também acreditava que “nenhuma forma **específica** de loucura³⁸ era observada; a monomania ambiciosa de Bayle era, sugeria ele, uma característica notável presente em muitos, contudo, não em *todos* os casos” (HURN, 1998: 34, negritos da autora, grifos meus). Em meados do século XIX, quando conterrâneos de Bayle afirmavam ter encontrado casos de paralisia geral progressiva sem os sintomas mentais, Jean-Pierre Falret (1794-1870) propôs, para os mesmos, a denominação *folie paralytique* (loucura paralítica), a qual expressava de modo evidente a centralidade da loucura para o enquadramento da moléstia (HARE, 1959: 594). Tal discussão, sobre a existência ou não de quadros de paralisia geral sem delírio, será explorada

³⁸ No original, a autora utiliza o termo “*madness*”.

no segundo capítulo desta tese, pois, aparentemente, passou a se refletir nos debates médicos brasileiros apenas a partir das duas últimas décadas do oitocentos.

Os termos *incomplete paralysis* (paralisia incompleta), *general paralysis of the insane* (paralisia geral dos insanos) e *general paresis* (paresia geral) foram propostos, respectivamente, pelos alienistas britânicos George Man Burrows (1771-1846), William Julius Mickle (1848-1918) e pelo médico sueco E. Salomon (?-?). Burrows admitia que “Diferentes tipos de paralisias [...] eram complicações comuns da loucura; Bayle, entretanto, havia descrito uma ‘espécie peculiar’ associada à meningite crônica, alterações na fala e fraqueza parcial dos membros inferiores” (HURN, 1998: 34). Assim, Burrows optou por incorporar este último sinal físico à denominação da doença que, contudo, foi logo descartada pelos médicos britânicos, em detrimento daquele sugerido por Mickle. Hurn não explica a opção feita pelos alienistas em seus pormenores, assim como Hare apenas menciona a denominação criada por Salomon (HARE, 1959: 594; HURN, 1998: 34). Já estudiosos alemães como Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) e, mais tarde, Kraepelin optaram por adotar a expressão *dementia paralytica* (demência paralítica),³⁹ que passou a ser utilizada pelos médicos que atuavam no Rio de Janeiro apenas no século XX. Isso ocorreu, muito provavelmente, em decorrência do crescimento da interlocução entre os últimos e os neuropsiquiatras germânicos.

A hipótese de que a enfermidade constituía de fato uma entidade nosológica autônoma ganhou adeptos durante a segunda metade do oitocentos. Esses baseavam sua convicção principalmente no estabelecimento de uma relação entre a patologia e o curso clínico definido da doença – o que, segundo Flavio Edler (2011: 39) também consistia em um elemento importante no reconhecimento de uma enfermidade como entidade distinta. Juliet Hurn (1998) e Gayle Davis (2008) apontam que, durante a década de 1860, grande parte dos alienistas britânicos já reconhecia a PGP como uma moléstia independente, e em 1869 a *Medico-Psychological Association*⁴⁰ acatou tal premissa a partir da decisão tomada durante o Primeiro Congresso Internacional de Alienistas, que havia ocorrido em Paris, em 1867. As autoras não entram em detalhes sobre os fatores que teriam contribuído para a mudança de visão dos alienistas britânicos sobre a legitimidade da PGP enquanto doença. Contudo, o trabalho de

³⁹ Jules Baillarger já havia, em meados do oitocentos, proposto o termo “demência paralítica pura” para casos de paralisia geral nos quais a manifestação dos delírios era posterior à da paralisia (BERCHERIE, 1989). Contudo, não encontrei informações sobre se a futura opção de Kraepelin pelo termo similar “*dementia paralytica*” teve algo a ver com as proposições anteriores de Baillarger. Eu arriscaria a hipótese de que as denominações sugeridas pelo francês e pelo alemão seriam independentes, uma vez que, ao contrário do que pensava Kraepelin, a sugestão de Baillarger esteve diretamente ligada ao fato de que o último acreditava que o quadro descrito por Bayle refletia, na realidade, processos de adoecimento de naturezas distintas, como veremos no próximo capítulo.

⁴⁰ Organização que, a partir de 1971, passou a ser denominada *Royal College of Psychiatrists*.

Francisco Ortega (2009), discutido anteriormente, nos fornece consistentes pistas que permitem articular tal aceitação com o contexto que vivia o alienismo britânico à época – a saber a tentativa de edificação de sua legitimidade enquanto ciência médica (ORTEGA, 2009: 624). Durante o momento em questão também foram descritas diferentes sub formas da PGP e um número cada vez maior de casos da doença era reportado nos asilos internacionais.⁴¹

Apesar do reconhecimento da paralisia geral como doença autônoma, suas bases sintomáticas e anatomopatológicas permaneciam como temas de intensos debates nos círculos alienistas. A natureza e a especificidade das lesões encefálicas da PGP eram objeto de especial controvérsia, já que os avanços na área da microscopia não trouxeram as respostas esperadas por grande parte dos especialistas em medicina mental. Assim, as opiniões se dividiam entre duas correntes: a defendida principalmente por médicos alemães, de que a hipertrofia dos vasos sanguíneos do tecido cerebral levaria a uma isquemia, que posteriormente causaria uma inflamação, o crescimento exagerado do tecido conjuntivo e, finalmente, à destruição das fibras nervosas. E aquela advogada especialmente por médicos franceses, que identificava uma inflamação primária como causa dos problemas de nutrição e circulação ocorridos no tecido do córtex cerebral. Apesar destes dissensos, muitos alienistas permaneciam fiéis à ideia de que a doença possuía de fato uma base anatomopatológica. Continuando a nutrir a esperança de se estabelecer um consenso acerca do tipo de lesão encefálica característico da PGP, muitos deles argumentavam que o mesmo viria, mais cedo ou mais tarde, em virtude da crença nos contínuos avanços das técnicas de histologia, apenas por ora, incapazes de responder a certas perguntas (HURN, 1998: 27-68).

O fato de que a doença atingia mais indivíduos pertencentes ao sexo masculino do que ao feminino já tinha sido apontada pelo próprio Bayle, mas sem teorizações detalhadas.⁴² O tratamento dispensado aos doentes acometidos pela PGP, ao menos no Rio de Janeiro, era paliativo. Em vista da reconhecida incurabilidade da doença, restavam terapêuticas como sangrias, compressas na região da cabeça, purgantes, estimulantes (como o acetato de amônia), vermífugos e os preparados mercuriais, que suscitavam controvérsias acerca de sua eficácia e, portanto, de sua utilização.⁴³ Às causas da moléstia não foi dada muita atenção até meados do

⁴¹ Como exemplo, podemos citar os dados trazidos pelos trabalhos de Mary Stewart e colaboradores (2017) que assinalam que os primeiros registros da PGP como motivo de internação no *Yarra Bend Asylum* (Victoria, Austrália) datam de 1864. Maree O'Connor (2015) aponta casos inaugurais da doença no *Auckland Mental Hospital* (Nova Zelândia) a partir de 1868. Jessica Slijkhuis e Harry Oosterhuis (2014) encontraram observações clínicas de paralíticos no *St. Elizabeth Hospital* (Deventer, leste da Holanda), a partir de 1870.

⁴² BAYLE, A. L. J. Pesquisas sobre doenças mentais. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2009 [1822], pp. 752–758.

⁴³ SILVA, A. L. P. **Encephalite**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1868, pp. 34–36.

século XIX e sua relação com a sífilis só ficaria bem estabelecida durante as primeiras décadas do século XX. Até aí figuravam predominantemente fatores etiológicos gerais, como traumas na região da cabeça, doenças infecciosas, hereditariedade,⁴⁴ excessos sexuais, trabalho intelectual intenso, abuso de substâncias, como o álcool e o tabaco, entre outras.

Até pelo menos o final do século XIX, grande parte da medicina acreditava que as patologias seriam desencadeadas não por um, mas por um conjunto de elementos causais que costumavam ser discriminados de forma hierárquica. Aos processos de adoecimento articulavam-se não somente elementos etiológicos “externos”, mas também fatores como “o temperamento e estrutura peculiar de um indivíduo [...], seu dinamismo fisiológico e psicológico” (EDLER, 2011: 41). Assim, os “agentes externos” não seriam capazes de, por si só, provocarem uma enfermidade: “Eles poderiam contribuir – circunstancialmente ou de modo preponderante – para produzir uma situação que, eventualmente, conduziria a um estado mórbido. Seriam uma condição necessária, mas nunca suficiente” (EDLER, 2011: 41). De acordo com a lógica da multicausalidade, muitos médicos dividiam os fatores etiológicos entre causas predisponentes e causas ocasionais (ou excitantes). Eram considerados como causas predisponentes elementos que facilitavam o desenvolvimento do quadro patológico, quando o indivíduo era colocado em contato com as causas ocasionais. Contudo, como lembra Edler (2011: 45), a distinção entre causas predisponentes e ocasionais não era absoluta, e o que poderia ser considerado uma causa predisponente no caso de um paciente, seria passível de identificação como ocasional em outro.

No caso da paralisia geral acreditava-se, por exemplo, que o alcoolismo consistia não somente em um hábito capaz de provocar de modo direto as lesões cerebrais (funcionando como causa ocasional). Ele também era visto como um hábito que “preparava o terreno do cérebro” para o desenvolvimento destas lesões (atuando como causa predisponente). No Rio de Janeiro, as discussões sobre os excessos trazidos pela civilização enquanto produtores da paralisia geral só começaram a se intensificar com o aumento da produção científica sobre a doença, durante a década de 1880 e, por isso, serão abordadas no segundo capítulo da tese. A atenção inespecífica dada ao que provocava a PGP pode ser considerada mais uma evidência de que o foco dos médicos recaía predominantemente sobre as discussões anatomopatológicas acerca da enfermidade, aspecto que será discutido adiante.

⁴⁴ Apesar de já apontada por alguns alienistas como causa predisponente da paralisia geral progressiva, o papel da hereditariedade só ganharia proeminência, nesse sentido, a partir do terceiro quartel do século XIX (DAVIS, 2008; HURN, 1998; O’CONNOR, 2015; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2014; STEWART *et al.*, 2017).

No que dizia respeito aos sintomas clínicos *externos* da PGP, manifestações como delírios (com destaque para os de grandeza), problemas de articulação da fala, tremores nos lábios e na língua e paralisia progressiva generalizada dos músculos eram tidas como constantes, indicando um desenvolvimento sistemático para a doença (DAVIS, 2008; HURN, 1998). É importante lembrar que o estabelecimento de um curso definido para uma enfermidade consistia em um elemento sobremaneira importante em sua singularização, uma vez que se relacionava diretamente com o processo de identificação da doença e com o estabelecimento de um prognóstico para o paciente (EDLER, 2011: 39).

A observação de casos identificados como de PGP nos quais não havia distúrbios psíquicos, no entanto, fez com que, a partir de 1840, Scipion Pinel (1795-1859), filho de Philippe Pinel, propusesse a divisão da paralisia geral progressiva entre os tipos “complicada” (com manifestações delirantes) e “simples” (onde as mesmas não se faziam presentes). Jules Gabriel François Baillarger (1809-1890), por sua vez, advogava perspectivas similares, afirmando que os delírios, eventualmente ausentes, não seriam, então, o elemento central da PGP, caracterizado, na realidade, pela paralisia e/ou pela demência. De acordo com estes pontos de vista, apenas os casos em que houvesse perturbações mentais ficariam sob a jurisdição do campo alienista o que, segundo Hurn (1998: 27-68) fez com que tal proposição fosse rejeitada por parte de muitos médicos britânicos. Como veremos adiante, os médicos que atuavam na Capital do Império também se posicionaram com relação a este assunto.

1.2 A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA NAS TESES DA FACULDADE DE MEDICINA DO RIO DE JANEIRO

Data de 1868 a defesa da primeira tese que tece considerações sobre a paralisia geral progressiva. Deste ano até 1883 – quando foi apresentado o primeiro trabalho dedicado exclusivamente à doença, no âmbito da cadeira de Clínica Psiquiátrica da FMRJ – levantei algumas teses que discorreram em maior ou menor medida sobre a moléstia. Observei que a paralisia geral era vista, por esses médicos, como resultado de lesões que atingiam o encéfalo, tendo sido abordada em trabalhos que se ocupavam amplamente das “encefalites” ou das chamadas “paralisias”. Tais trabalhos dedicavam-se predominantemente às descrições das lesões que caracterizariam cada um dos tipos de encefalite.⁴⁵ Esta observação evidencia o

⁴⁵ Termo que, em geral, referia-se a uma inflamação no encéfalo (SILVA, A. L. P. **Encephalite**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1868).

contato que os profissionais da medicina possuíam com as produções acadêmicas sobre tal tema, e o interesse despertado pelo mesmo entre aqueles que figuravam no ambiente da FMRJ. Além disso, e assim como Gonçalves (2011), pude concluir que alguns desses médicos ficavam a par das referidas discussões, especialmente, a partir de tratados produzidos por médicos europeus.

Intitulada “Encephalite”, a tese defendida por Adrião Nunes Pereira da Silva, em 1868, iniciava-se com detalhada descrição sobre os diferentes tipos de inflamação no encéfalo, a qual poderia ser geral, acometendo diferentes regiões do órgão, ou circunscrita a apenas uma parte do mesmo. Sobre a encefalite do tipo geral, Pereira da Silva afirmava:

A encefalite geral ocupa ordinariamente a periferia dos hemisférios cerebrais e acompanha a inflamação aguda ou crônica das meninges. A sua história, pois, liga-se intimamente à da meningite e da paralisia geral e não pode ser separada destas.⁴⁶

Apesar dessa afirmação, o estudante seguiu tratando da encefalite de um modo bastante amplo e não voltou a tocar no termo “paralisia geral”. Contudo, sua fala me permite apontar algumas reflexões. Percebo que, muito provavelmente, o autor já considerava a paralisia geral como uma entidade nosológica autônoma. Além disso, quando menciona os trabalhos que teriam contribuído de forma significativa para a produção do conhecimento relacionado à encefalite, Pereira da Silva nos permite recuperar duas discussões já apontadas por Monique Gonçalves. Em primeiro lugar, fica claro que, apesar da maior parte destas referências ser de origem francesa (entre as quais figuram os trabalhos de Pinel e Calmeil), há presença de estudos realizados por médicos de outras nacionalidades, como o do escocês John Abercrombie (1780-1844), formado em Edimburgo; do belga M. Gluge (?-?) e do médico nascido em Magdeburg (atual Alemanha) Felix von Niemeyer (1820-1871). Em segundo lugar, é importante mencionar que todas as obras citadas se encontram em língua francesa, tendo sido nela originalmente escritas ou dela traduzidas, como no caso dos tratados de Abercrombie e Niemeyer.⁴⁷

A segunda alusão à paralisia geral que identifiquei encontra-se na tese defendida por Francisco de Menezes Dias da Cruz Junior (?-?),⁴⁸ na qual o autor pretendia estudar as paralisias

⁴⁶ SILVA, A. L. P. **Encephalite**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1868, p. 1.

⁴⁷ SILVA, A. L. P. **Encephalite**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1868, p. 15.

⁴⁸ Francisco de Menezes Dias da Cruz Junior (?-?) era filho do Dr. Francisco de Menezes Dias da Cruz (1853-1937), lente da Cadeira de Patologia Geral da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro de 1864 a 1878 (CRUZ JUNIOR, F. M. D. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1875).

como *sintoma*. Para ele, essas consistiam “[n]a abolição ou diminuição dos movimentos por falta de contrações musculares, devida a moléstia que afete alguma parte do sistema nervoso ou do próprio sistema muscular”.⁴⁹ Contudo, ao longo do texto Cruz Junior ponderava que a paralisia geral não se constituía apenas como uma manifestação de outras formas de loucura, mas como uma moléstia na qual “grande número de músculos são afetados [sic]”.⁵⁰ Depois desta breve menção à PGP, o autor também silenciou sobre a doença, muito provavelmente, porque, como já dito, se propunha a estudar a paralisia enquanto um fenômeno sintomático. Deste modo, quando considerava a PGP como uma moléstia independente, excluía a mesma dos debates que objetivava expor.

Ao escrever “Das Paralysias” e numa perspectiva similar à exposta por Cruz Junior, Ricardo Augusto Soares Baptista (?-?)⁵¹ caracterizou tais manifestações como:

Diminuição ou abolição do movimento ou do sentimento por perturbação da inervação motora ou sensitiva.

Sendo o sistema nervoso constituído por uma porção central encéfalo-medular, e uma porção periférica – os nervos, e havendo dependência íntima no funcionalismo destes órgãos, compreende-se que a paralisia se pode dar desde que faltarem a qualquer destes órgãos as condições da integridade funcional.⁵²

Soares Baptista dividia as paralisias em diferentes grupos e situava a “paralisia geral progressiva”, termo utilizado por ele, entre as “paralysias orgânicas”. O autor associava a construção do conhecimento sobre este grupo das paralisias às contribuições advindas dos campos da anatomia patológica e da histologia, e provenientes, sobretudo, dos trabalhos de Giovanni Battista Morgagni (1682-1771)⁵³ e Marie François Xavier Bichat. Segundo o

⁴⁹ CRUZ JUNIOR, F. M. D. **Das paralysias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1875, pp. 7-8.

⁵⁰ CRUZ JUNIOR, F. M. D. **Das paralysias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1875, p. 29.

⁵¹ Ricardo Augusto Soares Baptista (?-?) se doutorou pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1876, fazendo parte, em 1873, de uma das Comissões Auxiliares de redação da Revista Médica, uma publicação quinzenal redigida por estudantes de medicina (REVISTA MÉDICA, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, Rio de Janeiro, 10 ago. 1873, p. 65).

⁵² BAPTISTA, R. A. S. **Das paralysias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876, p. 1.

⁵³ Giovanni Battista Morgagni nasceu em 1682, em Forlì (Itália). Reconhecido como proeminente patologista, seus trabalhos contribuíram para que a anatomia patológica alcançasse uma epistemologia considerada mais objetiva. Graduou-se em medicina e filosofia em 1701, em Bolonha, e foi aluno de Antonio Maria Valsalva (1666-1723), a quem sucedeu na posição de Demonstrador Anatômico. Em 1710, mudou-se para Pádua, tornando-se professor de medicina e assumindo a cátedra de Anatomia em 1715, na universidade da cidade. As obras “*Adversaria Anatomica*” e “*De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*” teriam o consagrado como fundador da anatomia mórbida e um dos primeiros estudiosos a defender que o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento dos doentes deveriam basear-se no conhecimento acerca das condições anatômicas de seus corpos e das observações clínicas. Morreu em 1771, em Pádua (GIOVANNI, s/d).

estudante, “Resulta desses progressos todos que a esfera dos conhecimentos médicos mais se amplia, e as nevroses vão perdendo cada dia o antigo direito de cidade que possuíam nos domínios científicos”.⁵⁴

A fala de Soares Baptista deixa bastante clara a expectativa depositada no desenvolvimento do conhecimento produzido pelos campos da anatomia patológica e da histologia. No momento em que o alienismo carioca buscava legitimar-se, havia a crença de que, mais cedo ou mais tarde, os referidos campos trariam respostas para os infinitos questionamentos relacionados às patologias mentais e ao processo de adoecimento pela loucura. Assim, muitos médicos, como Soares Baptista, nutriam a esperança de que, em breve, os estudos sobre as “nevroses” também calcariam as explicações relativas à perda da razão em preparados histológicos, atingindo, assim, o alto nível de cientificidade, já supostamente conquistado pelas produções que elucidavam aspectos de outras formas de adoecimento.

Ao mencionar as controvérsias acerca da possível existência, na opinião de alguns estudiosos, de um quadro de demência e paralisia *sem lesões cerebrais*, Baptista negava tal ideia. Em sua opinião, a manifestação dos sintomas mentais e físicos da PGP *dependeria* de tais lesões, as quais teriam sido observadas por ele durante as autópsias que realizara em três pacientes paralíticos na Casa de Saúde do Dr. Eiras.⁵⁵ Partidário das conclusões de Calmeil sobre a paralisia geral, o autor defendia que a doença consistia em uma “periencefalite crônica difusa”, e citava as opiniões de alienistas franceses e alemães, a exemplo de Louis-Victor Marcé (1828-1864), Eduard von Rindfleisch (1836-1908), Valentin Magnan (1835-1916) e Carl Westphal (1883-1890), acerca da natureza das lesões da PGP, concluindo:

Que importa que não esteja ainda determinada a natureza anatômica *unívoca* da lesão que produz a paralisia geral, que se desconheça sua origem, seu modo de desenvolvimento, sua localização exata; que importa que não haja perfeito acordo entre os histologistas e sobre a causa de todo o mal [...] Seja qual for a opinião que se adote, o fato capital subsiste: *a dependência dos fenômenos da*

⁵⁴ Com o termo “direito de cidade” entendo que o autor se remete ao isolamento das doenças mentais desses referenciais da anatomia patológica – isolamento este, que, segundo ele, aproximava-se do fim. (BAPTISTA, R. A. S. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876, p. 10).

⁵⁵ As Casas de Saúde do Dr. Eiras, incluíam a Casa de Saúde de Nossa Senhora da Ajuda e Maternidade e a Casa de Saúde Convalescença, onde as dependências destinadas aos alienados de ambos os sexos (livres e escravos) foram sendo ampliadas, desde a década de 1860. Em 1875, ao invés de informar a existência de “quartos ou “cômodos” especialmente reservados aos alienados, a publicidade publicada no *Almanack Laemmert* (1875: 4) referia que a Casa de Saúde Convalescença possuía “um estabelecimento completo para alienados, em cujo curativo só se empregam os meios brandos e morais”. Com a morte de Manoel Joaquim Fernandes Eiras, em julho de 1889 (JORNAL DO COMMERCIO, 31/07/1889, p. 2), a direção da instituição passou para as mãos de seu filho, Carlos Fernandes Eiras (?-?), médico formado pela FMRJ em 1877 (GONÇALVES, 2011).

*paralisia geral para lesões materiais constantemente verificadas, e já muito numerosas para serem contestadas.*⁵⁶

No que diz respeito à breve menção que fez aos sintomas da paralisia geral, Soares Baptista elencava: as alterações pupilares, a demência, os delírios, as modificações na sensibilidade (cutânea, principalmente) e a perda dela, chamada anestesia, e na qual incluía a paralisia (na forma de sintoma). Sobre as manifestações físicas da doença e sua relação com as lesões materiais o autor afirmava:

Encontrar-se-á nas lesões cerebrais uma explicação suficiente destas perturbações profundas da sensibilidade? Se até o presente é impossível referir a uma lesão unívoca e definitiva a maior parte das modificações sensitivas observadas na alienação mental, não se dá o mesmo a respeito da paralisia geral, em que uma série inteira de investigações anatômicas prosseguidas desde Baillarger e Calmeil até Magnan, têm mostrado alterações extensas e difusas, não só das meninges, mas ainda das circunvoluções e do tecido conjuntivo intersticial do encéfalo.⁵⁷

É interessante notar que em tal passagem, Soares Baptista não mencionou Bayle. Como já dito, a historiografia sobre o alienismo na França, frequentemente, aponta a exclusão da figura de Bayle do meio em questão, logo após a forte rejeição às suas ideias. Apesar das controvérsias sobre se, de fato, Bayle permaneceu tão alijado assim das discussões sobre a PGP, o fato é que nunca foram mapeadas publicações que evidenciem que ele continuou produzindo estudos sobre a moléstia que descrevera. Valentin Magnan também esteve envolvido nos debates sobre a paralisia geral, sobretudo naqueles inerentes ao papel da hereditariedade no adoecimento pela enfermidade.⁵⁸ Já Calmeil e Jules Baillarger retiveram grande interesse na doença, permanecendo diretamente envolvidos nos debates sobre ela, especialmente no que se referia à natureza de suas lesões anatômicas. A figura de Baillarger será enfocada no próximo capítulo, no qual analisarei as fontes das quais emergem discussões mais consistentes envolvendo o nome do médico francês.

Apesar de não discutir sua relação com os delírios e a demência, Soares Baptista defendia que os sintomas motores da paralisia geral eram decorrentes de lesões encefálicas. De fato, a natureza das últimas ainda não estava bem estabelecida, o que, entretanto, não parecia abalar a confiança do autor acerca da legitimidade da PGP enquanto categoria nosológica.

⁵⁶ BAPTISTA, R. A. S. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876, p. 26, grifos meus.

⁵⁷ BAPTISTA, R. A. S. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876, p. 28.

⁵⁸ Infelizmente não obtive informações detalhadas sobre suas tomadas de posição acerca do assunto.

Flavio Edler aponta que “Os anos de 1870 exibem uma drástica redução do dissenso a respeito dos critérios de cientificidade que deveriam fundamentar a produção de conhecimentos e a prática médica” (EDLER, 2015: 83). Tais critérios de cientificidade estavam, em grande medida, relacionados à construção de modelos analítico-causais. Esses associavam a observação do enfermo ao estudo de lesões anatômicas, atribuindo uma relação de causa e efeito entre as últimas e os sintomas manifestados pelo primeiro – lógica evidentemente presente na retórica de Soares Baptista. Assim, vale comentar a escolha do médico pelos termos “periencefalite crônica difusa” e “paralisia geral”, e não por qualquer uma das demais denominações sugeridas por diferentes alienistas. A opção por incluir termos que se referiam ou ao principal sintoma *físico* da doença, ou ao tipo de lesão que provocava o quadro mórbido pode ser vista como evidência da importância que Soares Baptista dava a estes elementos na caracterização da PGP. Tal importância encontrava-se pautada na relação de causa e efeito entre lesões encefálicas e sintomas clínicos – relação essa que, quando estabelecida, refletia o potencial científico e objetivo dos conhecimentos alienistas.

Soares Baptista reconhecia que as lesões encontradas em paralíticos também haviam sido descritas em doentes que sofriam de outras moléstias mentais. Contudo e mais uma vez, essa não parecia ser uma preocupação para o médico, que expressava vivamente sua fé nas técnicas anatomopatológicas e na ideia de que a paralisia geral progressiva era uma enfermidade independente. Para ele, nas lesões encefálicas, que batizavam um de seus termos sinônimos, residiria a causa do sintoma físico:

Vemos, pois, que neste ponto a ciência ainda não trouxe elucidação satisfatória; mas isso não é razão para desesperarmos do futuro, quando vemos que em nossa época vão se multiplicando as observações minuciosas [...]. É incontestável, pois, que os estudos anatomopatológicos e histológicos têm determinado profundas revoluções na patologia mental, e as relações do estado físico do cérebro com as perturbações das faculdades morais e intelectuais vão perdendo a obscuridade [...].⁵⁹

Em 1878, Antonio de Cerqueira Lima (?-?) defendeu sua tese sobre a “Laryngite diphtherica”, mas nas proposições referentes à cadeira de Clínica Interna afirmava que

A periencefalite crônica difusa apresenta como *sintomas característicos*, desordens psíquicas especiais (delírio ambicioso e melancólico com o fundo de demência e exageração absurda), embaraço da palavra dependente das

⁵⁹ BAPTISTA, R. A. S. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876, p. 28.

desordens intelectuais e motoras (hesitação, gagueira e tremor) ataxia locomotora e tremor contínuo das extremidades.⁶⁰

No mesmo ano, José Carlos Ferreira Pires (1854-1912) teceu considerações acerca “Do diagnostico differencial das molestias chronicas do encephalo”. Sobre a “periencefalite crônica difusa”, “paralisia geral progressiva” ou “paralisia geral dos alienados” – termos utilizados por ele como sinônimos – dizia que foi considerada por certo tempo como uma complicação da alienação mental ou consequência dela, porque, até aquele momento, se ignorava a existência de lesões encefálicas em tal moléstia. Segundo Ferreira Pires, patologistas franceses e alemães resgataram a opinião de Bayle, mas divergiam da mesma no que dizia respeito à natureza das lesões responsáveis pelos delírios e pela paralisia. Para Baillarger, Charles Lasègue (1816-1883),⁶¹ Magnostan, entre outros, tais lesões eram inflamações intersticiais difusas do encéfalo, especialmente de sua camada cortical, e não uma meningite crônica, como pensava Bayle.⁶²

Depois de descrever e discutir minuciosamente as características das lesões, o autor dividiu a doença em três fases. No período inicial, segundo ele, apareciam as desordens psíquicas, geralmente seguidas das perturbações da motilidade e da sensibilidade. No segundo período, ocorria um enfraquecimento da inteligência, com diminuição progressiva da mobilidade e da sensibilidade. Por fim, quando advindo o terceiro período, “o ser intelectual deixa de existir; as funções orgânicas comprometem-se progressivamente até a morte”.⁶³

A tese de Ferreira Pires também é o primeiro trabalho em que aparece a divisão da doença em quatro formas clínicas cujas denominações seriam mantidas na posteridade: a expansiva, a depressiva, a paralítica e a congestiva. Segundo o autor, na forma expansiva, o delírio ambicioso era o sintoma mais comum e possuía um “fundo de demência e de exageração absurda”.⁶⁴ Nela, o indivíduo partia de uma ideia falsa e fazia uso constante de termos exagerados, como “milhões”. Na forma depressiva, surgiam predominantemente ideias

⁶⁰ LIMA, A. C. **Laryngite diphtherica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 36, grifos meus.

⁶¹ Ernest-Charles Lasègue nasceu em Paris. Foi influenciado a estudar medicina pelo fisiologista Claude Bernard, de quem foi amigo próximo. Iniciou seus estudos médicos em 1839, na Faculdade de Medicina de Paris. Doutorou-se em 1846 e foi logo designado como médico consultor na Prefeitura da Polícia (Police Prefecture), em Paris. Em 1853, tornou-se *Professeur Agrégé* na instituição onde se formou, defendendo a tese intitulada “*De la Paralyse Générale Progressive*”. Foi médico nos asilos de *La Salpêtrière*, *Pitié* e no Hospital Necker. Em 1862, foi nomeado professor de Doenças Mentais e Nervosas e, cinco anos depois, de Patologia Geral. Em 1869, tornou-se Diretor de Medicina Clínica em *La Pitié*, ocupando tal posto até sua morte em 1883 (DALFARDI; NEZHAD, 2014).

⁶² PIRES, J. C. F. **Do diagnostico differencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 33.

⁶³ PIRES, J. C. F. **Do diagnostico differencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 37.

⁶⁴ PIRES, J. C. F. **Do diagnostico differencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 37.

melancólicas, de perseguição e hipocondríacas; o doente mostrava-se desconfiado, triste, recusava-se a alimentar-se e a mover-se, acreditando que diferentes partes de seu corpo não funcionassem corretamente, estivessem com problemas ou até ausentes. A forma congestiva era marcada por acessos de mania ou de ataques apopléticos.⁶⁵ A forma parálitica caracterizava-se por um quadro sem sintomas psíquicos, apenas com manifestações físicas. Entretanto, Ferreira Pires considerava tal ideia equivocada, um erro de anamnese, uma vez que, de acordo com ele, faziam parte do quadro mórbido em questão, *obrigatoriamente*, as desordens mentais.⁶⁶

Segundo ele, a duração da PGP variava e podia haver remissões espontâneas que duravam ou não. Seus sintomas mais comuns seriam as desordens psíquicas específicas, como os delírios de grandeza e melancólicos; as perturbações da motilidade (ataxia locomotora,⁶⁷ tremor das extremidades, língua e lábios); o embaraço da palavra; os distúrbios nos reflexos pupilares e as alterações na escrita. Ferreira Pires explicava que, uma vez reunidos, tais sinais forneceriam um diagnóstico *absoluto* e que confundir tal moléstia com outras era algo difícil. Acrescentava, contudo, que no início da paralisia geral o diagnóstico diferencial entre essa e, principalmente, o “alcoolismo crônico” não era trivial. A primeira causava danos ao tecido encefálico similares àqueles provocados pelo segundo, o qual, além disso, era também considerado uma das principais causas predisponentes da PGP, como mencionado anteriormente. Isso dificultavam ainda mais, segundo Ferreira Pires, a diferenciação entre ambas as enfermidades.⁶⁸ Assim, reforçando os sintomas que se faziam mais evidentes na paralisia geral progressiva, o médico fornecia o seguinte quadro para o diagnóstico diferencial entre ela e o “alcoolismo crônico”:

⁶⁵ A apoplexia pode consistir em um fenômeno de derramamento de sangue, que ocorre no interior de um órgão, ou no padecimento dos centros nervosos, que se manifesta pela perda súbita das sensações e dos movimentos.

⁶⁶ PIRES, J. C. F. **Do diagnóstico diferencial das moléstias crônicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, pp. 38-41.

⁶⁷ A ataxia consiste na perda do controle muscular dos movimentos voluntários, como andar e/ou pegar objetos. Considerada como sintoma de diferentes doenças, a ataxia também pode afetar a fala, a movimentação ocular, a deglutição e os demais músculos do corpo.

⁶⁸ PIRES, J. C. F. **Do diagnóstico diferencial das moléstias crônicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, pp. 89-93.

Fonte: PIRES, J. C. F. **Do diagnostico differencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, pp. 90-91.

| <u><i>Alcoolismo crônico</i></u> | <u><i>Periencefalite crônica</i></u> |
|---|--|
| <p>“A paralisia começa pelas extremidades dos membros (dedos e artelhos) que tornam-se à princípio entorpecidos e inábeis antes de ficar [sic] realmente enfraquecidos. Ela sobe depois até os cotovelos e os joelhos, limitando-se muitas vezes a estas partes. Ela é, pois <i>parcial e invasora</i>.”</p> <p>“A irregularidade, a incerteza dos movimentos, se complica de uma verdadeira <i>debilidade</i> muscular.”</p> | <p>“As lesões da motilidade não começam exclusivamente pelas extremidades; elas <i>são mais gerais desde o começo</i>, progressivas antes que invasoras.”</p> <p>“As lesões da motilidade consistem muito mais, no começo, em uma irregularidade dos movimentos, com impulsões convulsivas e espasmódicas, do que uma verdadeira debilidade. Os doentes conservam, quando eles podem regula-la toda a energia contrátil de seus músculos (Laségue).”</p> |
| <p>“O <i>tremor</i> é um dos primeiros sinais. Ele é muito acusado; mais extenso que na periencefalite. <i>Tremor da língua</i> ordinariamente muito mais pronunciado que na periencefalite. Inversamente, <i>hesitação da palavra</i> menos assinalada, mais intermitente, mais tardia, sobrevindo muito tempo depois do tremor dos membros e faltando algumas vezes.”</p> | <p>“<i>Tremor</i> menos acusado, menos extenso, algumas vezes apenas sensível. Ele só existe nos membros, na língua, no lábio superior, ele nunca se manifesta debaixo da forma de tremulação geral (J. Falret). <i>A hesitação da palavra</i> é um fenômeno inicial, quase essencial. Ele não está em relação com o tremor da língua.”</p> |
| <p>“Anestesia acompanhando quase sempre as desordens motoras, muitas vezes medindo-se pela intensidade d’estas e afetando as mesmas partes em geral.”</p> | <p>“Anestesia muito mais rara, menos acusada e mais tardia.”</p> |
| <p>“Formigamentos, dores de diversas naturezas, câimbras, entorpecimentos, contraturas momentâneas e parciais, convulsões etc. Vertigens, atordoamentos frequentes.”</p> | <p>“Habituais no alcoolismo, estes sintomas são aqui infinitamente mais raros.”</p> |
| <p>“Perturbações sensoriais muito frequentes, ofuscamentos, obscurecimentos da vista, moscas volantes, zumbidos etc.”</p> | <p>“As <i>perturbações dos sentidos</i> são excepcionais pelo menos no princípio.”</p> |
| <p>“Enfraquecimento, obtusão das faculdades intellectuais; perda da memória. Os doentes têm consciência de sua inferioridade; eles falam e se afligem do seu estado, consultam etc. Depois <i>estupidez, embrutecimento</i>. Em alguns casos relativamente raros, <i>delírio do orgulho</i> e satisfação pessoal (A. Voisin).”</p> | <p>“Pelo contrário, superatividade intelectual; concepções múltiplas, disparatadas, gigantescas, satisfação pessoal, vivacidade das ideias no meio mesmo da fraqueza e da demência incipientes. Os doentes não têm consciência, nem preocupação do seu estado. A inteligência procede por uma série de impulsões de algum modo convulsivas, a razão é antes desordenada que impotente. (J. Falret, Lasègue).”</p> |
| <p>“Alucinações muito frequentes e quase características. Sonhos, pesadelos, insônia, acessos de agitação ansiosa resultante das alucinações.”</p> | <p>“Ausência quase completa de alucinações. Sono relativamente calmo.”</p> |

| | |
|--|--|
| “Coincidência frequente de certas desordens dependentes do alcoolismo: dispepsia, vômitos, emagrecimento etc. Lesões orgânicas diversas.” | “Ausência destes sintomas. As funções digestivas notavelmente ficam intactas e muitas vezes exageradas.” |
| “Marcha subordinada, pelo menos nos primeiros tempos, à ação da causa provocadora. Remissões habituais dos acidentes pela suspensão dos excessos.” | “Moléstia independente. Remissões e intermissões muitas [sic] mais raras.” |
| “Curabilidade relativa a não ser nos casos inveterados.” | “Incurabilidade absoluta até hoje.” |

O quadro mostra que as diferenças entre os sintomas de ambas as doenças eram, de fato, sutis, uma vez que estavam apoiadas, basicamente, no grau e/ou na forma como se originavam as manifestações de cada uma delas. O parâmetro da curabilidade também não era muito útil, porque esperar o paciente ir à óbito para fechar o diagnóstico não consistia, obviamente, na melhor opção. Assim, o estabelecimento dos sintomas característicos da paralisia geral progressiva não era algo simples, em vista, sobretudo, de que esses apareciam de modo muito similar em outras doenças. Apesar do reconhecimento primitivo deste cenário, as fontes evidenciam – através do esforço feito pelos médicos para buscar estabelecer diagnósticos diferenciais – a forte crença na PGP como uma doença autônoma, e não como mera decorrência de complicações de diferentes tipos de loucura, como certos cientistas estrangeiros argumentavam.

Outro médico que se ocupou detalhadamente da sintomatologia e do diagnóstico diferencial da periencefalite (crônica difusa) foi Americo Gomes Ribeiro da Luz (?-?), que defendeu sua tese em 1879, também sobre “O diagnostico diferencial das molestias chronicas do encephalo”. Ribeiro da Luz forneceu uma longa lista de doenças com as quais a paralisia geral poderia ser “confundida” e sobre a primeira, concluía:

A associação das perturbações intelectuais e das desordens motoras, os caracteres do delírio, as contrações musculares iniciais, o tremor da língua e dos lábios, o embaraço da palavra, a desigualdade das pupilas, as modificações da escrita constituem tantas condições diagnósticas, de que o clínico não pode deixar de conhecer o alcance. *Se nenhum desses sintomas tem valor absoluto para individualizar a moléstia, seu conjunto e modo de sucessão são preciosos elementos e uma base sólida para o diagnóstico diferencial.*⁶⁹

⁶⁹ LUZ, A. G. R. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1879, p. 101, grifos meus.

No intuito de defender a ideia de que a PGP era de fato uma doença autônoma, os médicos precisavam lidar com a difícil delimitação de suas formas de manifestação, além da necessidade de se driblar a falta de características exclusivas para a doença. Tanto a tese de Ferreira Pires quanto a de Ribeiro da Luz denotam que tais dificuldades suscitaram uma flexibilização no enquadramento e reconhecimento da doença: ao continuar defendendo a unidade da paralisia geral progressiva como categoria nosológica, ambos os médicos recorreram à retórica não de *um*, mas de um *conjunto* de manifestações que seria, então, característico da PGP.⁷⁰

Por fim, no que diz respeito à etiologia da paralisia geral, os dois autores mencionavam o papel da herança como causa predisponente, colocando também como tal o alcoolismo, os trabalhos intelectuais excessivos e contínuos, as emoções morais, a exposição a altas temperaturas, a sífilis e o saturnismo, ou seja: “Todas as causas que produzem congestões encefálicas persistentes e repetidas podem dar lugar em um indivíduo predisposto ao aparecimento da moléstia [...]”.⁷¹ É interessante chamar atenção para o fato de que Ferreira Pires também colocava outras doenças mentais como potenciais causas da PGP, a exemplo da histeria e da epilepsia. Tal posicionamento pode ser encarado como uma ressignificação da ideia pretérita de que a paralisia geral seria uma complicação de outras formas de loucura. Essas não mais se complicariam na PGP, mas seriam capazes de originar uma patologia completamente diferente. O paradigma etiológico fundamentado na multicausalidade contribuiu para tal ressignificação e a ideia de que outras doenças poderiam ocasionar a PGP não ameaçava mais seu *status* de entidade nosológica autônoma.

Em 1880, José Custódio Nunes Junior defendeu um trabalho também intitulado “Do Diagnostico diferencial das molestias chronicas do encephalo”, o qual começou concordando com seus colegas: “A periencefalite só foi conhecida e descrita como moléstia distinta nestes últimos anos, e a descrição mais completa que se encontra sobre esse assunto é posterior aos trabalhos de Bayle, Calmeil e Delaye”.⁷² Argumentando também a favor da íntima relação entre os sintomas manifestados pela PGP e as lesões encefálicas, o médico exaltava o papel da anatomia patológica nesta constatação:

⁷⁰ Tal tipo de posicionamento também pode ser identificado entre o grupo de médicos que, atualmente, utiliza-se do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais” (“*Diagnostic Statistical Manual*”), recentemente em sua 5ª edição, para estabelecer diagnósticos, baseando-se, assim em uma lógica sindrômica (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

⁷¹ PIRES, J. C. F. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 33.

⁷² NUNES JUNIOR, J. C. **Do diagnóstico diferencial das molestias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1880, p. 98

O conhecimento da anatomia patológica da periencefalite constitui um dos mais belos triunfos da escola romântica sobre a espiritualista; com efeito, *não há moléstia do encéfalo que demonstre tão peremptoriamente que a integridade das funções intelectuais acha-se [sic] fatalmente adstrita à integridade anatômica do cérebro.*⁷³

Um dos argumentos que ia de encontro à concepção defendida por Nunes Junior – de que a periencefalite seria o modelo perfeito de doença que evidenciaria a relação entre sintomas psíquicos e danos cerebrais – era a ausência de lesões visíveis a olho nu em tal órgão. Entretanto, segundo o autor, teria sido a observação “isolada” de tal inexistência “que levou muitos patologistas a considerar [sic] a moléstia consequência ou complicação da loucura”.⁷⁴ Como contra-argumento, o jovem médico escrevia que, apesar da ausência *esporádica* de lesões macroscópicas, os danos microscópicos eram constantes e, portanto, embasavam a classificação da paralisia geral progressiva como uma doença independente.

Para as análises feitas até aqui, gostaria de destacar alguns pontos de discussão. Pelas teses examinadas, posso afirmar que a PGP começou a ser estudada sob as denominações de “paralisia geral” e “periencefalite crônica difusa”, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, antes do início do funcionamento oficial da Cátedra de Clínica Psiquiátrica (que ocorreu a partir de 1883). Enquanto defensores da ideia de uma doença que evidenciava perfeitamente a relação entre lesões materiais e sintomas clínicos, o foco dos autores recaiu em grande medida sobre as teorias acerca da *natureza* dos danos encefálicos observados nos doentes. Tais autores também se empenharam em sustentar a PGP enquanto uma categoria nosológica distinta, conferindo ênfase menor a aspectos como sua etiologia e tratamento, por exemplo. Deste modo, evidenciase o peso que os referenciais da anatomia patológica e a ideia dos sintomas como produto de lesões orgânicas tiveram no enquadramento da paralisia geral progressiva neste momento. Uma vez aplicados, tais referenciais permitiam a apropriação de instrumentos que, acreditava-se, confeririam ao campo alienista um quê de cientificidade. Isso fica claro, entre outras já citadas, nas seguintes passagens da tese de Ferreira Pires:

O conhecimento da fisiologia e da patologia do sistema nervoso constitui um dos mais belos títulos de glória científica do século XIX. Ao passo que no século passado a observação pura tinha chegado a noções quase completas sobre a natureza e a história clínica das alterações mórbidas dos outros

⁷³ NUNES JUNIOR, J. C. **Do diagnóstico diferencial das molestias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1880, p. 99, grifos meus.

⁷⁴ NUNES JUNIOR, J. C. **Do diagnóstico diferencial das molestias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1880, p. 99.

sistemas anatômicos, relativamente ao sistema nervoso o maior atraso reinava ainda [...].

No meado deste século, porém, um progresso imenso e rápido teve lugar inaugurando uma época de estudos *verdadeiramente científicos*; a experimentação e a anatomia patológica elevaram-se à altura de ciências positivas e sobre essas duas bases a geração médica atual, compensando por uma atividade febril o prejuízo de tantos séculos, fez surgir como por encanto a patologia nervosa quase completamente estabelecida do caos em que ela jazia.⁷⁵

As falas de Ferreira Pires, sobretudo a transcrita acima, permitem, novamente, observar a existência de uma forte crença na ideia de que os pressupostos e ferramentas da anatomia patológica estavam sendo incorporados no estudo das doenças mentais. Com isso, havia grande expectativa de que essas trariam luz a aspectos considerados “ainda obscuros” acerca das referidas patologias. Buscava-se confirmar que o campo alienista carioca, o qual despontava, também seria capaz de se apropriar dos referenciais científicos em questão. Entretanto, como discutirei a seguir, os achados inerentes a outras formas de sofrimento mental, que não a PGP, foram incapazes de satisfazer tais anseios.

Monique Gonçalves (2011) também mapeou discussões inerentes à relação de causa e efeito entre lesões materiais e as “nevroses” discutidas nas teses da FMRJ, produzidas entre 1850 e 1880. A autora destaca, contudo, opiniões que desconfiavam do método anátomo-clínico como potencial resposta para todas as questões relacionadas às doenças mentais. Através da análise das teses sobre epilepsia, histeria e loucura puerperal, Gonçalves identifica que muitos dos recém-médicos se manifestavam com ponderação em relação às “promessas” das técnicas anatômicas, atitude esta que não identifiquei nas *teses* que se referem à paralisia geral progressiva. Parte significativa dos autores mencionados fala *explicitamente* sobre o potencial icônico da PGP como uma das doenças psíquicas que melhor refletia a relação de causa e efeito entre lesões cerebrais e distúrbios clínicos. Além disso, tal representatividade fica clara quando estes autores decidem referir a enfermidade como *periencefalite crônica difusa* e não através de qualquer um dos demais termos que também correspondiam a esta entidade nosológica, como “paralisia geral dos alienados”, “paresia geral”, “paralisia incompleta” ou “loucura paralítica”.

Gonçalves reporta a retórica esperançosa, por parte de alguns médicos, de que seria uma questão de tempo até que certas técnicas de análise se desenvolvessem a ponto de fornecer respostas acerca de aspectos ainda nebulosos sobre as lesões ligadas à epilepsia e à histeria. No

⁷⁵ PIRES, J. C. F. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878, p. 5, grifos meus.

entanto, e ao contrário do que se teorizava sobre a paralisia geral na FMRJ, pelo menos neste momento, não parecia haver um consenso sobre a existência de lesões encefálicas em todos os casos de histeria e/ou de epilepsia. Gonçalves menciona que os médicos se referiam significativamente às dificuldades de se identificar lesões nestas duas doenças, convicções que não discerni no que diz respeito à PGP, nas teses que analisei (GONÇALVES, 2011: 143-205). Apesar de não haver acordos acerca da *natureza* das lesões, não havia dúvida que estas sempre se faziam presentes nos casos de paralisia geral, constituindo-se, assim, como o substrato orgânico da doença, responsável pela manifestação de seus sintomas clínicos.

Outro aspecto interessante reside no fato de que os trabalhos doutorais produzidos no Rio de Janeiro mencionavam como características da PGP desordens *intelectuais*, a exemplo dos delírios, e *motoras*. Para Juliet Hurn (1998) este aspecto foi relevante para as discussões acerca do enquadramento da doença na Grã-Bretanha. Admitir que a PGP poderia ocorrer sem a manifestação da loucura provavelmente colocaria em xeque um dos pilares sobre os quais a enfermidade fora descrita e, além disso, a jurisdição do campo alienista como o detentor dos conhecimentos sobre ela. A autora escreve que, por parte dos psiquiatras britânicos, esta sugestão foi rejeitada. Thomas Harrington Tuke (1826-1888), por exemplo, alegava ser impossível se ter certeza, em cada caso, sobre a total ausência dos delírios (HURN, 1998: 37).

Como já pontuado por Gonçalves, através também da análise do trabalho de Soares Baptista, é possível enxergar que nos espaços alienistas já havia experimentação. Não consegui informações específicas sobre a trajetória do médico após a conclusão de seus estudos. Contudo, mesmo que sua inserção nas pesquisas e práticas alienistas não tenha perdurado depois de sua formatura e que a manipulação de tais técnicas ainda fosse bastante restrita, fica claro que o jovem tinha domínio não somente das teorias da medicina mental, mas também sobre os princípios anatomopatológicos de análise *post mortem*. Além de ter optado pelo tema das paralisias – que era permeado de discussões desta natureza – para sua tese de doutoramento, Soares Baptista atuava na Casa de Saúde do Dr. Eiras, estabelecimento asilar que recebia, preferencialmente, portadores de sofrimento mental pertencentes às classes abastadas. Lá, o estudante de medicina conduzia procedimentos que, de fato, não pareciam ser extremamente frequentes e/ou numerosos, mas que já haviam sido apropriados pela prática alienista antes da década de 1880 (GONÇALVES, 2011: 143-205).

Por fim, gostaria de sinalizar, também em consonância às conclusões de Gonçalves, que os médicos citados nas teses eram em sua maioria – *contudo, não em sua totalidade* – franceses. Em geral, a historiografia que trata das ideias alienistas no Brasil tende a conferir ênfase apenas às ideias provenientes dos círculos alemão, francês e italiano (CAPONI, 2012; ENGEL, 2001;

FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013; VENANCIO, 2003). No que diz respeito aos trabalhos produzidos sobre a paralisia geral progressiva, no Rio de Janeiro, apesar de já identificar menção a autores, que não alemães, franceses e italianos, neste primeiro período analisado, as referências a estudiosos que atuavam em outros países, sobretudo na Grã-Bretanha, se intensificam ao longo do final do século XIX, como discutirei no segundo capítulo desta tese.

Os grupos francos e germânicos se consolidaram a partir de influências e referenciais diferentes. Na França, por questões principalmente políticas, a formação médica esteve, durante a primeira metade do século XIX, balizada pela observação. Nas palavras de Edler, por uma “tendência empírica e descritiva sem intenção de uma análise profunda das causas” (EDLER, 2015: 164). O autor afirma que, a partir de 1850, as disciplinas laboratoriais, cujos paradigmas modificaram as bases do arcabouço epistemológico médico, encontraram pouco espaço para se desenvolver nas escolas de medicina na França. Edler atribui isso ao modelo napoleônico fortemente centralizado e que priorizava uma formação educacional técnica. Assim, neste país, ensino e pesquisa encontravam-se espacialmente separados, situação essa que, para o autor, “contrasta com o fato bastante significativo de que uma série de descobertas ocorridas na França contribuiu enormemente para o aparecimento da nova era da medicina, como revelam os nomes de Louis Pasteur e Claude Bernard” (EDLER, 2015: 164). Ao se analisar a história do ensino médico na França, é possível perceber que cientistas como Pasteur e Bernard jamais estiveram inseridos nestes espaços educacionais como professores, denotando uma “rejeição à institucionalização da docência e da investigação como atividades profissionais vinculadas à formação médica” (EDLER, 2015: 165).

Já na Alemanha, também durante a segunda metade do século XIX, era raro um professor universitário que não desenvolvesse concomitantemente atividades de pesquisa. Combinada aos avanços tecnológicos pelos quais passou o microscópio, por exemplo, a emergência de um *ethos* de pesquisa nos espaços universitários alemães permitiu que novas tradições baseadas no instrumento em questão fossem fundadas. Inspirados nas reformas encabeçadas por Wilhelm Humboldt (1789-1859) na Prússia, o império germânico (sobretudo, cientistas e administradores) passou a “enxergar o investimento na ciência acadêmica como o caminho para o prestígio nacional e para o progresso industrial” (PORTER, 1999: 322). Assim, as discussões sobre a prática científica passaram a se dar dentro do espaço das universidades germânicas, através de seminários ocorridos nos laboratórios. No final do oitocentos, a pesquisa alemã também se institucionalizou através da criação de institutos – repartições frequentemente ligadas às universidades que tinham suas próprias equipes de professores e assistentes. Assim, o próprio campo neuropsiquiátrico germânico estruturou-se com base nesta tendência, onde

pesquisa e ensino ocupavam os mesmos ambientes (EDLER, 2015; PORTER, 1999; VENANCIO, 2003).

Flavio Edler aponta que, desde a década de 1870, muitos dos médicos que atuavam na Corte apontavam a necessidade de transformações no ensino da medicina no Rio de Janeiro. Esses defendiam que na FMRJ deveria se instituir padrões de ensino mais similares àqueles ostentados pelo modelo germânico. Contudo, isso não significou que os médicos formados na Corte tenham interrompido seu contato com os estudos franceses. Tais estudos continuavam a influenciar o pensamento alienista brasileiro, inclusive através dos debates sobre a anatomopatologia das enfermidades mentais. Questiono, assim, a posição de Edward Shorter (1997) quando defende que os alienistas franceses se ocupavam *somente* dos enquadramentos morais das doenças mentais, por conta deste sistema de ensino que não favorecia o desenvolvimento de pesquisas experimentais.

Paul Bercherie (1989), em seu livro “Os Fundamentos da Clínica – história e estrutura do saber psiquiátrico”, mostra que a anatomia patológica influenciou de modo significativo as concepções do alienismo francês, e que o próprio Philippe Pinel cogitava, entre as causas das moléstias mentais, as motivações físicas:

Como Cabanis, ele [Pinel] era partidário de uma concepção materialista psicofisiológica: a mente era uma manifestação do funcionamento do cérebro, e as ‘relações entre o físico e o moral no homem’ lhe pareciam fundamentais e permanentes. Quanto à loucura, portanto, ele a concebia como um desarranjo das faculdades cerebrais, e propôs para esse desarranjo um certo número de causas: 1) primeiramente, as causas físicas (BERCHERIE, 1989: 38).

Assim, buscando ser precisa, a questão da incompatibilidade, enxergada por muitos autores, entre as ideias de Bayle e os pressupostos pinelianos não residia pura e simplesmente no fato de que Pinel desacreditava na capacidade de problemas orgânicos ocasionarem a loucura (BERCHERIE, 1989; HUERTAS, 2008). Em primeiro lugar, Pinel defendia, ao contrário de Bayle, que *nem todas* as doenças mentais teriam sua etiologia em lesões anatomopatológicas (BERCHERIE, 1989; ORTEGA, 2009). E isso, porque os exames *post mortem* realizados pelo primeiro lhe trouxeram conclusões que iam de encontro à ideia de que a integralidade das diferentes formas de sofrimento psíquico era causada por uma lesão material. Como bom empirista, o alienista francês não poderia edificar teorias que não estivessem baseadas na copiosa observação dos fenômenos. Além disso, nos casos em que Pinel admitia causas físicas para a loucura, não seria o cérebro o órgão atingido, mas outras partes do corpo, como os intestinos, por exemplo (BERCHERIE, 1989). Além disso, a resistência de Pinel em admitir

uma *lesão encefálica material e irreversível* como causa de todo e qualquer forma de adoecimento mental também esteve relacionada ao fato de que o alienista defendia a curabilidade do processo de enlouquecimento através do tratamento moral. Para ele, a loucura seria produto de uma desorganização da mente que, eventualmente, poderia ser ocasionada por disfunções em outros órgãos, que não o cérebro. Assim, o indivíduo recobriria seu estado de sanidade mental assim que fosse afastado do ambiente que estivesse provocando tal desequilíbrio. O ceticismo de Pinel, no que dizia respeito a uma *ampla* aceitação dos referenciais da anatomia patológica no enquadramento da alienação mental o fazia vítima de ataques furiosos por parte do fisiologista adepto da frenologia François-Joseph-Victor Broussais (1772-1838) e do abandono de alguns de seus seguidores (BERCHERIE, 1989).

Isso posto, julgo que dividir as ideias alienistas desenvolvidas durante o oitocentos entre alemães biologicistas e franceses idiopáticos – entre o círculo de Viena, adepto das ideias de uma loucura exclusivamente material, e os alienistas da *Salpêtrière* e do *Charenton*, partidários de uma loucura exclusivamente moral – é simplificar o complexo processo de constituição do saber psiquiátrico. Processo este que sofreu influências de numerosas e muito diversas correntes da medicina geral, como apontam Bercherie (1989), Engel (2001) e Huertas (2008, 2014). Segundo a narrativa de Edward Shorter, a primeira psiquiatria biológica teria florescido nas universidades germânicas, já que na França não havia espaço para o desenvolvimento dessas perspectivas. Para justificar tal concepção, o autor cita os destinos “ímpiosos” de Antoine Bayle, Bénédict-Augustin Morel (1809-1873) e Joseph Babinski (1857-1932)⁷⁶ que, assim como Claude Bernard e Louis Pasteur, jamais conseguiram um lugar de professores nas universidades francesas. Shorter parece ignorar, entretanto, que, apesar de certamente facilitar o processo, não era estritamente necessário deter um posto de professor universitário para que um autor assistisse seu tratado cruzar o Atlântico. Como apontam Benchimol (1990) e Gomes (2013), tanto as ideias de Claude Bernard, quanto as de Louis Pasteur exerceram forte influência sobre o pensamento médico brasileiro no final do século XIX, o que não parece ter sido diferente no caso de Antoine Bayle, com relação ao alienismo carioca.

Além disso, e a despeito deste argumento, na contracapa do livro publicado por Bayle, em 1856, consta que seu autor era “*Docteur et Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris*”,⁷⁷ o que indica que, em alguma medida e ao menos durante algum tempo, Bayle atuou

⁷⁶ Como apontarei nos próximos itens da tese, Babinski descreveu o chamado “sinal de Babinski”, que se tornará um sintoma importante no enquadramento do diagnóstico da paralisia geral; já Morel se envolveu nas discussões acerca do papel da herança na etiologia da PGP, bem como naquelas sobre a relação entre esta doença e a teoria da degeneração.

⁷⁷ BAYLE, A. L. J. *Éléments de pathologie médicale ou précis de médecine théorique et pratique dans*

como professor.⁷⁸ Assim, a história de Antoine Bayle é outro aspecto espinhoso a ser aqui tangenciado. Infelizmente, as fontes que analisei não trazem muitas informações sobre as posições institucionais ocupadas pelo sobrinho de Gaspard Bayle, mas ostentam evidências que poderiam questionar o *status* de *outsider* atribuído a sua figura por parte da historiografia (HARE, 1959; KAPLAN, 2010a, 2010b; PEARCE, 2012; SHORTER, 1997). Além de aparentemente ter ocupado um cargo de professor, Bayle foi editor de um importante periódico médico francês, a *Revue Médicale*, como mencionarei no próximo tópico.

As fontes estudadas até aqui indicam que as referências produzidas pelos neuropsiquiatras germânicos acerca da paralisia geral progressiva levaram mais tempo para fazer tal travessia de modo massivo. Talvez isso tenha ocorrido por conta de, neste momento, haver pouco domínio da língua alemã por parte dos médicos que aqui atuavam e/ou estudavam, haja vista que as obras germânicas referenciadas eram predominantemente lidas a partir de traduções para o francês. O estabelecimento de um fluxo de ideias entre brasileiros e germânicos ocorrerá de forma mais significativa a partir do início do século XX, quando Juliano Moreira (1872-1933) assumiu a direção da Assistência Nacional a Alienados, tornando-se um dos principais difusores do pensamento alemão, o qual passará a influenciar de maneira intensa o ensino e a prática neuropsiquiátrica no Brasil (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013; MUÑOZ, 2015).

O próximo tópico se ocupará das reflexões em torno da PGP veiculadas em periódicos médicos que circularam no Rio de Janeiro durante o oitocentos. Tais fontes trazem discussões similares, das quais, porém, emergem opiniões divergentes daquelas manifestadas nos trabalhos doutorais defendidos na FMRJ.

1.3 A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA NOS PERIÓDICOS MÉDICOS DA CORTE

O primeiro periódico médico especializado em doenças mentais foi criado apenas em 1905, e antes disso, como já apontado por Monique Gonçalves (2013) e Pedro Henrique Ferreira

l'esprit du vitalisme hippocratique. Paris, Londres, Madrid, New York: Germer-Baillière, Libraire-Éditeur, H. Baillière, Bailly-Baillière, Ch. Baillière, 1856.

⁷⁸ Na referida obra também consta que Bayle era membro da Academia Real de Medicina de Nápoles, da Sociedade de Medicina de Atenas e da Sociedade de Ciências e Artes de Estrasburgo (BAYLE, A. L. J. ***Éléments de pathologie médicale ou précis de médecine théorique et pratique dans l'esprit du vitalisme hippocratique***. Paris, Londres, Madrid, New York: Germer-Baillière, Libraire-Éditeur, H. Baillière, Bailly-Baillière, Ch. Baillière, 1856).

Danese Oliveira (2016), os artigos que tocavam no tema não eram muito numerosos, se comparados aos relativos a outras áreas da medicina. O processo de institucionalização da neuropsiquiatria enquanto disciplina começaria a ocorrer apenas em 1883, quando passou a funcionar a Cadeira de Clínica Psiquiátrica da FMRJ. Deste modo, segundo Gonçalves, a falta de profissionais especializados nas doenças psíquicas contribuiu para a escassez de discussões sobre alienação mental, nos periódicos médicos veiculados até 1880.

De acordo com Luiz Otávio Ferreira (2004), o processo a partir do qual emergiu o periodismo médico no Brasil, durante a primeira metade do século XIX, orientou-se a partir de três elementos principais: o surgimento de um mercado editorial brasileiro; as disputas por hegemonia política, que se desenrolaram no momento em que o Estado Imperial vinha se consolidando, e os esforços de institucionalização da medicina que tiveram lugar no mesmo período. Neste cenário surgiu o primeiro jornal médico brasileiro, *O Propagador das Ciências Medicas...*, resultado de uma parceria entre dois bonapartistas franceses que se exilaram no Rio de Janeiro, o editor Pierre François Plancher (1779-1844) e o médico José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856).⁷⁹ A publicação do primeiro número do periódico em questão envolve um elemento de extrema importância para o presente estudo: a divulgação de um dos trabalhos de Antoine Bayle. “Sobre as Allucinações dos Sentidos”, veiculado originalmente em 1825 na *Revue Médicale*, revista da qual Bayle era editor, foi traduzido pelo próprio Sigaud. O trabalho analisava os diferentes tipos de “falsas percepções” passíveis de serem manifestadas por um alienado, mas não fazia menção à aracnoidite crônica.⁸⁰

No tomo seguinte, e como prometido ao final do texto anteriormente citado, Sigaud traduziu outro trabalho de seu conterrâneo, “Nova Doutrina das Molestias Mentaes”. Trata-se de um folheto, no qual, a partir da discussão sobre as múltiplas formas de se explicar a alienação mental, defendidas por diferentes médicos, Bayle fez uma revisão bibliográfica dessas teorias. Nele, o alienista argumentava que nunca finalizaria a monografia em questão “se quisesse fazer

⁷⁹ José Francisco Xavier Sigaud nasceu em Marseille, em 1796. Ingressou na Faculdade de Medicina de Montpellier, mas concluiu o curso na Faculdade de Medicina de Strasbourg. Tornou-se cirurgião do *Hôpital de La Charité*, localizado em Lyon. Em meio às perseguições anti-bonapartistas, Sigaud imigrou para o Brasil em 1825, fixando residência na Corte, onde pretendia clinicar e se dedicar aos estudos sobre história natural. Tornou-se sócio e principal colaborador do periódico *Spectador Brasileiro*, editado pelo compatriota amigo Pierre François Plancher (1779-1844). Juntamente com Joaquim Cândido Soares de Meirelles, José Martins da Cruz Jobim, Luís Vicente De Simoni e Jean Maurice Faivre foi um dos organizadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1829. Assumiu a direção do serviço médico da Casa de Saúde do Saco do Alferes, em 1849. Foi um dos membros da Comissão Central de Saúde Pública para a prevenção da febre amarela. Em 1854, naturalizou-se brasileiro, falecendo dois anos depois (FERREIRA, 2009; FONSECA; MONTEIRO, s/d).

⁸⁰ BAYLE, A. L. J. Sobre as Allucinações dos Sentidos. **O Propagador das Ciências Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo I, n. 1, 1827b, pp. 9–39.

conhecer todas as opiniões, que se tem emitido sobre a natureza das afecções mentais”, posto serem elas, em sua maioria, “tão vagas, tão hipotéticas e errôneas, e mesmo muitas vezes tão ridículas, que seria inútil e fastidioso ocupar-me em refutá-las”.⁸¹ Citando Pinel e, de modo direto, o trabalho de Georget, “*De la Folie*”, Bayle escrevia que tais autores se satisfaziam ao “observar os fenômenos sem buscar remontar à sua origem, e com descrever escrupulosamente os fatos, sem querer sujeitá-los a uma causa produtora”.⁸² E os criticava:

Os autores, que acabamos de citar, sem aprofundar a importante questão da natureza da loucura, não deixam de emitir de passagem uma opinião, à que, de resto, parecem dar muito pouco [sic] importância, contemplam esta moléstia como puramente nervosa, e sem vício algum orgânico da substância do cérebro [...].

Lendo-se com atenção as obras dos observadores, que têm visto alienados, e que tem examinado com cuidado, depois da morte, o estado do cérebro, um fato nos surpreende: e vem a ser que todos esses autores [Morgagni, Meckel, Greding, Haslam, J. Frank, M. Esquirol etc], sem excetuar um só, tem constantemente indagado em uma lesão do tecido do mesmo cérebro a causa próxima da loucura, sem se ocuparem das alterações de seus envoltórios, que no entanto eles têm notado.⁸³

O alienista francês defendia a importância do estudo da *materialidade* da loucura e atribuía a pouca ou nenhuma atenção dada às inflamações crônicas das meninges a três razões. Em primeiro lugar, argumentava que, para muitos dos estudiosos que citava, o cérebro seria o centro controlador das faculdades intelectuais. Portanto, segundo Bayle, a busca pela origem do desarranjo destas faculdades foi sempre empreendida no órgão em questão, por médicos como Morgagni, Haslam, Esquirol etc. Para que este argumento faça sentido, é bom lembrar que grande parte da medicina na época via as meninges como estruturas *relacionadas* ao cérebro, mas consideradas *anatomicamente* como diferentes dele. Tal concepção não fazia sentido para Bayle, porque, a despeito disso, acreditava que as lesões nesses envoltórios tinham consequências diretas no cérebro.

Bayle também dizia que tais estudiosos haviam observado um número pequeno de doentes, os quais não teriam sido acompanhados por tempo suficiente e de modo sistematizado

⁸¹ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, pp. 129-130.

⁸² BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, p. 130.

⁸³ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, pp. 130-133.

a ponto de permitir que os médicos chegassem às conclusões que mencionava. Para ele não era sempre possível relacionar lesões materiais e sintomas, já que, em muitos casos, nenhuma lesão era encontrada ou as alterações faziam-se muito variadas, “o que tem induzido a uma confusão inevitável. Foi desde então que se concluiu a impossibilidade de se explicarem os sintomas pelas lesões orgânicas [materiais], e que estas últimas eram sempre o efeito e nunca a causa da loucura”.⁸⁴ O alienista reconhecia que a demência poderia assumir diversas formas e que em certos casos – *raros* – sua causa residiria em “uma lesão das afecções morais, em uma moléstia da alma”.⁸⁵ Contudo, para ele, na maioria das vezes a loucura seria causada por uma lesão física, a saber, inflamações crônicas na aracnoide e/ou na pia-máter, e, às vezes, por uma “irritação específica ou simpática do cérebro”.⁸⁶ O autor afirmava, no entanto, que

Não se encontrarão as provas da doutrina que contém: nós reservamos todos os fatos que lhe servem de base, bem como a descrição completa da moléstia que faz o assunto dela para um Tratado das Moléstias do cérebro e de suas membranas, que nos propomos publicar incessantemente.⁸⁷

As publicações de Bayle terminam por aí em *O Propagador das Sciencias Medicas...* e não encontrei indícios da existência de uma versão de seu “promissor” tratado em português, mas uma cópia do exemplar em francês, publicada em 1826, foi depositada na biblioteca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.⁸⁸ Não é possível saber o quanto as publicações mencionadas, viabilizadas por Sigaud, contribuíram para a disseminação das ideias de Antoine Bayle entre os médicos que atuavam no Rio de Janeiro, durante o século XIX. Poucas teses vêm acompanhadas de referências bibliográficas completas. Contudo, é interessante pensar nas hipóteses que poderiam ter levado Sigaud a optar pela tradução dos trabalhos de um indivíduo, a princípio, tão alijado ao círculo alienista francês, como nos coloca parte da historiografia que aborda a trajetória de Bayle.

⁸⁴ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, p. 135.

⁸⁵ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, p. 136.

⁸⁶ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, p. 137.

⁸⁷ BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp. 125–154, p. 136.

⁸⁸ COSTA, C. **Catalogo Systematico da Bibliotheca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1892, p. 232.

Tanto ele como Sigaud figuravam na posição de editores de revistas que continham o termo “estrangeiro” em seu título, indicando a provável existência de trocas entre o corpo editorial destes e de periódicos publicados em outros países. De fato, quando analisei os números da *Revue Médicale* disponíveis na base de dados da *Medical Heritage Library*, percebi que em alguns deles há uma seção intitulada “*Revue des Journaux Brésiliens*”, na qual foram publicados trabalhos de médicos brasileiros. Contudo, com exceção de um trabalho de Luiz Vicente De-Simoni (1792-1881),⁸⁹ a autoria dos artigos não é referenciada, tampouco o é o título da revista da qual teriam sido retirados. Mais informações sobre a posição política de Bayle também poderiam fomentar hipóteses acerca de sua relação com Sigaud, entretanto, não encontrei fontes que indiquem uma filiação bonapartista por parte do primeiro.

Publicado na seção “Revista de jornais estrangeiros” dos *Annaes Brasilienses de Medicina*, o segundo artigo estrangeiro que fala sobre a paralisia geral data de 1851, e é uma tradução de um texto de Francis Devay (1813-1863),⁹⁰ médico do *Hotel-Dieu*, localizado na cidade de Lyon (França). Devay começava a obra dizendo que os avanços nas técnicas anatômicas haviam trazido poucas contribuições para a medicina e que, por isso, “esta falta de esperança deve-nos fazer sentir a necessidade de imprimir ao estudo das afecções cerebrais uma direção menos anatômica”.⁹¹ Expressando uma opinião que ia de encontro àquela manifestada por Bayle e pelas teses da FMRJ (item 1.2) no que dizia respeito à PGP, Devay justificava sua opinião através do fato de que:

As experiências fisiológicas, as vivisseções, as aberturas dos cadáveres, o estudo minucioso dos diversos graus de consistência, do colorido da substância cerebral etc, têm muito engrossado nossas bibliotecas; mas pouco

⁸⁹ Luiz Vicente De-Simoni nasceu em Novi (Itália), em 1792. Estudou medicina na *Università di Genova* e na *Università di Pavia*. Transferiu-se para o Brasil em 1827 e foi nomeado ajudante médico do hospital da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. No ano seguinte, assumiu o cargo de físico-mor estabelecendo-se em Moçambique. Em 1821, retornou ao Brasil e, em 1826, à Santa Casa, como médico interino. Foi nomeado médico efetivo da instituição em 1827 e exerceu a função de médico facultativo entre 1849 e 1852. Neste ano assumiu a direção do serviço sanitário da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, juntamente com José Theodoro da Silva Azambuja, deixando o cargo em 1860. De Simoni foi um dos fundadores da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), integrou a Comissão Central de Saúde Pública (1850). Naturalizou-se brasileiro em 1855 e faleceu em 1881 (BLAKE, 1899; SIMONI, LUÍS VICENTE DE, s/d).

⁹⁰ Francis Marie Antoine Devay foi médico do *Hôtel-Dieu* de Lyon e professor da Escola Preparatória de Medicina e Farmácia da mesma cidade. Em 1848, publicou um tratado sobre higiene da família (“*Traité d’hygiène des familles*”) e, em 1862, “*Du danger des mariages consanguins sous la rapport sanitaire*”. O último livro contribuiu para os debates através dos quais Charles Darwin (1809-1882) elaborou algumas de suas ideias sobre o casamento consanguíneo (DARWIN, 1999[1863]).

⁹¹ DEVAY, F. Estudos sobre alguns signaes precusores ou prodromos das moléstias graves do cérebro, consideradas debaixo da relação clinica, physiologica e medico legal. **Annaes Brasilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, ano VI, v. VI, n. 8, mai. 1851, pp. 186–192, p. 186.

tem enriquecido o saber do médico. Este último quase confessa a impotência de seus recursos em presença de uma afecção cerebral confirmada.⁹²

Devay mostrava-se um forte adepto da anamnese estritamente clínica, onde o médico deveria dedicar sua atenção a aspectos relacionados à inteligência, à sensibilidade e à capacidade de movimentação do paciente. Ao seguir este protocolo, o profissional estaria contribuindo para a medicina preventiva, uma das áreas que, de acordo com o médico francês, poderia sofrer mais avanços, se obedecida a lógica em questão. Sem negar, entretanto, a relação entre lesões cerebrais e as “afecções graves do cérebro”, o médico que atuava em Lyon propunha um esforço inverso àquele que Bayle defendia. Para o primeiro, a observação dos sintomas clínicos de uma doença não somente traria certa elucidação sobre seus aspectos anatomopatológicos, mas, mais do que isso, viabilizaria a previsão acerca do curso da enfermidade e, conseqüentemente, das mudanças que sofreria o comportamento do paciente. Devay descrevia que, após os distúrbios na memória e na atenção, o alienado manifestaria uma diminuição em sua vontade, elucidando a serventia de sua proposta para casos que envolviam discussões sobre a responsabilidade moral do doente.

Assim, Devay citava um caso no qual um homem, considerado antes “respeitável” e “generoso”, começou a apresentar “excentricidades”, segundo seus entes queridos. Para ele, contudo, tais comportamentos constituíam-se, na realidade, como os primeiros sinais da PGP. Monique Gonçalves, quando analisa outro artigo do mesmo autor, aponta que as ideias de Devay reforçavam a importância da figura de um *médico especialista*. Esse seria capaz de identificar precocemente sinais de difícil percepção dedicando-se às tentativas de interrupção do curso da doença e a impedir que o paciente cometesse delitos perante a sociedade (GONÇALVES, 2013: 153-154). No caso da paralisia geral, neste momento, não parecia haver grande preocupação com a prática criminosa por parte dos doentes. Entretanto, a detecção prematura de seus sintomas seria muito útil para um diagnóstico precoce, evitando, por exemplo, que a família do alienado passasse por constrangimentos públicos, advindos da intensificação dos sintomas da doença.⁹³ Devay não entrou em detalhes sobre que tipos de “constrangimentos” seriam esses, mas suponho que o médico esteja se referindo a

⁹² DEVAY, F. Estudos sobre alguns signaes precusores ou prodromos das moléstias graves do cérebro, consideradas debaixo da relação clinica, physiologica e medico legal. **Annaes Brasilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, ano VI, v. VI, n. 8, mai. 1851, pp. 186–192, p. 186.

⁹³ DEVAY, F. Estudos sobre alguns signaes precusores ou prodromos das moléstias graves do cérebro, consideradas debaixo da relação clinica, physiologica e medico legal. **Annaes Brasilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, ano VI, v. VI, n. 8, mai. 1851, pp. 186–192.

comportamentos como a manifestação de agressividade e a exposição da sexualidade em público.

Em trabalho publicado em 1877, na *Revista Medica do Rio de Janeiro*, o médico adjunto do Hospício de Pedro II (1877-1879) e Lente Substituto de Ciências Médicas da FMRJ, Nuno de Andrade (1851-1922)⁹⁴ fazia uma análise das ideias acerca da PGP defendidas pelo médico naturalizado francês François-Sigismond Jaccoud (1830-1913).⁹⁵ Nuno de Andrade criticava ferrenhamente o especialista em patologia, afirmando que seu tratado nada trazia de novo além dos ensinamentos já consolidados pelos trabalhos de outros médicos, como Calmeil. Além disso, Nuno argumentava que as afirmações de Jaccoud eram muito “categóricas” e não estavam baseadas em observações clínicas e nem na “lógica científica”.⁹⁶ Vale perceber como Nuno de Andrade se coloca no mesmo patamar dos médicos especialistas estrangeiros para discutir questões atinentes aos saberes e práticas da medicina científica. Isso revela que muitos destes intelectuais se colocavam em posição de dialogar e discordar de especialistas europeus.

De acordo com o médico brasileiro, a “periencefalite difusa” era uma moléstia circundada por amplas controvérsias, no que dizia respeito ao seu diagnóstico, sintomas e classificação. Ao contrário do que pareciam defender os jovens médicos da FMRJ, Devay e Bayle, o futuro Interino da Cátedra de Clínica Psiquiátrica enxergava que a moléstia em questão não possuía feições exclusivas, podendo apresentar uma amplitude considerável de manifestações psíquicas e, portanto, carecia de uma identidade sintomática e de um curso estabelecido:

⁹⁴ Nuno Ferreira de Andrade nasceu no Rio de Janeiro, em 1851. Doutorou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1875 e foi nomeado Inspetor Geral de Saúde dos Portos. Alguns anos depois, tornou-se o primeiro diretor geral da Diretoria Geral de Saúde Pública (órgão criado a partir da fusão entre o Instituto Sanitário Federal e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos), exercendo tal cargo de 1897 a 1903. Logo após a instituição do regime republicano, estabeleceu-se em Paris, a fim de aprofundar seus estudos de economia política na Sorbonne. Nesta oportunidade estabeleceu interlocuções com o médico Jean Martin Charcot (1825-1893), então referência no campo da neuropsiquiatria. Foi eleito membro titular da Academia Imperial de Medicina em 1876, assumindo sua presidência entre 1900 e 1903. Faleceu em 1922 no Rio de Janeiro (FONSECA; MADUREIRA, s/d; TEIXEIRA; RAMOS, 2012: 370-371).

⁹⁵ Sigismond François Jaccoud nasceu em Genebra (Suíça), em 1830, e naturalizou-se francês em 1862. A partir de 1850, estudou medicina em Paris, passando a trabalhar no *Bureau Central* depois de formado. Enviado à Alemanha para observar a organização das escolas de medicina daquele país, escreveu um relatório depois de seu retorno à França. A partir da década de 1860, assumiu a função de médico hospitalar e, em 1866, tornou-se professor substituto da Cadeira de Patologia Médica no *Charité*. Em 1876, foi nomeado professor da Segunda Cadeira de Patologia Médica e, em 1883, substituiu Charles Lasègue (1816-1883) como professor da quarta Cadeira de Clínica Médica na *Salpêtrière*. A trajetória de Jaccoud foi marcada pela influência que as concepções germânicas tiveram em suas ideias, sendo considerado um dos difusores do pensamento médico alemão em território francês. Jaccoud acreditava que os fenômenos mórbidos seriam apreendidos, sobretudo, através da análise dos quadros fisiopatológicos do paciente. Assim, segundo ele, para que se entendesse um sintoma seria preciso conhecer sua origem patogênica. Morreu em 1913 (FRESQUET, 2008).

⁹⁶ ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877). *Revista Medica do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, ano IV, n. 4, 15 fev. 1877a, pp. 53-54.

Como afecção mista, o que se encontra sempre é a **falta de cronologia regular** de seus fenômenos, a desigual sucessão de alterações motrizes e mentais, a carência de uma lei que regule a progressão crescente do mal.

Em relação à sua natureza anatomopatológica, predominam os signos de inflamação difusa, como gênero, e de regressões disparatadas, anômalas, contraditórias e banais, como espécies.

Junte-se a isso a possibilidade de existirem todos os fatores da periencefalite difusa independentemente de lesão mental; e, por sua vez, a terminação de muitas frenopatias sem a complicação inflamatória: e verificar-se-há que proteísmo clínico se oculta sob a denominação, à primeira vista clara e terminante, de – periencefalite difusa!

Quem já teve ocasião de cotejar dois alienados paralíticos, no mesmo período de moléstia, e de examinar-lhes os sintomas, pasma da facilidade com que se intenta fazer – *afecções de gabinete*, – sem a comprovação nosocomial e sem a crítica do síndrome.⁹⁷

A passagem acima deixa clara a divergência de Nuno de Andrade acerca do enquadramento da PGP como doença autônoma, ao classificá-la, entre outras coisas, como uma afecção sem cronologia regular, aspecto importante para o reconhecimento de uma enfermidade, como já mencionado. O médico também defendia que os fenômenos motores da PGP eram muito diversos e que também poderiam se manifestar em outros quadros de doença mental. Baseando-se em um caso de um de seus colegas “evidentemente afetado de paralisia geral”, Nuno de Andrade extrapolava as críticas a Jaccoud para as afirmações feitas pelo alienista escocês David Skae (1814-1873) quem, segundo o médico brasileiro, acreditava que os problemas motores característicos dos paralíticos refletiriam uma ataxia:

Só em fase adiantada da moléstia se nota ataxia; mas não pode ter esta [sic] o valor que lhe quer dar Jaccoud, *porquanto tal sintoma se dissipa a favor da strichnina*, conservando-se o doente durante um tempo mais ou menos longo em estado de *aparente saúde*; restando apenas da moléstia alguma tremulação da língua.⁹⁸

Segundo Nuno, a ataxia “verdadeira” (decorrente de lesões cerebrais) não poderia ser considerada no diagnóstico diferencial entre a PGP e outras doenças mentais, pois havia casos da primeira em que os problemas musculares vistos como uma “ataxia”, não eram ocasionados por lesões cerebrais. O recurso da análise da escrita para o diagnóstico da paralisia geral também

⁹⁷ ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877). **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 4, 15 fev. 1877a, pp. 53–54, p. 53, grifos do autor, negritos meus.

⁹⁸ ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877). **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 4, 15 fev. 1877a, pp. 53–54, p. 53.

era considerado pouco eficiente pelo médico. Nuno de Andrade dizia que as alterações na grafia de um paralítico eram extremamente similares às aquelas apresentadas nos casos de tremores histéricos estudados por Jean-Martin Charcot (1825-1893).⁹⁹ Assim, distúrbios no andar e na escrita, que figuravam nas teses da FMRJ como muito importantes na identificação da paralisia geral, pareciam não ter o mesmo valor diagnóstico para Nuno de Andrade.

No volume seguinte da *Revista Medica do Rio de Janeiro*, o mesmo autor continuou a endereçar críticas a Jaccoud. Novamente baseado em observações, Nuno de Andrade afirmava que os delírios, assim como os fenômenos de paralisia, se manifestavam de modo progressivo: “Nem a monomania das grandezas [...], nem a melancolia [...] existem sempre na periencefalite difusa como expressão mental obrigatória da lesão orgânica [material]. Às vezes o delírio é geral e o estado maníaco se ostenta em sua suprema pujança”.¹⁰⁰ Assim, segundo o médico, a aplicação dos postulados estabelecidos pela Escola de Paris à paralisia geral progressiva não era possível, por falta de provas. O autor admitia que a loucura estava relacionada a alterações no “substrato orgânico”, mas que suas diferentes formas nem sempre possuíam um tipo específico de lesão encefálica.¹⁰¹ Nuno de Andrade afirmou que continuaria a tecer considerações sobre o assunto, contudo, não consegui localizar textos posteriores do autor que dessem seguimento a esta discussão na *Revista Medica do Rio de Janeiro*.

No ano seguinte, foi a vez de Augusto Costa (?-?) discorrer sobre “Da frequencia e importancia do delirio de grandeza na peri-encephalite chronica diffusa”, resguardando-se de possíveis críticas quanto à falta de observações empíricas.¹⁰² Costa afirmava que, nos dois anos em que frequentou o *Hôpital Sainte-Anne*,¹⁰³ observou mais de cem casos da doença, e que em

⁹⁹ Jean-Martin Charcot nasceu em Paris, em 1825. Doutorou-se na Faculdade de Medicina da mesma cidade em 1853, tornando-se chefe de Clínica da mesma instituição. De 1856 a 1862 exerceu a função de médico dos Hospitais de Paris, ministrando também cursos livres de clínica. Tornou-se professor assistente (*agrégé*) em 1860 e, dois anos depois, assumiu o cargo de chefe de serviço da *Salpêtrière*. Exerceu a cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Paris, a partir de 1872, e, dez anos depois, tornou-se catedrático da primeira cadeira de Clínica de Doenças Nervosas, criada em 1881, na mesma instituição. Conhecido como fundador da Neurologia enquanto especialidade médica, Charcot desempenhou papel importante nos estudos no campo da anátomo-clínica. No âmbito da medicina mental seus estudos sobre histeria e hipnose ganharam grande projeção e inúmeros adeptos. Entre os partidários de suas ideias destacam-se nomes como os de Alix Joffroy (1844-1908), Gilbert Ballet (1853-1916), Pierre Marie (1853-1940), Joseph Babinski (1857-1932) e Sigmund Freud (1856-1939). Charcot faleceu em 1893, em Nièvre (França) (AGUILERA, 2012; COSENTINO, 1999; SCHMIDT, 2017).

¹⁰⁰ ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877) - II. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 11 e 12, jun. 1877b, pp. 155–156.

¹⁰¹ ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877) - II. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 11 e 12, jun. 1877b, pp. 155–156.

¹⁰² COSTA, A. Da frequencia e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica diffusa. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp. 7–14.

¹⁰³ Augusto Costa foi proprietário da Clínica de Moléstias Mentais e Nervosas, fundada nos anos de 1870, na Corte. A informação de que o mesmo havia clinicado no *Hôpital Sainte-Anne*, junto a Valentin Magnan, começaria

“apenas um número infinitamente pequeno, talvez em três ou quatro” não teria observado alguma forma de delírio.¹⁰⁴ Em um terço, mais ou menos, teria constatado delírios melancólicos (principalmente o do tipo hipocondríaco), nos demais casos identificara delírios de cunho ambicioso. Sobre as alucinações afirmava terem sido observadas “no muito limitado número dos casos [...] de um modo passageiro e acessório”.¹⁰⁵

Tais constatações seriam corroboradas também pelas observações, ainda que menos numerosas, realizadas por Costa em duas instituições brasileiras: a Casa de Saúde do Dr. Eiras e o Asilo de Mendicidade.¹⁰⁶ Deste modo, o autor considerava que a identificação da forma expansiva da PGP (na qual predominavam os delírios de grandeza) era relativamente fácil, uma vez que, segundo ele, o próprio doente fornecia os indícios necessários a tal constatação. Com esta afirmação, Costa se referia ao quadro de delírio estereotipado do “louco”, no qual o paciente dizia ser alguém importante e/ou detentor de uma grande fortuna, e que, segundo os médicos, era comumente observado em paralíticos. Contudo, ponderava:

Depois de tantos argumentos que chamamos em nosso auxílio com o fim de demonstrar a primeira parte da tese que escolhemos para assunto do nosso escrito [...], poderá talvez pairar no espírito dos que nos tiverem lido que, acompanhando completamente as ideias de Bayle expendidas em seu tratado sobre as Moléstias do Cérebro e suas Membranas sejamos de opinião que sempre se observem ideias delirantes de fundo ambicioso na periencefalite ou por outra que essa frenopatia apresente como elementos essenciais fenômenos psíquicos desta natureza.

O que já deixamos apontado com fatos clínicos em relação à possibilidade da ausência completa de manifestações delirantes na vesania paralítica e ainda mais de serem estas muitas vezes semelhantes às que se encontram no delírio melancólico, hipocondríaco etc., protesta contra uma tal suposição.¹⁰⁷

a aparecer nos anúncios sobre a clínica feitos no *Almanack Laemmert*, a partir de 1876 (GONÇALVES, 2011: 68; GONÇALVES, 2013: 141, nota 220).

¹⁰⁴ COSTA, A. Da frequência e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp. 7–14, p. 8.

¹⁰⁵ COSTA, A. Da frequência e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp. 7–14, p. 8.

¹⁰⁶ Subordinado à Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça, o Asilo de Mendicidade (ou Asilo de Mendigos) foi inaugurado por D. Pedro II em 10 de julho de 1879. O estabelecimento destinava-se a recolher “mendigos de ambos os sexos” nas seguintes condições: menores de 14 anos abandonados ou ociosos perambulando pelas ruas; pedintes que por “seu estado físico ou idade avançada” sobreviviam de esmolas; os que solicitassem “a entrada, provando a sua absoluta indigência”; e, “os idiotas, imbecis e alienados que não forem recebidos no Hospício de Pedro II”. Em 1895, foi aprovado um novo regulamento para a instituição alterando sua denominação para Asilo São Francisco de Assis, fixando a lotação máxima de 250 internos, metade dos quais homens e a outra metade mulheres, todos maiores de idade e que fossem “indigentes sem condições de garantirem sua sobrevivência” ou que solicitassem “entrada comprovando falta de recursos” (SOUZA; AMORA, 2014).

¹⁰⁷ COSTA, A. Da frequência e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp. 7–14, pp. 10-11.

Para Costa, apesar de não serem exclusivos da PGP, de não se manifestarem em *absolutamente todos* os casos da doença e de haver parálíticos que apresentavam outras formas de delírio, que não o ambicioso, os delírios de grandeza seriam, *sim*, de grande valia para o diagnóstico diferencial da doença em questão, juntamente com os distúrbios locomotores. Estaria Augusto Costa respondendo aos escritos anteriormente discutidos de Nuno de Andrade? Arguindo no mesmo sentido que Devay, também a favor do estabelecimento de um diagnóstico precoce, Costa atribuía à manifestação dos delírios de grandeza uma importância muito grande. Esses seriam precisamente a evidência que viabilizaria, em sua opinião, a identificação prematura da PGP por um especialista – nenhuma outra manifestação frequente da doença poderia ser tão facilmente identificável. Ainda em discordância com Nuno de Andrade, Costa dizia ser possível se reconhecer um caso de PGP somente com base nos delírios apresentados pelo paciente:

Alguns autores não hesitam em avançar, que simplesmente pelos caracteres psíquicos do delírio, se pode chegar ao diagnóstico da paralisia geral, proposição esta que, ao nosso ver, só peca pelo modo genérico porque é enunciada [...].

Pode-se aplicar a estes alienistas o mesmo que a Bayle.

Do mesmo modo que este impressionado pela grande frequência do delírio ambicioso na loucura paralítica concluiu sua constância, assim também aqueles pelo fato de possibilidade em certas e determinadas circunstâncias, de chegar-se ao diagnóstico desta vesania simplesmente pelo confronto do delírio, tiraram eles conclusões mais latas do que deveriam tirar.¹⁰⁸

Assim como Devay, Costa acreditava que os delírios seriam mais um indício do enfraquecimento intelectual dos parálíticos, fato evidenciado pela tradução desses delírios em atos toscos, como tentativas frustradas de suicídio e de assassinato de celebridades, roubos de objetos sem valor e que dificilmente passariam despercebidos pelo seu tamanho etc. O autor brasileiro diferenciava o paciente megalomaníaco do “louco paralítico”, afirmando que o primeiro se apresentaria fisicamente (trajes, comportamento e postura) em completo acordo com seus delírios, seguindo uma lógica. Já a estética do paralítico denotaria um contraste significativo entre suas ideias de grandeza e a forma como se vestia e se portava, por exemplo. Além disso, as ideias delirantes eram manifestadas pelo último de forma incoerente, devido à sua incapacidade de racionar de modo minimamente lógico. Assim, para Costa, havia uma diferença considerável entre o feitiço do delírio apresentado pelo paralítico e aquele manifestado

¹⁰⁸ COSTA, A. Da frequência e importância do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa. **Revista Médica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp. 7–14, p. 11.

em outras formas de loucura, o que reforçava seu grande valor no diagnóstico diferencial da PGP.¹⁰⁹

Em 1879, Nuno de Andrade teceu, novamente, reflexões sobre a paralisia geral progressiva. Em sua memória “Da natureza e do diagnostico da alienação mental”, apresentada à Academia Imperial de Medicina para obter o posto de Membro Titular da instituição, o médico criticava a reificação do método científico como algo completamente inovador. Nuno argumentava que o raciocínio sempre havia feito parte dos diferentes métodos de estudo e, portanto, não haveria método “novo” ou método “velho”:

Somos vitalista convicto [sic], não só porque a lógica no-lo ordena, como também porque os organicistas com sua argumentação contraproducente, nos ensinaram a robustecer a crença na vida-princípio. Além da vida possuímos uma alma; – alma, quer dizer – inteligência, sentimento, vontade. É ela independente do corpo, isto é, da inércia, da elasticidade, da porosidade, da impenetrabilidade, da extensão, da forma, da cor. Portanto: a assimilação das lesões somáticas às perturbações da inteligência é ilógica e perigosa.¹¹⁰

Os pressupostos vitalistas baseavam-se na existência de uma “força ou princípio vital”, cujo funcionamento não poderia ser entendido a partir das leis da física. Ele obedecia a dinâmicas diferentes, ao contrário do que postulavam as correntes mecanicistas, no século XVIII, e as chamadas organicistas, durante o período do oitocentos. Em geral, para os vitalistas, a saúde e a doença eram vistas, respectivamente, como reflexo do equilíbrio e do desequilíbrio desse princípio vital. Sendo o agente controlador dos processos físico-químicos do organismo, o princípio vital consistia no grande responsável pelo reestabelecimento da estabilidade do indivíduo no contexto do adoecimento. Tal processo não era alheio ao corpo, mas produto de uma eventual desarmonia interna. Refletida nos quadros mórbidos, essa desarmonia era encarada como falta ou excesso do princípio vital. Assim, o papel do saber médico, para os vitalistas, era precisamente auxiliar a força vital a reestabelecer seu equilíbrio (EDLER, 2015: 85-86; FRENCH, 1997: 93-96).

Assim, os partidários das correntes vitalistas, as quais, é importante ressaltar, já vinham perdendo força ao longo século XIX, não acreditavam ser razoável utilizar os paradigmas

¹⁰⁹ COSTA, A. Da frecuencia e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa (continuação). **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 12, 1878b, pp. 5–9, pp. 8-9.

¹¹⁰ ANDRADE, N. Da natureza e do diagnostico da alienação mental. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 1, jun.-ago. 1879a, pp. 4–30, p. 11. Nota-se aí que Nuno de Andrade usa o termo organicistas para se referir, sobretudo, aos médicos que acreditavam na origem anatomopatológica encefálica das doenças mentais.

provenientes da física e da química na busca por respostas para os estados de sofrimento físico e mental (ou da alma) humano (FRENCH, 1997: 96). Esses estariam sujeitos à ação do princípio vital, real agente capaz de neutralizar as forças físicas e químicas que estariam causando danos ao organismo. Como bom vitalista que assumia ser, Nuno de Andrade considerava inadmissível que se buscasse explicar os diferentes aspectos inerentes às enfermidades mentais ou, como ele mesmo considerava, às doenças “da alma”, lançando mão predominantemente de referenciais materiais, como aqueles aos quais se referiu.

O autor dividia as lesões somáticas em três grupos: vícios de conformação, que seriam adquiridos através da concepção (vindos de um dos progenitores) e/ou da gestação; lesões de nutrição,

Provocadas pelas afecções externas, dependentes das influências cósmicas; pelas causas várias criadas pelo próprio indivíduo e que poderiam ser evitadas; pela herança fisiológica ou patológica; pelas diferentes modificações impressas ao organismo pelos períodos da vida; pelos miasmas e vírus; pelos tóxicos; pelas perturbações da inteligência.¹¹¹

E, por fim, os traumatismos, produzidos por “malícia”, circunstâncias fortuitas ou indicações cirúrgicas. Para o médico, os distúrbios mentais poderiam ser incluídos em *nenhum* dos três grupos, uma vez que acometiam indivíduos que não haviam sido expostos, *necessariamente*, a qualquer um dos fatores descritos. Assim, atacando Auguste Voisin (1829-1898),¹¹² afirmava que: “Tais considerações nos induzem a crer que *mal avisado* andou o Dr. Augusto Voisin, quando incluiu a alienação mental na ordem das moléstias somáticas”.¹¹³

Nuno de Andrade defendia que, mesmo nos casos em que os distúrbios das faculdades mentais sinalizassem ao médico a existência de uma lesão no cérebro ou em suas meninges, essas seriam independentes da loucura. Afirmava que “No alienado, as funções da vida orgânica e da vida de relação pode [sic] se achar intactas (*); e um estado de mania franca perturbar

¹¹¹ ANDRADE, N. Da natureza e do diagnostico da alienação mental. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 1, jun.-ago. 1879a, pp. 4–30, p. 12.

¹¹² Auguste-Félix Voisin nasceu em 1829, em Vanves (França). Sobrinho do respeitado alienista Félix Voisin (1844-1920) – médico chefe do primeiro serviço para crianças em *Bicêtre* e um dos fundadores da Sociedade de Frenológica de Paris – Auguste escolheu a carreira médica. Em 1853, ainda estudante, atuou como interno de Louis Delasiauve (1804-1893) e de Moreau de Tours (1804-1884) em *Bicêtre*, doutorando-se cinco anos depois. Em 1867, sucedeu a Jean-Pierre Falret na *Salpêtrière* e, em 1868, Delasiauve em *Bicêtre*. Entre sua extensa produção bibliográfica destacam-se as obras sobre fenômenos e sugestões hipnóticas. Auguste Voisin faleceu em Paris em 22 de junho de 1898 (CAIRE, s/d).

¹¹³ ANDRADE, N. Da natureza e do diagnostico da alienação mental. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 1, jun.-ago. 1879a, pp. 4–30, p. 12, grifos meus.

profundamente o exercício da inteligência”.¹¹⁴ O asterisco no meio da afirmação do autor nos remete a uma longuíssima nota de rodapé sobre a paralisia geral progressiva. Utilizando novamente o termo “periencefalite crônica difusa”, Andrade chamava, novamente, atenção para a falta de especificidade entre as lesões nervosas materiais e a manifestação dos sintomas psíquicos, afirmando que o fenômeno da paralisia, bem como as referidas lesões que eram usualmente associadas à doença em questão, poderiam afetar também indivíduos que não apresentavam distúrbios mentais. Ademais, o médico mencionava a similaridade entre a paralisia geral e a esclerose em placas e a dificuldade de se diferenciar a primeira da segunda.

Afinado à perspectiva de Devay, Nuno de Andrade criticava a aplicação dos métodos de exame considerados objetivos ao processo de elaboração do diagnóstico da alienação mental. Dizia que o termômetro, o estetoscópio, o esfigmógrafo, o hemodinamômetro etc.¹¹⁵ não teriam aplicação nestes casos. O médico continuou a defender que as lesões cerebrais somáticas seriam consequência e não causa da loucura. Justificava este ponto de vista novamente afinado com Devay: durante as autópsias, não se encontrava lesões específicas para cada forma de alienação mental. Para ambos, isso não se devia às limitações das técnicas histopatológicas, já que “Os progressos da histologia patológica não mais permitem alegações semelhantes”.¹¹⁶ Contudo, é importante ressaltar que Nuno de Andrade não acreditava na legitimidade da paralisia geral progressiva enquanto uma doença autônoma. Já Devay, ainda que criticando o deslumbramento de muitos médicos frente à incorporação dos referenciais teórico-metodológicos da anatomia patológica no estudo das doenças mentais, não questionava que a PGP fosse uma entidade nosológica distinta.

Durante a segunda metade do oitocentos, Nuno de Andrade teve importante atuação no Hospício de Pedro II (HPII), uma das mais importantes instituições que prestava assistência aos alienados no Rio de Janeiro. Em 1877, o médico foi designado como Substituto de Ciências Médicas na FRMJ e passou a atuar como médico adjunto do Serviço Sanitário do Hospício de Pedro II (1877-1879). Nesta ocasião teve de lidar com as dificuldades para a entrada dos estudantes de medicina no estabelecimento.¹¹⁷ Em 1881, ofereceu-se para reger

¹¹⁴ ANDRADE, N. Da natureza e do diagnóstico da alienação mental. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 1, jun.-ago. 1879a, pp. 4–30, pp. 13-14.

¹¹⁵ O hemodinamômetro caracterizava-se como um aparelho para aferir a pressão sanguínea dos pacientes. Um de seus primeiros protótipos foi elaborado pelo estudioso francês Jean Léonard Marie Poiseuille (1799-1869), levando-o a ganhar a medalha de ouro da Real Academia de Medicina da França. O esfigmógrafo consistia em um dispositivo com propósitos similares, sendo desenvolvido mais tarde, em 1854, através de um processo que contou com a participação do fisiologista alemão Karl von Vierordt (1818–1884) (INTROCASO, 1998).

¹¹⁶ ANDRADE, N. Da natureza e do diagnóstico da alienação mental (continuação). **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 2, set.-dez. 1879b, pp. 156–184, p. 179.

¹¹⁷ ALMANACK LAEMMERT. **Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Provincia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1877, p. 524; 1878, p. 494; 1879, p. 501.

provisoriamente, e sem qualquer remuneração, a Cadeira de Clínica Psiquiátrica recém-criada naquele estabelecimento de ensino.¹¹⁸ No mesmo ano, o Provedor da Santa Casa da Misericórdia concedeu aos professores e alunos das cadeiras de Clínica Psiquiátrica, de Oftalmologia, 2ª de Clínica Cirúrgica e 2ª de Clínica Médica o acesso a enfermarias e salas do HPII para a realização das aulas.¹¹⁹

Substituto de Gustavo Balduino de Moura e Câmara na chefia do Serviço Sanitário do HPII, também a partir de 1881, Nuno de Andrade não tardou a manifestar de modo veemente suas críticas com relação a instituição. Desde seu período como adjunto no HPII, iniciado em 1877, vinha lutando pela criação de uma cadeira dedicada ao ensino das patologias mentais na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Após a aprovação da referida cadeira, em 1879, a luta pela maior presença de médicos no “hospício” se intensificou e Nuno de Andrade, fiando-se na detenção de um suposto poder enquanto chefe do serviço sanitário do HPII, endereçou uma carta ao provedor da Santa Casa, José Ildfonso de Sousa Ramos, Visconde de Jaguary. Na missiva, o médico censurava as terapêuticas empregadas nos doentes, que iriam de encontro às concepções do tratamento moral. Além disso, ratificava a necessidade do aumento do poder médico na referida instituição e de sua autonomia com relação à Santa Casa da Misericórdia (ENGEL, 2001; FACCHINETTI; REIS, 2014: 103-105).

Contudo, como pontuam Facchinetti e Reis, o chefe do serviço sanitário “havia superestimado seu poder: após a referida missiva, de abril de 1882, Nuno foi destituído do serviço” (FACCHINETTI; REIS, 2014: 106). Em decorrência desse fato, foi substituído como Interino da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da FMRJ pelo catedrático de Medicina Legal, Agostinho José de Souza Lima (1842-1921), voltando a figurar como um dos Lentes Substitutos da Seção de Ciências Médicas da FMRJ.¹²⁰ Em 1882, a Cátedra de Psiquiatria elegeu seu lente permanente, João Carlos Teixeira Brandão, em meio a um processo seletivo altamente conturbado e do qual derivaram inúmeras insatisfações. Nuno de Andrade, entretanto, sequer prestou o concurso. Exerceu a função de Lente de Higiene entre 1884 e 1888, quando, após aprovação em concurso público, tomou posse como Lente da Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, jubilando-se em 1908.

Cinco anos após a demissão de Nuno de Andrade do HPII, Teixeira Brandão, então Catedrático Permanente da Cadeira de Psiquiátrica, assumiu a chefia do serviço clínico do

¹¹⁸ **GAZETA DE NOTÍCIAS**, Rio de Janeiro, 09/07/1881, p. 1.

¹¹⁹ **JORNAL DO COMMERCCIO**, Rio de Janeiro, 14/08/1881, p. 1.

¹²⁰ **ALMANACK LAEMMERT. Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Provincia do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1883, p. 1357.

Hospício. Também endereçando críticas ao estabelecimento, Brandão começou “a buscar apoio na opinião pública, denunciando os inúmeros problemas do asilo e tentando assim atrair simpatia para sua causa: conseguir se separar da Santa Casa e instituir uma direção médica para a instituição” (FACCHINETTI; REIS, 2014: 106). Tal apoio começaria a render frutos a partir de 1889, com a fundação das Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador. Com elas, pretendia-se “desafogar” a lotação do HPII. Um ano depois, foi lançada a primeira proposta de uma lei para a criação de um órgão que gerisse a assistência aos ditos alienados na Capital Federal (ENGEL, 2001; FACCHINETTI; REIS, 2014: 107).

Articulada a figura de Nuno de Andrade ao contexto no qual atuou no HPII e na FMRJ, voltemos às considerações sobre a paralisia geral, feitas agora por Afonso Pereira Pinheiro (1848-1921).¹²¹ A memória “Das lesões somáticas na loucura” foi publicada nos *Anais Brasilienses de Medicina*, e apresentada à Academia Imperial de Medicina em 1879. A partir de uma perspectiva que possuía semelhanças e diferenças com a adotada por Nuno de Andrade, Pereira Pinheiro afirmava:

É certo que, à exceção *apenas* da paralisia geral, não é lícito dizer que uma lesão nos explica a evolução completa dos fenômenos [nervosos]; cremos até que para o futuro em poucas vesanias bem definidas se poderá proceder assim, pois que, segundo nos parece, não é tanto uma única lesão, mas uma série delas que se deverá descobrir na maioria dos casos.¹²²

Os textos publicados em alguns dos periódicos médicos que circularam durante o período abordado neste capítulo evidenciam uma polifonia muito maior, no que diz respeito a aspectos-chaves no enquadramento da PGP, do que as teses da FMRJ. Tal análise também revela como o processo de construção dos saberes sobre a doença foi complexo e permeado por controvérsias. Os autores dos textos, ao mesmo tempo em que compartilham de ideias, também discordam em certos aspectos. Isso indica que, apesar de se alinharem de modo geral a certas correntes do pensamento médico, se apropriavam de alguns de seus preceitos, misturando

¹²¹ Afonso Pereira Pinheiro nasceu no Rio de Janeiro, em 1848, doutorando-se pelas Faculdades de Medicina do Porto, de Bruxelas e do Rio de Janeiro. Foi eleito Membro Titular da Academia Nacional de Medicina em 1879, ocupando o cargo de redator dos *Anais da ANM* durante a década de 1880. Sua memória, aqui analisada, denota que Pereira Pinheiro enxergava o conhecimento médico a partir de uma perspectiva organicista. Segundo o verbete da ANM sobre Pereira Pinheiro, ficava claro nos trabalhos do médico seu intento em demonstrar que as doenças mentais também poderiam ser enquadradas a partir de referenciais da patologia geral, destacando como elemento de identificação para as mesmas os sintomas físicos. De acordo com a mesma fonte, sua memória foi comentada por um colega a fim de ratificar a ideia de que “o psiquiatra poderia superar todos os obstáculos que impediam a incontestável identificação entre as diversas espécies de loucura e as lesões somáticas”, através, sobretudo do uso do microscópio. Pereira Pinheiro faleceu em 1921 (AFFONSO Pereira Pinheiro, s/d).

¹²² PINHEIRO, A. P. Das lesões somáticas na loucura (continuação). *Annaes Brasilienses de Medicina*, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 3, jan.-mar. 1880, pp. 415–426, pp. 424-425, grifos meus.

teorias e tecendo suas próprias conclusões e ressalvas com relação ao tema da paralisia geral progressiva. Antes, Flávio Edler (1996) chegara a uma conclusão similar, quando analisou as reflexões médicas acerca do método experimental neste mesmo momento no Brasil.

Em consonância com os achados do autor, identifico uma combinação de discursos os quais, a princípio, poderiam ser considerados incompatíveis. Contudo, esses evidenciam que a forte crença numa tradição clínica da medicina não impedia que muitos dos médicos reconhecessem, ao mesmo tempo, a potencial aplicação de referenciais considerados mais científicos nos estudos sobre as enfermidades psíquicas. O próprio Bayle deu aos sintomas clínicos do delírio e da demência grande peso na descrição da aracnoidite crônica. Devay e Nuno de Andrade, mesmo criticando a confiança “ingênua” depositada nos métodos anatomopatológicos, vistos como a pedra de roseta do alienismo, não negavam a existência de uma materialidade na loucura. O médico francês, inclusive, sequer questionava a autonomia da PGP enquanto uma enfermidade independente. Augusto Costa, ainda que apresentando de modo entusiasmado as lesões em paráliticos que observou durante sua estadia na França, direcionou o foco de seu trabalho para o sintoma do delírio, deixando sempre claro que não pretendia fazer generalizações sobre a exclusividade do referido sintoma na PGP. Por fim, Afonso Pereira Pinheiro considerava a doença como uma exceção entre as enfermidades mentais causadas por apenas um tipo de lesão material e não manifestava expectativa de que outras formas de alienação seguissem igual modelo.

Analisando as memórias apresentadas por José Luiz da Costa e Affonso Pereira Pinheiro à Academia Imperial de Medicina em 1861 e 1879, respectivamente, Engel considera que “a partir dos anos 1860, as hesitações iniciais começariam a ceder lugar a posições menos conciliatórias e ambíguas” com relação à natureza física ou socio-moral da loucura, ficando “A opção pela abordagem materialista da insanidade [...] claramente definida e discutida” (ENGEL, 2001: 13). Engel confronta a visão de Luiz da Costa e Pereira Pinheiro exatamente àquela manifestada por Nuno de Andrade, a qual também cotejo acima. Pereira Pinheiro seria, segundo a autora, adepto da ideia de que não existiria “perturbação na vitalidade de um órgão sem desarranjo na sua disposição física” (COSTA, 1861: 490 *apud* ENGEL, 2001: 14). E, assim, “opunha-se claramente à posição assumida pela escola vitalista que definia a alienação mental, inquestionavelmente, como uma ‘nevrose do cérebro’ que ‘perverte e desnatura todos os sentidos, todas as sensações dos homens’” (COSTA, 1861: 484 *apud* ENGEL, 2001: 14).

A autora também pontua, com relação à Pereira Pinheiro, que apesar de crítico “às radicalizações de certas posturas materialistas, dando a impressão, a princípio, de se situar numa posição intermediária entre espiritualistas e organicistas”, o autor termina por assumir

“explicitamente a posição da escola anatômica, afirmando que as lesões do cérebro constituem a causa constante da loucura” (ENGEL, 2001: 18). Sobre estas afirmações de Engel, gostaria de fazer uma ressalva. Meu esforço para a análise das fontes recaiu sobre o mapeamento daquelas que se posicionaram em relação à paralisia geral progressiva e, portanto, não me julgo apta a fazer asserções sobre as visões oitocentistas acerca da loucura de um modo geral. E tampouco afirmar, em termos quantitativos, quais eram as concepções, se materiais ou morais, que predominavam sobre as enfermidades em questão, por parte da maioria dos alienistas que atuava na Corte. Contudo, acredito que as pesquisas que realizei para a elaboração deste capítulo contribuirão para evidenciar que as ideias sobre a natureza da loucura não eram dicotômicas e/ou mutuamente excludentes. As considerações que faço, baseada no trabalho de Brown (1994) sobre o pensamento de Georget, por exemplo, evidenciam claramente a coexistência de visões sobre a alienação mental, as quais me arriscaria a caracterizar como “mistas”. Em alguma medida, essas buscavam conciliar perspectivas físicas e morais da loucura.

1.4 ENTRE “ORGANICISTAS” E “IDIOPÁTICOS”? A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA COMO UMA ENFERMIDADE AUTÔNOMA

Neste capítulo demonstrei que, apesar das controvérsias que suscitou, a paralisia geral progressiva foi amplamente aceita enquanto entidade nosológica autônoma pela maior parte dos médicos que atuava no Rio de Janeiro, durante o período entre 1868 e 1882. Esta aceitação passou pelo reconhecimento, na PGP, de certos paradigmas disseminados pela medicina geral e que eram condição *sine qua non* para que uma doença fosse encarada enquanto tal. Deste modo, faz-se pertinente uma ressalva às afirmações de autoria de German Elias Berrios (1985: 396-397), nas quais o autor desafia a ideia de que a PGP reforçou a concepção anátomo clínica das doenças mentais. Para Berrios, muitos psiquiatras ainda não eram partidários dos ideais organicistas (materiais) no século XIX e, assim, “a doença teria direcionado o pensamento dos alienistas muito mais para aspectos psicológicos e filosóficos, do que para aspectos anatômicos” (BERRIOS, 1985: 397). Além disso, Berrios argumenta que a paralisia geral progressiva não era, durante este momento, uma entidade estável, portanto, não poderia ser encarada como um modelo científico para a psiquiatria do século XIX. Espero ter mostrado até aqui que essas não consistem em assertivas precisas, ao menos, no que diz respeito aos médicos brasileiros.

Juliet Hurn (1998: 15-17) também discorda de Berrios e afirma que a doença era, sim, caracterizada como uma entidade estável, desde pelo menos meados do oitocentos, por grande parte dos alienistas britânicos, e a despeito das mudanças de enquadramento que sofreu ao longo dos anos. A autora fomenta seu argumento a partir das fontes, indicativas de uma série de sintomas que parecem ter permanecido como centrais para a identificação da PGP ao longo de sua história. Apesar das eventuais discordâncias, acerca da forma como, na prática, era identificada a paralisia geral, e que poderiam ter emergido entre um médico vitoriano e outro atuante no período do Entre Guerras, por exemplo, ambos concordariam sobre o diagnóstico de PGP estabelecido para a maioria dos pacientes examinados por eles.

Neste capítulo, concluo que a realidade descrita por Berrios para a Europa não se reflete no contexto do Rio de Janeiro. Na Corte, a paralisia geral progressiva mobilizou discussões complexas acerca da natureza de suas lesões encefálicas e da articulação das mesmas com seus sintomas clínicos. Ao menos do ponto de vista da retórica entoada por boa parte dos médicos que atuava no Rio de Janeiro, durante o período do Império, a doença em questão foi vista como a forma de sofrimento mental que melhor expressava a relação entre lesões materiais e sintomas físicos e mentais. As dinâmicas que rondavam as práticas inerentes a tal discurso foi algo que não pude apreender para o período estudado neste capítulo, mas que discutirei nas seções subsequentes. Ao longo do trabalho, demonstro, assim como Hurn (1998), que muitos dos sintomas originalmente descritos como comuns nos quadros de paralisia geral perduraram como tal ao longo de toda história da doença, a exemplo dos delírios de grandeza e das alterações na fala e na escrita. Havia discussões acerca da frequência, da necessária manifestação e dos contornos que assumiam os sinais da PGP, contudo, em momento algum, tais querelas pareceram abalar a crença dos médicos que atuavam no Rio de Janeiro no fato de que a paralisia geral progressiva constituía uma entidade nosológica autônoma.

Um número significativo dos trabalhos analisados enxergava a doença como dependente de lesões encefálicas materiais e detentora de um curso definido, em que os sintomas iam se manifestando em fases encadeadas. Apesar dos desacordos sobre quais seriam as características das lesões, segundo a maioria dos médicos, elas encontravam-se sempre presentes nos paráliticos. Assim, gostaria de ressaltar a opção que grande parte dos autores faz por utilizar os termos “paralisia geral (progressiva)” e “periencefalite crônica difusa” como sinônimos. Acredito que tal escolha reflita o destaque que se buscava conferir à PGP como forma de alienação mental que possuía sintomas não somente psíquicos, mas também físicos, ou cujo quadro mórbido era provocado por uma lesão material no encéfalo. Indo ao encontro da chave interpretativa proposta por Charles Rosenberg, vale ressaltar a intrínseca relação

existente entre o ato de nomear uma enfermidade e os significados que se quer atribuir à mesma. Dito de outro modo, o termo eleito para se fazer referência a uma doença pode indicar, entre outras coisas, a circunscrição diagnóstica que se quer conferir ela. No caso da paralisia geral progressiva, grande parte dos médicos buscava edificá-la como uma doença mental que também possuía sintomas físicos e era provocada por uma lesão material.

Não obstante a falta de exclusividade dos sintomas desta enfermidade, havia consenso entre os doutos acerca das manifestações que seriam mais características de um caso de paralisia geral. Com destaque para os sintomas mentais da doença, principalmente na forma dos referidos delírios de grandeza. A criação de uma forma da doença para inserir os pacientes nos quais tais delírios não eram identificados, provavelmente, se caracterizou como uma estratégia de acomodação para o enquadramento da PGP. Isso possibilitava manter a loucura como sinal central da enfermidade e, conseqüentemente, legitimar a jurisdição dos alienistas sobre a doença. Discutirei a permanência e a consolidação desse “tipo” de paralisia geral no capítulo seguinte. A tentativa de estabelecer-se diagnósticos diferenciais também pode ser encarada como um recurso capaz de reforçar a emancipação da doença em relação a outras formas de sofrimento mental que se manifestavam de modo parecido, como ao alcoolismo crônico, por exemplo.

Hurn chama atenção para um outro aspecto que também noto ao analisar as fontes aqui expostas. Segundo a autora, para que a doença permanecesse como objeto exclusivo do campo alienista, contribuindo para sua legitimação, era interessante que se reafirmasse a identidade da paralisia geral progressiva a partir de suas feições de natureza dupla: “A PGP apresentava características *físicas e mentais em conjunto*: a unidade da doença evidenciava, portanto, que o mesmo processo patológico produzia ambas – [e que essas] encontravam-se inseparavelmente conectadas” (HURN, 1998: 71, grifos meus). Este perfil específico favorecia a retórica sobre a autonomização e legitimação do conhecimento alienista. Em sua alçada poderiam ser encontradas, sim, entidades nosológicas que se encaixavam nos padrões daquelas dignas de serem estudadas de forma científica. Estas atividades, contudo, deveriam ser desempenhadas *apenas* por profissionais especializados. Tal demanda ampliava o papel socioprofissional destes médicos, e continuou a ser acionada durante o primeiro quartel do século XX.

Também chamo atenção para o fato de que, ao contrário do que sugerem Shorter (1997) e Harris (1993), muitas das instituições alienistas francesas foram palco de pesquisas sobre a natureza anatômica das doenças mentais. Essas foram conduzidas por médicos, como Esquirol, cujos interesses, de acordo com o segundo autor, não pareciam figurar entre tais aspectos. Além disso, muitos dos precursores das teorias anatômicas sobre a alienação mental, como Bayle,

Baillarger e Calmeil, não caíram em absoluto ostracismo na França e, tampouco, no Brasil. Seus tratados não somente cruzaram o território francês em direção à Alemanha, estabelecendo discussões com seus vizinhos europeus, mas também navegaram o Atlântico, influenciando o pensamento alienista no Rio de Janeiro, durante o oitocentos. Também chamo atenção para o fato de que, neste momento, tal intervenção não foi exercida apenas por autores francos e germânicos, mas também por médicos de outras nacionalidades, como britânicos e belgas.

Na década de 1880, a paralisia geral progressiva manteve seu contorno de controvérsia científica e perduraram as discussões sobre suas principais características sintomatológicas. Com o aumento do número de teses e artigos sobre a PGP, produzidos no Rio de Janeiro, e com a expansão do fluxo de ideias entre o círculo psiquiátrico brasileiro e grupos internacionais (sobretudo o germânico), reflexões de outras naturezas vieram à tona em tais trabalhos. A percepção dos médicos sobre a doença se complexificou, permitindo que esses articulassem seus anseios de profissionalização e legitimação com discussões relacionadas às teorias sociais em voga. Passemos, assim, ao próximo capítulo, onde analisarei tais elementos na construção do pensamento sobre a PGP e sua relação com a profissionalização da neuropsiquiatria, entre 1883 e 1913.

CAPÍTULO 2

Uma doença da civilização? A paralisia geral progressiva e os debates sobre os rumos da nação brasileira (1883-1912)

O presente capítulo discute os reenquadramentos dados à paralisia geral progressiva¹²³ nos espaços médicos cariocas e sua relação com o processo de especialização da neuropsiquiatria no Rio de Janeiro, entre 1883 e 1912. Segundo George Weisz, a especialização da medicina em áreas diversas começou no início do século XIX, assistindo seu auge no final do oitocentos. O autor explica que tal evento esteve intimamente atrelado às mudanças por que passaram as “sociedades ocidentais [as quais passaram a se] orientar vigorosamente na direção do aumento da especialização do trabalho, do conhecimento e da *expertise*”. Deste modo, “seria bastante surpreendente que a medicina tivesse falhado em seguir este caminho” (WEISZ, 2003: 538). Contudo, assim como George Rosen (1944), Weisz defende a incompletude da explicação que coloca tal processo de especialização como produto advindo unicamente da “rápida expansão do conhecimento”, como se os médicos tivessem se sentido “obrigados” a separar sua *práxis* em áreas distintas, de forma *natural*.

Ao invés disso, o autor pontua que a profissionalização “passou a ser vista como uma necessidade manifesta da ciência médica moderna” (WEISZ, 2003: 538). Tal perspectiva decorreu, entre outras coisas, da crença na ideia de que apenas a especialização permitiria a observação empírica de um número grande de casos. Esta concepção era tida como imprescindível pela medicina acadêmica, como denotam as discussões trazidas por Nuno de Andrade, Augusto Costa, entre outros, acerca da importância das observações dos pacientes. Segundo Weisz, teria sido “a aceitação de tais valores por comunidades recém-estabelecidas de pesquisadores clínicos que incentivou a especialização a emergir” (WEISZ, 2003: 539). Além disso, o autor coloca a necessidade de certas condições institucionais que viabilizassem a profissionalização. Para Weisz, tais condições encontravam-se presentes na racionalidade administrativa do século XIX: “Pensou-se amplamente que era possível gerenciar melhor grandes populações através de uma classificação adequada, reunindo indivíduos pertencentes à mesma classe e separando aqueles pertencentes a diferentes categorias” (WEISZ, 2003: 539).

¹²³ Nas fontes analisadas no presente capítulo, identifiquei que a paralisia geral progressiva passou a ser majoritariamente referida através do termo em questão. Contudo, também são frequentes as denominações “periencefalite crônica (difusa)”, “meningoencefalite crônica”, “paralisia geral dos alienados”, “paralisia geral” e “demência paralítica”. Na tentativa de não confundir o leitor, optarei por utilizar em meu texto o termo “paralisia geral (progressiva)”, mas manterei as denominações originalmente referenciadas pelos doutores nas citações diretas.

O autor também pontua que anexas à emergência de diferentes especialidades médicas estiveram mudanças mais amplas nas atitudes das sociedades ocidentais como um todo, fazendo com que a especialização parecesse “natural e vantajosa”. Como exemplos dessas mudanças, Weisz menciona a complexificação econômica das nações capitalistas, processo do qual emergiu o conceito de “divisão do trabalho”. As teorias da evolução, serviram, segundo ele, “também para justificar a crescente especialidade e complexidade como formas superiores de estrutura”. Contudo, o autor destaca os avanços científicos como aqueles que evidenciaram de modo mais cabal os benefícios que adviriam da especialização: “Estes eram particularmente pertinentes no domínio médico, cujos praticantes se consideravam pertencentes à comunidade científica mais ampla” (WEISZ, 2003: 539). É exatamente em torno dessa ânsia de pertencimento à comunidade científica que o campo de estudos das doenças mentais emergiu enquanto especialidade médica em diferentes lugares do mundo, inclusive, no Rio de Janeiro. Analisarei, ao longo deste capítulo, o contexto no qual isso se deu, buscando articular os eventos ocorridos às considerações feitas por George Weisz.

Durante os processos de surgimento e consolidação da psiquiatria enquanto área médica distinta (porém, ainda por algum tempo ligada à neurologia), a visão médica sobre a PGP sofreu transformações e articulou-se com as teorias sociais em voga. No contexto aqui contemplado, os debates sobre quais seriam as melhores formas de se caracterizar clinicamente a doença perduraram. Contudo, esses passaram a permear e a serem permeados pelas discussões que articulavam a paralisia geral ao processo de civilização e urbanização da Capital Federal, aos referenciais médicos sobre as mulheres, sobre a classe trabalhadora e a elite, e sobre os indivíduos não brancos, especialmente negros e “mestiços”. Apontarei neste e no capítulo seguinte como o estabelecimento de certas teorias relacionadas à PGP continuou a se articular à apropriação de referenciais considerados científicos e objetivos. Tal apropriação se refletiu no assenhoreamento da estatística e de técnicas de análise diagnóstica e terapêutica por parte dos médicos interessados pelo estudo das enfermidades mentais.

Entre as décadas de 1880 e de 1910, o campo de estudo das doenças mentais foi marcado por eventos significativos, que se desenrolaram na Corte, futura Capital da República. A exemplo de tais eventos, temos a criação da Cadeira de Clínica Psiquiátrica, em 1881, com a posse de seu catedrático permanente em 1883; a criação da Assistência Médica e Legal de Alienados, em 1890; a fundação do Pavilhão de Observação (PO), naquele mesmo ano; a publicação do número inaugural do primeiro periódico dedicado exclusivamente ao estudo das doenças mentais, os *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins* (ABPNSA), em 1905; a fundação da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e

Medicina Legal (SBNPML), em 1907; e a criação da Cadeira de Clínica Neurológica, em 1912, que consagrou a institucionalização da separação entre a psiquiatria e a neurologia (CERQUEIRA, 2014; ENGEL, 2001; FACCHINETTI; CUPELLO, 2011; MATHIAS, 2017a). Tais eventos compuseram o *background* institucional de profissionalização da psiquiatria, na linha mencionada por Weisz. E ocorreram no momento em que o Brasil assistia ao ápice da crise da monarquia e o despontar do regime republicano. Neste período cresceu sobremaneira a preocupação das elites intelectuais, econômicas e políticas, que aqui viviam, com os caminhos a serem tomados para construção de uma nação desenvolvida. Ao buscar tornar-se científica, a psiquiatria evidenciava sua importância, e de seus especialistas, no processo de construção de um país “civilizado”.

2.1 INTERFACES ENTRE A FORMAÇÃO MÉDICA E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO CAMPO NEUROPSIQUIÁTRICO NO RIO DE JANEIRO

Originada em 1832, a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) demorou mais de 50 anos para ver em funcionamento uma cátedra direcionada ao estudo das moléstias psíquicas. Retornemos um pouco no tempo para entender melhor o contexto no qual a referida cátedra fora criada. Segundo Flavio Edler (2015), durante o período imperial, os paradigmas de uma medicina de cunho experimental ganhavam adeptos. Em contato com os trabalhos produzidos na América do Norte e na Europa, através dos periódicos científicos que circulavam na Corte, muitos médicos passaram a acreditar na importância de uma profunda reforma no ensino médico no Rio de Janeiro, reforma essa que deveria dar espaço às novas concepções sobre o fazer científico experimental.

A retórica reformista conjugava os princípios do método experimental, a valorização do estudo das doenças e dos tratamentos locais; além de um modelo institucional menos centralizado, rompendo “com os estreitos canais administrativos que regulavam as relações entre o corpo médico e o núcleo dirigente do Estado Imperial” (EDLER, 2015: 63-64). Inspirado no modelo de ensino alemão, tal movimento buscava reorientar as diretrizes da formação médica priorizando a constituição de um profissional *especialista*. Colocava-se a necessidade da transformação da Faculdade em um espaço não somente de ensino, mas também de pesquisa; da institucionalização de novas especialidades clínicas através, sobretudo, de disciplinas de orientação experimental e, por fim, da renovação e ampliação dos conteúdos a serem ensinados e pesquisados (EDLER, 2015: 63-64).

Enquanto certos médicos lutavam pelas referidas mudanças no curso de medicina da FMRJ, no Hospício de Pedro II (HPH), a direção médica passava a se queixar com maior veemência das precariedades físicas e administrativas da instituição. Segundo Engel, os discursos que clamavam por uma maior autonomia e denunciavam a falta de especialistas na instituição tornaram-se mais evidentes a partir da década de 1880, especialmente,

Através do questionamento da subordinação do referido Hospício à administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. [...] O principal alvo de tais críticas era o poder de fato exercido pelas irmãs de caridade no interior do mundo asilar [...] (ENGEL, 2001: 240-241).

Assim, as reivindicações por um modelo de ensino médico que formasse especialistas e que estivesse articulado à pesquisa, sobretudo, às investigações de cunho experimental, possuem pontos de sobreposição com aquelas entoadas pelos médicos que atuavam no HPH, no mesmo período, e ressoavam em meio ao incipiente movimento de busca pela renovação e modernização das ciências médicas no país.

O final da década de 1870 assistiu à proposição de um novo regulamento que reformou “o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império”.¹²⁴ Baseado no projeto de Vicente Cândido Figueira de Sabóia,¹²⁵ e ampliado em decretos posteriores, o novo regulamento previa que no curso de medicina constariam, entre outras, as seguintes cadeiras, pertencentes à 3ª secção de Ciências Médicas: Patologia Geral; Matéria Médica e Terapêutica; Patologia Médica e Experimental; Clínica Médica; Higiene e História da Medicina e Clínica Psiquiátrica, criadas como cursos ordinários; além da de Clínica das Moléstias Sifilíticas e da Pele, instituída como curso complementar.¹²⁶ Contudo, o referido estatuto só foi posto em prática a partir da publicação do Decreto n. 8.024, de 12 de março de 1881, que mandava executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina e que previa a criação de todas as cadeiras indicadas no Decreto de 19 de abril de 1879.¹²⁷ Assim,

¹²⁴ BRASIL. Decreto n. 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côte e o superior em todo o Imperio. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1879**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 196, pt. II. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em 30 de mai. 2020.

¹²⁵ Lente de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Sabóia, integrou a comissão, criada em 1878 pelo Ministro do Império que objetivava rever “os estatutos das faculdades de medicina” e elaborar “um plano de reestruturação do ensino médico” (SABOIA, VICENTE CÂNDIDO FIGUEIRA DE, s/d).

¹²⁶ BRASIL. Decreto n. 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côte e o superior em todo o Imperio. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1879**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 196, pt. II. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em 30 de mai. 2020.

¹²⁷ BRASIL. Decreto n. 8.024, de 12 de março de 1881. Manda executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1881**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 171, pt. II.

foram reunidas à sétima série as Cadeiras de Clínica Psiquiátrica e de Clínica Médica de Crianças (EDLER, 2015: 149-150; ENGEL, 2001: 134).

As cadeiras deveriam ser regidas por lente aprovado por meio de concurso, o qual, com relação à Cátedra de Clínica Psiquiátrica, só veio a ocorrer dois anos depois e gerou significativos embates (MATHIAS, 2017a: 31-33). Em meio a contendas e insatisfações, João Carlos Teixeira Brandão (1854-1921)¹²⁸ foi aprovado em primeiro lugar, mas logo partiu em viagem para a Europa, deixando como interino, o então diretor do HPII e Lente de Medicina Legal e Toxicologia, Agostinho José de Souza Lima (1842-1921). Em 24 de outubro de 1884, após seu retorno da Europa, Brandão foi nomeado facultativo clínico do Hospício de Pedro II, o que alguns autores consideram como “o primeiro passo no sentido de vincular o asilo ‘à formação dos especialistas, abrindo-o à mocidade acadêmica’” (CALMON, 1952: 56 *apud* ENGEL, 2001: 135). As fontes aqui analisadas também indicam que tal vínculo estreitou-se ao longo do tempo e, sobretudo, a partir de 1887, quando Brandão passou a diretor do serviço sanitário do HPII, nomeado pelo Barão de Cotegipe, no momento, Ministro dos Negócios do Império.

A partir da proclamação da República, em 1889, o também catedrático de Clínica Psiquiátrica da FMRJ passou a ventilar de modo mais veemente seus juízos acerca do estado do Hospício de Pedro II. O médico trazia novamente à tona “as principais queixas formuladas até então pelos diretores do serviço clínico da referida instituição” (ENGEL, 2001: 242). No âmago do discurso de Brandão residia a preocupação de que o HPII encontrasse eficiência em sua pretendida “função [...] de curar o doente mental, restituindo-o à sociedade como ‘indivíduo produtivo’” (ENGEL, 2001: 242). Além disso, seus reclames continuavam a denunciar o reduzido número de médicos especialistas no HPII e a necessidade da criação de uma legislação dedicada a zelar pelo bem-estar dos ditos “loucos”, especialmente os indigentes.¹²⁹ Assim, o

Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8024-12-marco-1881-546191-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. 2020.

¹²⁸ João Carlos Teixeira Brandão nasceu em 1854. Ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro onde formou-se em 1877. Participou da fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, onde exerceu a função de médico do serviço de moléstias do sistema nervoso. Assumiu como lente da cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 23 de abril de 1883. Em 24 de outubro de 1884 tornou-se facultativo clínico do Hospício de Pedro II, assumindo a direção do serviço clínico da instituição em 27 de fevereiro de 1887. Logo após a instauração do regime republicano encarregou-se da direção geral da Assistência Médico Legal de Alienados, cargo que exerceu até 1899. Teixeira Brandão teve atuação importante no campo político, onde destacou-se na luta pela aprovação da primeira legislação relativa à jurisprudência e à assistência aos alienados no Brasil. Atuou como deputado federal pelo Estado do Rio de Janeiro nas legislaturas de 1903, 1909, 1912, 1915 e 1918. Faleceu na capital republicana em 1921 (FONSECA; MADUREIRA, s/d; MATHIAS, 2017b).

¹²⁹ Segundo Engel (2001: 243), muitos dos indivíduos considerados alienados acabavam internados no Asilo de Mendicidade ou em enclausurados em prisões, uma vez que, o HPII, além de encontrar-se superlotado, não poderia abrigar pacientes sem o aval do provedor da Santa Casa da Misericórdia.

médico buscava a aproximação entre a faculdade e o HPII, pressionando os poderes públicos para que as referidas demandas fossem atendidas (ENGEL, 2001: 236-252).

Como já pontuado pela historiografia sobre o período, a Primeira República consistiu em um contexto bastante rico em termos de debates político-culturais que articulavam as propostas para que se retirasse o Brasil do “atraso”, colocando-o nos rumos da “civilização” e da “modernização” (GOMES, 2010; KROPF, 2010; SÁ, 2006; SEVCENKO, 2003). Contudo, é importante sublinhar que as propostas de modernização foram polifônicas. Certas vezes, essas resultaram em embates entre intelectuais que possuíam *expertise* em diferentes áreas do conhecimento e cuja educação formal fora obtida em cursos superiores como direito, engenharia e medicina. Por outro lado, um forte ponto de interseção entre essas vozes consistiu no protagonismo dado à *ciência* como uma das principais ferramentas consideradas capazes de elucidar a gênese da “defasagem” brasileira, com relação, sobretudo, aos países Europeus. Angela Maria de Castro Gomes considera

O período da Primeira República como estratégico para o desenvolvimento de reflexões que, tendo o aval da ciência, investiam na “construção de um Brasil civilizado”. [...]

Tais intelectuais, durante o período, assumem, de modo quase obsessivo, o desafio de modernizar uma sociedade saída da escravidão e do regime monárquico, considerado responsável, em grande parte, pelo “atraso” em que o país se encontrava (GOMES, 2011: 12).

Produto das reivindicações médicas anteriormente apresentadas e coerentes com o imaginário mais amplo sobre as medidas necessárias para que o país se modernizasse, a Assistência Médica e Legal de Alienados (AMLA) foi criada com a publicação do Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890, o qual aprovava as instruções a que se referiam o Decreto n. 142 A, de 11 de janeiro do mesmo ano.¹³⁰ O decreto de janeiro já previa a desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa da Misericórdia e sua red denominação para Hospital Nacional de Alienados (HNA) (ENGEL, 2001; FACCHINETTI; REIS, 2014).¹³¹ Já o decreto

¹³⁰ BRASIL. Decreto n. 142-A, de 11 de janeiro de 1890. Desanexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 23, fasc. 1º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020; BRASIL. Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Approva as instruções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crê a assistencia medica e legal de alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 276, fasc. 2º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. 2020.

¹³¹ Apesar de o decreto em questão rebatizar o Hospício de Pedro II de “Hospital Nacional de Alienados” (HNA), a denominação “Hospício Nacional de Alienados” também foi correntemente utilizada pelos médicos e em legislações posteriores. O mesmo ocorre para a expressão “Assistência Médica e Legal de Alienados”, a qual

do mês seguinte era muito mais extenso, exibindo regras sob as quais a instituição deveria funcionar e subordinando a ela os estabelecimentos especializados do país que se propusessem a prestar socorro a pacientes mentais, brasileiros e estrangeiros. Neste momento inicial, além do HNA, a Assistência abrigaria duas colônias localizadas no bairro da Ilha do Governador: Conde de Mesquita e São Bento, cujo primeiro diretor foi Domingos Lopes da Silva Araújo (CLAPPER, 2020).¹³²

Contudo, a criação da AMLA gerou insatisfação por parte de certos políticos, a exemplo do Senador por Alagoas Leite e Oiticica. Esse considerava o HNA um “sorvedouro dos dinheiros públicos e um matadouro de desgraçados” (*apud* ENGEL, 2001: 256). Por outro lado, a medida representou uma significativa conquista no processo de legitimação do campo neuropsiquiátrico brasileiro, tomando mais corpo nos períodos seguintes a partir de uma série de reformas pelas quais passou o Hospital Nacional (ENGEL, 2001: 258). A exemplo, temos as disposições do Decreto n. 508, de 21/06/1890, as quais previam que o diretor da AMLA deveria possuir “competência provada em estudos psiquiátricos”.¹³³ Além disso, um decreto de dois anos depois previu a criação do Pavilhão de Observação, o qual auxiliou, em grande medida, a articulação entre as práticas acadêmica e asilar (MATHIAS, 2017a: 35).

O pavilhão tornou-se a porta de entrada para a Assistência Médica e Legal de Alienados, recebendo todos os doentes gratuitos, que ficavam retidos para observação por 15 dias, em média. Segundo Cátia Maria Mathias (2017a: 35): “Caso a moléstia fosse confirmada, o doente seria encaminhado ao Hospício; caso contrário, seria restituído à sociedade”. Vinculado à renomada Cadeira de Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da FMRJ, o serviço ficou sob supervisão do Lente Catedrático e de seu assistente, e, apesar de ter sido criado em 1892, o registro de seu primeiro paciente data de 1894. Durante o período de observação eram usualmente realizados exames laboratoriais, entrevistas psiquiátricas e testes psicológicos: “A ‘observação’ fazia parte das aulas práticas e dela resultava tanto a elaboração dos registros médicos, como do diagnóstico e do controle estatístico da instituição” (MATHIAS, 2017a: 35).

também é referida por “Assistência Médica e Legal dos Alienados”, entre outras variações. Optarei pelos termos “Hospital Nacional de Alienados” e “Assistência Médica e Legal de Alienados”.

¹³² A criação e regulamentação do funcionamento das referidas colônias, no final do período Imperial, seriam regidas pelos Decretos n. 3.396, de 24/11/1888; n. 10.244, de 31/05/1889 e n. 206A, de 15/02/1890. Contudo, os estabelecimentos só passaram a funcionar de fato a partir de 1890, recebendo, inicialmente pacientes indigentes de ambos os sexos. Em 1892, as mulheres que lá viviam seriam transferidas para o HNA transformando as colônias em receptáculos de pacientes masculinos, apenas (ENGEL, 2001).

¹³³ BRASIL. Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890. Approva o regulamento para a Assistência Medico-Legal de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 1333, fasc. 6º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. 2020. Esta exigência cairia com decreto posterior (n. 3.244, de 29/03/1899), mas retornaria a figurar como uma demanda no início do século XX (ENGEL, 2001: 257).

Faz-se importante resgatar um dado já apontado por Daniele Corrêa Ribeiro (2012): desde 1854 havia um decreto que previa o acesso dos estudantes da referida faculdade às instalações do HPII. Entretanto, a circulação dos estudantes da FMRJ no espaço do asilo ampliou-se, de fato, ao longo da década de 1880, em virtude de eventos como a já mencionada criação da Cadeira de Clínica Psiquiátrica, e a emissão de um parecer por parte da Comissão do Hospital da Misericórdia e do Hospício consentindo o acesso dos alunos da instituição de ensino ao HPII (MATHIAS, 2017a; RIBEIRO, 2012: 49). Mathias acrescenta que mesmo a criação da cadeira de Clínica Psiquiátrica não teria sido suficiente para satisfazer as necessidades pedagógicas dos alunos, melhor atendidas somente a partir da criação do Pavilhão de Observação. A autora ressalta ainda que, apenas em 1893, através do Artigo 11 do Decreto n. 1.559, de 7 de outubro, que reorganizou “o serviço da Assistência Médico-legal de Alienados”, é que o Pavilhão de Observação passou a estar “*exclusivamente* reservado para a clínica psiquiátrica e de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina, sob imediata direção do lente respectivo e de seu assistente” (BRASIL, 1893: 689 *apud* MATHIAS, 2017a: 13, grifos meus). Assim, destaco o papel exercido por Brandão no processo de institucionalização da neuropsiquiatria no Rio de Janeiro, no que diz respeito ao alargamento do acesso dos alunos da FMRJ ao Hospício de Pedro II.

2.2 UMA ENTIDADE NOSOLÓGICA AUTÔNOMA? O REFLEXO DAS DISCUSSÕES ENTRE UNITARISTAS E DUALISTAS E A CONSOLIDAÇÃO DO ENQUADRAMENTO CLÍNICO DA PARALISIA GERAL PROGRESSIVA

Como já discutido, durante a segunda metade do oitocentos, círculos alienistas internacionais debatiam sobre se as manifestações denominadas de paralisia geral progressiva constituíam *apenas um* quadro nosológico autônomo. Como mencionei no capítulo anterior, durante as décadas de 1840 e 1850, médicos franceses, como Jules Gabriel François Baillarger (1809-1890)¹³⁴ e Scipion Pinel (1795-1859) defendiam uma concepção dualista da doença, baseados na observação de pacientes diagnosticados como paralíticos e que não apresentavam delírios, apenas sintomas de demência e paralisia. Baillarger acreditava que as observações

¹³⁴ Jules Gabriel François Baillarger estudou medicina em Paris, passando a frequentar o círculo de Esquirol a partir de 1832. Depois da morte do último foi nomeado Superintendente do Hospital da comuna de Ivry-sur-Seine. Baillarger também foi cofundador do periódico *Annales Médico Psychologiques* (1843) e da *Société Médico-Psychologique* (1852). Em 1875, recusou ocupar a recém-criada Cadeira de Doenças Mentais na Escola Clínica de Paris, argumentando já estar idoso demais para o cargo (BERRIOS, 2008: 359).

feitas por Bayle refletiam não um, mas dois quadros distintos. O de uma enfermidade independente, que chamou de “demência parálitica pura”,¹³⁵ na qual a paralisia surgia como o primeiro sintoma da enfermidade, seguida dos delírios e da demência. E o de “loucura parálitica”, que considerava, assim como Esquirol, uma complicação de outras formas de alienação mental e nada relacionada a uma lesão encefálica. Na “loucura parálitica”, as manifestações delirantes apareciam antes da paralisia e da demência e o quadro poderia ser curado, aspecto que nos permite, inclusive, articular tal abordagem àquela defendida por Georget. De modo análogo, Scipion Pinel também sugeriu que a PGP fosse dividida em formas distintas: a “complicada”, onde os sintomas delirantes se faziam presentes, e “simples”, na qual estavam ausentes (BERCHERIE, 1989: 89; HURN, 1998: 40).

Para Hurn, as sugestões de Baillarger e de Scipion Pinel colocavam em xeque a centralidade dos delírios na definição da PGP e, por isso, foram rejeitadas por médicos escoceses e ingleses. Se as manifestações delirantes deixassem de fazer parte do quadro sintomático da doença descrita por Bayle, a retórica científica que a enfermidade conferira ao alienismo britânico ficaria ameaçada. Durante a segunda metade do século XIX, o campo de estudos das doenças mentais, sobretudo na Escócia e na Inglaterra, lançava mão da relação de causa e efeito entre os sintomas mentais da PGP e as lesões somáticas associadas a ela. Deste modo, se os delírios deixassem de representar um sinal patente da paralisia geral progressiva, o alienismo britânico seria incapaz de equiparar-se às demais especialidades médicas, consideradas científicas, através da apropriação dos referenciais anatomopatológicos. Lembre-se que a “loucura parálitica” – categoria proposta por Baillarger e onde os delírios eram mais expressivos – não era considerada produto de uma lesão material, ao contrário da “demência parálitica pura”. O problema é que a última não detinha os delírios como sua principal característica, mas sim a demência ou a paralisia (HURN, 1998: 40-45).¹³⁶

Apesar da discussão sobre a centralidade dos delírios como sintoma típico da paralisia geral ter aparecido antes do período analisado neste capítulo, a partir da penúltima década do oitocentos, tal debate tornou-se proeminente entre os médicos que atuavam no Rio de Janeiro. Em 1883, José Adolpho Rodrigues Ferreira (?-?),¹³⁷ autor da primeira tese sobre a paralisia

¹³⁵ É importante lembrar que o termo proposto por Baillarger, “demência parálitica pura” possui, à princípio, nenhuma relação com a futura opção que Kraepelin faria pelo uso do termo similar “*dementia paralytica*”. Para mais detalhes sobre tal discussão ver capítulo 1.

¹³⁶ Segundo Hurn (1998: 40), inicialmente, Baillarger colocava a *paralisia* como principal sintoma da “demência parálitica pura”. Depois de certo tempo, o alienista francês passou a considerar a demência como sua manifestação mais fundamental – o que seria mais coerente com a denominação que propôs para o quadro em questão.

¹³⁷ Obtive pouquíssimas informações sobre José Adolpho Rodrigues Ferreira, que defendeu sua tese em 13 de dezembro de 1883, tendo sido aprovado plenamente (**Diário do Brasil**, RJ, 14/12/1883, p. 2; **Gazeta de Notícias**, RJ, 14/12/1883, p. 2). Depois de colar grau, no mesmo ano, mudou-se para a vila de Herval (Rio Grande do Sul),

geral, intitulada “Da natureza da paralyisia geral” e defendida no âmbito da recém-criada Cadeira de Clínica Psiquiátrica, admirava-se “de quão pouco tempo data na ciência a descoberta da paralisia geral. [...] Foi no fim do século passado e começo do atual que o espírito médico começou a ser atraído por uma espécie nosológica nova de que eram acometidos os alienados”.¹³⁸ E continuou:

Esquirol foi quem primeiro notou que certas demências eram acompanhadas de paralisias e o embaraço na pronúncia [sic] da palavra. Georget, Delaye e Calmeil, seguindo os passos de seu grande mestre, foram os primeiros a interessar-se [sic] pela nova descoberta.

Em 1820 aparece o primeiro trabalho de Georget sobre as paralisias musculares crônicas que vinham complicar a loucura.

Em 1824 Delaye dá-lhe o nome de paralisia incompleta.

Calmeil em 1826 publica sua memória sobre a paralisia geral considerada como uma complicação que vinha reunir-se à alienação mental; mais tarde, porém Bayle mostra claramente que a paralisia geral não é um epifenômeno suscetível de manifestar-se no curso da loucura, mas uma *moléstia única, distinta*.

Decorrido algum tempo, novos trabalhos aparecem, e entre eles não podemos deixar de mencionar a tese de Falret e a do professor Lasègue sobre as formas da paralisia geral.

Não devem ficar no esquecimento os trabalhos de Baillarger que tão bem descreveu o delírio hipocondríaco [...].

Esta afecção tem sido designada por diversos nomes conforme os autores que dela se têm ocupado [...].

No correr de nosso trabalho empregaremos indiferentemente qualquer destas denominações, sempre que nos referirmos à paralisia geral.¹³⁹

Ao discorrer sobre a evolução da doença, Rodrigues Ferreira afirmava que os primeiros sintomas eram psíquicos, sendo o período inicial da PGP caracterizado por alterações no caráter, na moral e na personalidade usuais do indivíduo: “Ora, é uma ambição desmedida que não está em relação com a sua condição; seu caráter se altera, de afável que torna-se violento e irascível; entrega-se a uma vida de dissipação e depravação que vem contrastar os seus atos

onde atuava como médico. Um atestado sobre a eficácia do “Elixir de Salsa, Caroba e Guaiaco (ou Elixir de Nogueira de Salsa, Caroba e Guaiaco)”, principalmente no tratamento de “infecções de origem sífilítica”, datado de Herval, em 7 de julho de 1886, e assinado pelo Dr. José Adolpho Rodrigues Ferreira foi publicado em dois periódicos pernambucanos durante alguns anos (**Jornal do Recife**, PE, 18/06/1889; **A Província**, PE, 08/01/1890, p. 5; 20/08/1909, p. 2). Seu nome aparece por vários anos nas listas dos médicos inscritos e habilitados para o exercício da profissão pela Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul (**A Federação**, RS, 25/07/1895, p. 2; 21/11/1904, p. 3). Por fim, encontrei referências de que o médico se engajou no movimento abolicionista, sendo eleito vice-presidente do Clube Abolicionista de Herval, inaugurado em 19 de outubro de 1884 (**A Federação**, RS, 03/11/1884, p. 2; **Gazeta da Tarde**, RJ, 11/11/1884, p. 2).

¹³⁸ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, p. 5.

¹³⁹ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, pp. 5–7, grifos meus.

presentes com a sua vida passada”.¹⁴⁰ No período seguinte, surgiam os delírios – de acordo com o autor, os de grandeza seriam os mais comuns; contudo, também poderiam aparecer manifestações hipocondríacas. Por fim, os sintomas físicos e motores faziam-se presentes, caracterizando-se por tremores musculares nos membros e na face, que culminavam na descoordenação dos movimentos (incluindo o andar) e no embaraço da palavra, além de alterações pupilares e perturbações na escrita; por fim sobreviria a demência. Mas para o autor o curso da doença nem sempre era uniforme e regular: podiam ocorrer ataques que aceleravam a morte do doente ou então “períodos de parada ou de remissão”, em que seus sintomas regrediam ou estagnavam-se.¹⁴¹

No que diz respeito à sede e à natureza da doença, Rodrigues Ferreira afirmava que:

Durante muito tempo passou a paralisia geral como sendo uma vesania e por conseguinte uma afecção sine materia.

Com o correr dos tempos e com o avanço progressivo das ciências médicas, os práticos de outrora começaram a indagar, a ver se descobriam alguma lesão material à qual pudessem ligar o aparecimento da moléstia.

Investigações *post mortem*, foram feitas no cadáver do paralítico geral, e as lesões macroscópicas encontradas já abalavam a antiga teoria, quando a descoberta do microscópio veio derrocá-la completamente.

As lesões que até então passavam despercebidas a olho nu, tornavam-se evidentes no campo do microscópio; a paralisia geral não era mais uma vesania. Mas nem por isso as opiniões deixaram de divergir, a multiplicidade das lesões era tal, que cada autor que a estudava tinha a sua opinião.¹⁴²

Mapeando as divergências acerca do tópico, Ferreira dizia concordar com “a maioria dos autores”, que enxergava a paralisia geral como doença causada por uma lesão somática de características inflamatórias e não crônicas, ideia primeiramente defendida por Bayle. Justificava seu posicionamento mencionando as alterações na temperatura corporal encontradas em doentes acometidos de PGP, sintoma considerado típico de uma inflamação, e os efeitos positivos que as medicações descongestionantes exerciam sobre os pacientes em questão, ao contrário dos princípios medicamentosos que poderiam propiciar “congestões para o lado do cérebro”.¹⁴³ Por fim, Rodrigues Ferreira adotava uma abordagem aparentemente inédita à

¹⁴⁰ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, p. 10.

¹⁴¹ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, pp. 13–16.

¹⁴² FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, p. 25.

¹⁴³ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, pp. 29–33.

discordância dos autores citados por ele com relação à diversidade das lesões encontradas em paralíticos e à multiplicidade dos potenciais sintomas da doença:

A conexão que existe no tecido celular nervoso é de tal ordem que basta ser lesado um ponto qualquer do sistema nervoso, para dar em resultado perturbações variadas, e de ordem diversas.
Eis a razão da multiplicidade das lesões e a diversidade dos sintomas na paralisia geral dos alienados.¹⁴⁴

A tese de Rodrigues Ferreira exprime o quão particular é sua apropriação das diferentes visões sobre a natureza das lesões e dos sintomas da paralisia geral, que estiveram em disputa ao longo do século XIX. Enquanto para muitos médicos, nacionais e internacionais, a diversidade de lesões cerebrais encontradas em paralíticos era um problema para as tentativas de definição e separação da doença, Rodrigues Ferreira a considerava natural e compatível com a pluralidade de sintomas que associava à PGP. Tal posicionamento revela a criatividade do autor e, sobretudo, que seu pensamento não deve ser tratado como uma simples reprodução das abordagens estrangeiras. As contradições que podem ser identificadas com relação às leituras dos europeus sobre a PGP revelam o esforço do autor em propor uma interpretação singular/original para o enquadramento da doença.

Ramiro Firmino Santiago (?-?) apresentou posicionamento similar em sua tese também intitulada “Da natureza da paralyisia geral”, defendida em 1884 – a primeira que traz a transcrição de observações próprias, colhidas no Hospital do Carmo.¹⁴⁵ O autor defendia que a PGP era uma afecção recente, já que sua frequência, gravidade e características típicas não teriam permitido que a mesma passasse despercebida aos olhos médicos por tanto tempo. Enfatizava as opiniões, entre outros, de Esquirol, Georget, Calmeil e de Bayle, concordando claramente com as ideias do último. Segundo Firmino Santiago, Bayle defendia que os distúrbios nos movimentos e os delírios se desenvolviam de modo paralelo, concluindo, assim, que o quadro, antes classificado por Esquirol e seus seguidores como uma simples paralisia, caracterizava-se, de fato, como uma doença independente: “O princípio, porém, estabelecido por Bayle, aquele que realmente constitui a sua glória; isto é, que a paralisia geral é uma afecção

¹⁴⁴ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, p. 28.

¹⁴⁵ Trata-se do Hospital da Venerável e Arquiepiscopal Ordem Terceira de Nossa Senhora do Monte do Carmo, inaugurado em 1745. Em 1870, foi inaugurado o novo prédio que passou a abrigar o Hospital do Carmo, que estabelecimento fornecia atendimento para enfermos de um modo geral, não se caracterizando como uma instituição direcionada aos alienados (SANTOS,1943).

única [...] depois de ter sido por muito tempo combatido, foi em 1858 após longas discussões na Sociedade Médica de Paris aceito na *ciência* [...]”.¹⁴⁶

Firmino Santiago concordava que a paralisia geral seria representada por sintomas de natureza física e mental, que se desenvolveriam de modo paralelo. Dividia a evolução da doença em três períodos, concluídos por um quadro de demência, seguido de morte. Assim como o colega Rodrigues Ferreira, Firmino Santiago afirmava que, no período inicial, a personalidade do doente começava a sofrer alterações, que passavam “muitas vezes despercebidas aos inexperientes”. Entretanto, “já ao alienista acostumado a observá-las” permitiam “fazer prever a próxima invasão da moléstia [...]”.¹⁴⁷ Concordando com o já referido médico francês, Auguste Voisin, Firmino Santiago colocava-se, assim, a favor do estudo deste período inicial como “a melhor condição para impedir a marcha da moléstia” que, por meio de tratamento, poderia melhorar o estado dos pacientes.¹⁴⁸ Note-se que a melhora aqui é considerada possível *apenas* para os pacientes diagnosticados *ainda no período inicial da doença*, daí a importância do *médico especialista*, capaz de identificar a enfermidade ainda em seu estágio inicial, bandeira também defendida por Voisin. Após tal fase, sobreviriam as perturbações mentais e físicas típicas do curso da PGP, as quais Firmino Santiago associava a três tipos distintos:

Na primeira categoria de paralíticos há franca perturbação da ideação, há concepções delirantes, alegres ou tristes. Os doentes falam com ênfase da sua pessoa, da sua fortuna e da sua alta posição. Outros pelo contrário, falam e tratam somente de seus sofrimentos, do seu estado deplorável, tornam-se tristes ou finalmente julgam-se perseguidos, ameaçados, ouvem vozes, vêm objetos desagradáveis e praticam atos absurdos e criminais [...].

Na segunda categoria não há perturbações bem determinadas; o delírio especial não existe. Os paralíticos apresentam-se uns tristes, silenciosos, abatidos e deprimidos, outros alegres, contentes e expansivos [...].

Na terceira categoria finalmente estão incluídos os paralíticos em cujo número não se observa delírio algum especial [...].

Nesta última classe de doentes, o fato dominante é o enfraquecimento precoce e acentuado da inteligência que caracteriza já a demência.

*Devemos entretanto dizer, que todas estas perturbações intelectuais, podem existir, alternar e confundir-se no mesmo doente, e que no fundo não há paralíticos exclusivamente delirantes nem exclusivamente dementes.*¹⁴⁹

¹⁴⁶ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 11, grifos meus.

¹⁴⁷ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 15.

¹⁴⁸ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, pp. 15–16.

¹⁴⁹ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, pp. 26–27, grifos meus.

Tal posicionamento demanda que se traga à tona como cada um desses conceitos eram enxergados nesse momento. Baillarger, por exemplo, pontuava que: “A insanidade [*insanity*]¹⁵⁰ inclui dois elementos distintos: um problema, desordem ou lesão do intelecto; e a falta de consciência do referido problema, desordem ou lesão” (BAILLARGER, 1853 *apud* BERRIOS, 2008: 361).¹⁵¹ De acordo com ele, distúrbios no intelecto poderiam afetar qualquer indivíduo – o que iria decidir se o mesmo seria caracterizado como alienado, ou *não*, seria, portanto, não a manifestação do distúrbio em si, mas a consciência, por parte desse indivíduo, de sua situação de acometido pelas manifestações em questão.¹⁵² Deste modo, o aspecto central na caracterização da alienação mental, para Baillarger, não deveria ser o sintoma indicador da existência de um distúrbio no intelecto, mas a falta de consciência da ocorrência desses distúrbios: “A alienação mental consiste em uma privação de livre-arbítrio resultante do desenvolvimento incompleto de uma lesão do entendimento (*lesão de l'entendement*). É dividida em imbecilidade (*la imbécillité*) [...]; loucura (*la folie*) [...] e demência (*la démence*)” (BAILLARGER, 1853 *apud* BERRIOS, 2008: 360).

Retornando às constatações de Firmino Santiago, é possível que, para ele não fosse tão importante discutir se os sintomas mentais da PGP possuíam predominantemente características de delírio ou de demência. Assim como Baillarger, o médico brasileiro considerava ambos como sinais de um quadro de alienação mental:

Existe uma categoria de loucos paráliticos em que as perturbações da inteligência não merecem a denominação de delírio; os doentes não são maníacos, nem lipemaníacos, nem hipocondríacos, mas entretanto [sic], *são alienados*.

O delírio não existe na verdade nesta forma de paralisia, ou se ele declara-se, é um delírio limitado, que ocupa um lugar acessório em vez de ser um sintoma predominante, como nas outras variedades de paralisias.

Esta variedade constitui a forma demente da moléstia, e é denominada por Baillarger, demência parálitica [pura].

¹⁵⁰ German Berrios (2008) pontua o quão complicadas podem ser as traduções de termos como “delírio”, “loucura”, “insanidade” e “alienação” do francês para o inglês. Pois bem, nada muito diferente ocorre quando se trata de realizar tais traduções para o português, sobretudo, porque nem sempre as fontes evidenciam, de modo preciso, o conjunto de ideias às quais seus autores estão se referindo, quando utilizam as palavras em questão. Assim nas citações diretas traduzidas, sempre que puder, utilizarei os sinônimos em inglês e francês.

¹⁵¹ Segundo Berrios, neste caso, o termo “lesão” assume uma conotação metafórica, e não relacionada a um dano material, somático, assimilando-se, portanto, muito mais ao conceito de sintoma, distúrbio, mau funcionamento (BERRIOS, 2008).

¹⁵² Segundo o alienista francês, as principais lesões (sintomas) das faculdades intelectuais e morais seriam: “1. Delírios [*Delusions*] (*les conceptions délirantes*); 2. Alucinações [*Hallucinations*]; 3. Impulsões incomuns [*Unusual impulses*]; 4. Excitação do intelecto [*Excitation of the intellect*]; 5. Depressão das faculdades morais e intelectuais [*Depression of moral and intellectual faculties*]” (BERRIOS, 2008: 361-362).

*Não admitimos que exista paralisia geral sem alienação ou antes, sem perturbações intelectuais, e nos casos em que estas perturbações não são do domínio do delírio, são do domínio da demência.*¹⁵³

O trecho final da passagem denota que o médico brasileiro defendia que ambos os sintomas – delírios e demência – poderiam ser manifestados por doentes paralíticos. Firmino Santiago considerava a demência como um sintoma não menos “neuropsiquiátrico” do que os delírios, e ratificava a criação de uma categoria ou forma da doença para inserir os paralíticos que não apresentavam manifestações delirantes.

Para o autor, a identificação dos sintomas físicos também era primordial para o diagnóstico da PGP, uma vez que, segundo ele e a despeito de sua importância, os delírios podiam ser encontrados em outras formas de doença mental. Assim, de acordo com o médico, não era razoável basear o diagnóstico definitivo apenas nas manifestações psíquicas apresentadas pelo paciente, pelo contrário. Ele afirmava de modo veemente que o registro das perturbações físicas era muito importante, apesar delas também não serem exclusivas da PGP. Para o Firmino Santiago, havia um conjunto de sintomas físicos “cujo aparecimento está tão estreitamente ligado à existência da paralisia geral, e goza de tão alto valor no ponto de vista do diagnóstico, que, quando são bem verificados, habilita desde logo ao alienista a firmar um diagnóstico positivo [...]”.¹⁵⁴ Os sintomas citados pelo médico são bastante similares àqueles mencionados por Rodrigues Ferreira: tremores na face, na língua e nos membros, problemas na fala e na escrita, incontinência dos esfíncteres (especialmente no período terminal), alterações pupilares, distúrbios da sensibilidade, febre, convulsões e otomatomas (tumores formados a partir do extravasamento de sangue na região auricular).

É possível concluir que, apesar de citar de modo recorrente as ideias de Baillarger, Firmino Santiago não adotava a teoria dualista da paralisia geral. O autor a tratava como *uma* enfermidade que possuía tipos diferentes. Seu posicionamento também deixa claro que, para ele, a relação entre as causas físicas (paralisia) e mentais (delírio *ou* demência), era fundamental no enquadramento da PGP. Deste modo, independentemente da forma como os sintomas psíquicos se manifestavam, eles sempre estariam *in tandem* com o físico.¹⁵⁵

¹⁵³ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 40, grifos meus.

¹⁵⁴ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 43.

¹⁵⁵ SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 43.

Eulogio Alves de Mattos Pitombo (?-?)¹⁵⁶ também dedicou algumas páginas de sua tese, “Da paralyisia geral”, defendida em 1885, a esta querela entre dualistas e unitaristas. O autor defendia “que certos fatos, como o das *remissões, das paralisias gerais latentes, das paralisias gerais de dupla forma* e sobretudo *das paralisias gerais sífilítica, alcoólica e saturnina* [...]” só poderiam ser explicados através de uma teoria dualista, como a formulada por Baillarger.¹⁵⁷ Mattos Pitombo frisava que a demência e os delírios não estavam presentes de modo paralelo em absolutamente todos os casos da moléstia em questão, concordando, assim, que os sintomas descritos por Bayle representavam, na realidade, duas situações de adoecimento diferentes.¹⁵⁸ Embasando seu posicionamento na reprodução de observações clínicas colhidas por outros médicos em “hospícios” franceses, Mattos Pitombo afirmava que “demência parálitica [pura]” seria o termo mais adequado para se referir à paralyisia geral, uma vez que essa se caracterizaria por lesões materiais *irreversíveis* responsáveis pelo quadro de demência. Segundo ele, a “loucura parálitica” não representava bem esta relação, já que seu quadro podia sofrer remissões e até desaparecer de modo espontâneo.¹⁵⁹ O médico diferenciava a “loucura parálitica” da “demência parálitica [pura]” da seguinte forma:

Fonte: PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 17–28.

| <i>Sintomas</i> | <i>Loucura parálitica</i> | <i>Demência parálitica pura</i> |
|---|--|--|
| <i>Mentais</i> (<i>psíquicos</i>) | Delírio incoerentes e absurdos, sem lógica (especialmente os de grandeza e hipocondríacos) | Demência |
| <i>Sintomas físicos</i> (<i>somáticos</i>) | Distúrbios musculares de natureza atáxica (transitórios); distúrbios na fala; desigualdades pupilares; tremores e enfraquecimento muscular | Distúrbios musculares de natureza parálitica (permanentes); distúrbios na fala; tremores; perda de controle dos esfíncteres; escaras; <i>physionomie hebété</i> (fisionomia atordoada) |
| <i>Prognóstico</i> | Cura transitória ou definitiva | Não há curas, nem remissões |

¹⁵⁶ Eulogio Alves de Mattos Pitombo nasceu na Bahia e, depois de formado na FMRJ, foi nomeado para o cargo de Inspetor Sanitário do estado de São Paulo (CAMPOS; MARINHO; LÓDOLA, 2018: 572). Cunhado de um fazendeiro local, em 1889, estabeleceu-se em Araraquara (SP), clinicando nesta comarca e em Ribeirãozinho (território que hoje corresponde à cidade de Taquaritinga, SP) (MARQUES, 2009: 33). Enquanto monarquista, esteve, em agosto de 1902, envolvido na Revolta de Ribeirãozinho, que se constituiu como um movimento conservador que objetivava a restauração monárquica. Mattos Pitombo foi indiciado depois do evento por ter feito um discurso que “incitou o povo a prosseguir na sua obra”, mas, ao final do inquérito, concluiu-se a improcedência da denúncia (PERIA, 2016).

¹⁵⁷ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 7–8, grifos meus.

¹⁵⁸ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 9.

¹⁵⁹ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 15.

Evidenciando o quão complexa era a relação entre ambas, o médico explicava que a “loucura parálítica” poderia *preceder ou suceder* os quadros de “demência parálítica [pura]”. Deste modo, nos casos da última em que havia manifestação de delírios, estes não eram característicos da mesma, mas resultado da irrupção de um quadro “loucura parálítica” que vinha complicar a “demência parálítica [pura]”. Mattos Pitombo afirmava que “Muito grande [sic] são as dificuldades que se encontram quando se tenta fazer o diagnóstico destas duas entidades mórbidas, que são consideradas ainda por muitos alienistas como uma só e única moléstia, denominada paralisia geral [...]”.¹⁶⁰ O fato de discorrer sobre ambas as enfermidades deixa claro que Mattos Pitombo também considerava a demência uma manifestação tão pertencente ao domínio do psíquico, quanto os delírios. Assim, para ele, tanto a “loucura parálítica” quanto a “demência parálítica pura” se constituíam como manifestações da alçada da neuropsiquiatria.

As teses até aqui analisadas indicam uma alta circulação das teorias sobre a paralisia geral progressiva no recém-criado ambiente acadêmico neuropsiquiátrico. Apesar das especificidades do pensamento de cada autor sobre a paralisia geral progressiva, fossem eles unitaristas ou dualistas, suas concepções convergem em um ponto. Nos trabalhos de Rodrigues Ferreira, Firmino Santiago e Mattos Pitombo enxerga-se a naturalização da ideia de que doenças psíquicas poderiam ser causadas por lesões materiais. Sendo do domínio do delírio ou da demência, os sintomas mentais que eram produto destas lesões legitimavam a jurisdição da neuropsiquiatria sobre a enfermidade em questão – por alguns chamada de paralisia geral, por outros dividida entre “demência parálítica pura” e “loucura parálítica”. De qualquer modo, todas essas entidades eram reconhecidas como formas de alienação mental. Este reconhecimento se deu no momento em que a institucionalização do campo neuropsiquiátrico despontava e não pode ser desarticulado deste processo.

Apresentadas no início do presente capítulo, as mudanças ocorridas no campo neuropsiquiátrico brasileiro a partir de 1890 marcaram de modo decisivo seu processo de institucionalização. A desanexação do Hospício de Pedro II da Santa Casa da Misericórdia, que afastou as irmãs de caridade da instituição asilar. A criação da Assistência Médica e Legal de Alienados, a qual ficou a cargo do então diretor do Hospital Nacional e Catedrático de Clínica Psiquiátrica da FMRJ, Teixeira Brandão. E a inauguração do Pavilhão de Observação, espaço que serviria como a “porta de entrada” dos pacientes para o HNA, e onde passaram a ocorrer as aulas da disciplina. Tais eventos concretizaram-se como produto da força que adquiria a

¹⁶⁰ PITOMBO, E. A. M. **Da paralytia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 30.

retórica científica nos discursos da *intelligentsia* brasileira no alvorecer da República, refletindo-se na aquisição de mais poder por parte dos médicos especialistas dentro da principal instituição neuropsiquiátrica do país.

Em 1890, Caetano Pedro Duarte Nunes (?-?),¹⁶¹ defendeu seu trabalho de doutoramento intitulado “Da periencephalite, suas formas clínicas”. Logo no início da tese, Duarte Nunes posicionava-se de modo enfático a favor das teorias de Bayle:

Cabe ao ilustre Bayle a glória de haver considerado a paralisia geral uma entidade mórbida distinta. Foi ele quem primeiro reconheceu a similitude de causa entre as perturbações motoras e as desordens psíquicas, atribuindo-as a uma só e mesma moléstia [...].

A teoria de Bayle, estabelecendo a unidade da paralisia geral, veio revolucionar a ciência e dividiu os clínicos em duas escolas, que ainda hoje se apresentam em campo, embora uma delas se ache modificada por seus partidários, que, reconhecendo a identidade das lesões cerebrais em todos os doentes de paralisia geral, admitem entretanto que essas lesões podem se manifestar por sintomas diversos [...].¹⁶²

Duarte Nunes argumentava que as ideias defendidas pela escola dualista só faziam sentido se aplicadas à prática clínica, ou seja, em face à observação dos sintomas externos apresentados pelos pacientes. Segundo ele – e ao contrário do que advogava Mattos Pitombo, por exemplo – estudos histopatológicos já haviam demonstrado que as lesões encefálicas eram constantes e comuns a *todos* os paralíticos. Assim, as duas modalidades da doença defendidas pelos dualistas eram dependentes das mesmas lesões, apesar de suas características sintomáticas distintas – uma apresentava predominantemente delírios e a outra demência. O autor se colocava, desta forma, como partidário da escola unitarista, que enxergava a paralisia geral progressiva como uma doença “perfeitamente definida, evoluindo com seus caracteres próprios e apresentando-se sob tipos diferentes quanto à [sic] suas manifestações sintomáticas, porém perfeitamente semelhantes quanto à sua essência, [...] apresentando um fundo característico que a distingue das outras moléstias congêneres [...]”.¹⁶³

Quando discutia a melhor forma de denominar a doença, o autor discordava *de forma explícita* da denominação de paralisia geral progressiva. Duarte Nunes sublinhava que o termo “paralisia geral” fazia referência somente ao “estado em que geralmente terminam os doentes”,

¹⁶¹ Também encontrei poucas informações sobre Caetano Pedro Duarte Nunes. O médico foi Primeiro Tenente e membro da Diretoria do Clube Naval em 1895, atuando como 2º suplente do Diretor Interno da referida instituição, o Primeiro Tenente Francisco José Marques da Rocha (CALDAS, 1896: 289).

¹⁶² NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 7.

¹⁶³ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 8.

acreditando que a denominação mais adequada seria, portanto, “periencefalite crônica difusa”, clara referência à natureza das lesões orgânicas às quais eram atribuídas a doença. Mas endossava que o termo “demência paralítica [pura]”, proposto por Baillarger, fazia sentido do ponto de vista clínico: “De fato, seja qual for a natureza do delírio apresentado pelo doente, sempre o alienista descobre nele um fundo de demência [...]”. O médico afirmava que “por comodidade de linguagem” empregaria ao longo de seu trabalho o termo *mais usual* “paralisia geral dos alienados”. Assim, na perspectiva de Duarte Nunes, todos os referidos termos faziam alusão à mesma entidade nosológica.¹⁶⁴

Segundo o autor, muitos dos críticos à legitimidade da categoria da PGP argumentavam que as lesões encontradas em suas vítimas não eram exclusivas da doença, podendo ocorrer também em outras enfermidades mentais. Discordando de tal interpretação, Duarte Nunes explicava que ao se tratar das lesões microscópicas, havia algumas, “que apresentam nos doentes desta moléstia alguma coisa de especial [...]”.¹⁶⁵ O autor afirmava que “em *diversas* autópsias praticadas no Hospício Nacional de Alienados” havia observado um tipo específico dessas lesões, que envolvia a aderência da dura-máter ao crânio. Pode ser que o adjetivo “diversas” não represente a real frequência com que eram realizados tais procedimentos no HNA – já que Duarte Nunes reporta, no final de sua tese, apenas uma observação em que há registros da realização da autópsia. Ainda assim, este fato subsidia a ideia de que, durante as últimas décadas do oitocentos, a relação entre o Hospital Nacional de Alienados e a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro vinha se estreitando. Além disso, sugere que as condições precárias das instalações do HNA não impediam que ao menos alguns dos internos que iam a óbito fossem autopsiados.

Vale ressaltar que as autópsias não eram realizadas nos corpos de quaisquer pacientes internados no HNA (ENGEL, 2001; MESSAS, 2008). Os cadáveres daqueles pertencentes à categoria de gratuitos poderiam ser autopsiados pelos médicos da instituição, diferentemente dos pensionistas – admitidos através de pagamento feito por familiares ou pelo Estado, no caso de militares, por exemplo (ENGEL, 2001). Nos corpos dos últimos, a autópsia só poderia ser realizada “com o prévio consentimento das famílias”.¹⁶⁶ Das cinco observações apontadas por

¹⁶⁴ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 11.

¹⁶⁵ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 19.

¹⁶⁶ BRASIL. Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890. Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 1333, fasc. 6º; arts. 19 e 75. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020; BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal. **Diário Oficial da União**, Rio de

Duarte Nunes no final de sua tese, três se referem a pacientes falecidos. Destes, foi submetido à autópsia somente “E. A. V, *pardo*, brasileiro, 30 anos, solteiro, *cocheiro*, entrou para o Hospício Nacional, em 27 de junho de 1890”. Nos registros referentes aos outros dois falecidos, um *militar* e um *magistrado*, ambos, brasileiros, *brancos*, não há evidências de que seus corpos tenham sido autopsiados.¹⁶⁷

Como apontei anteriormente, a discussão sobre a inconstância das manifestações psíquicas da paralisia geral progressiva conduziu à diferenciação da doença em diversas formas clínicas. Essas “formas” seriam capazes de abranger quadros identificados como de PGP que não apresentavam o característico delírio de grandezas expansivo. Segundo alguns médicos, tais manifestações dessemelhantes eram dependentes das mesmas lesões e, por isso, refletiam “variedades” da mesma enfermidade. Na paralisia geral “galopante” ou “super aguda”, o doente não gozava de muito tempo de vida, uma vez que seus sintomas pioravam significativamente em um curto intervalo. Duarte Nunes associava a rápida evolução desses sintomas ao agravamento repentino das lesões responsáveis pela PGP. A forma maníaca, considerada mais frequente, era caracterizada pelos delírios de grandeza e grande agitação. Essa podia se combinar com a forma melancólica, na qual o doente manifestava comportamento deprimido e estado de letargia, em uma variedade chamada “alternante” ou “paralisia geral de dupla forma”.¹⁶⁸

A variedade espinhal era rara e caracterizada por lesões medulares e ataxia locomotora.¹⁶⁹ Porém, alguns autores não acreditavam na existência desta última forma da PGP e associavam tais sintomas a uma outra moléstia denominada “ataxia locomotora progressiva” – mais tarde chamada de *tabes dorsalis*, em alusão às lesões medulares típicas do quadro em questão. Entretanto, na opinião de Duarte Nunes tal forma existia e nela os sintomas psíquicos eram brandos, fazendo-se mais patentes os relacionados a problemas na medula. O médico explicava que alguns estudiosos se referiam a esta forma da PGP como “paralisia geral sem

Janeiro, DF, seção 1, p. 12360; art. 176. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

¹⁶⁷ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 56, grifos meus.

¹⁶⁸ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 54.

¹⁶⁹ O termo “ataxia” remete à perda da coordenação nos movimentos musculares voluntários. Contudo, no período aqui analisado, o termo “ataxia locomotora” tornou-se um sinônimo de “*tabes dorsalis*”, doença que viria a ser descrita na década de 1840, especialmente, por trabalhos desenvolvidos nos círculos alienistas germânicos. A *tabes dorsalis* assumiu um enquadramento similar ao da paralisia geral, com exceção para a manifestação dos delírios e da demência, considerados incomuns na última. Por isso, na Grã-Bretanha, por exemplo, a maior parte dos estudos acerca desta enfermidade foram desenvolvidos pelo campo da neurologia que, neste momento, se tornava independente da psiquiatria (HURN, 1998: 57-113). Posteriormente, a *tabes dorsalis* também seria considerada uma forma de sífilis do sistema nervoso.

alienação”, o que, para ele, fazia nenhum sentido, já que “os sintomas psíquicos existem sempre, embora pouco acentuados. Parece-nos impossível compreender a periencefalite sem perturbações no estado mental [...]”.¹⁷⁰ Por fim, na variedade demente, dita mais comum em mulheres – o que discutirei a seguir – predominava a demência. Os delírios, quando presentes, manifestavam-se de forma mínima. A querela entre dualistas e unitaristas resolveu-se, nos campos médicos nacionais e internacionais, basicamente, através da criação de modalidades da PGP em que ou os delírios estariam ausentes, ou em que esses seriam muito brandos. Sobre a “demência parálitica (pura)”, Duarte Nunes ponderava: “parece-nos preferível considerá-la uma variedade clínica da periencefalite, do que uma modalidade mórbida diferente da paralisia geral com delírio expansivo ou depressivo [...] porquanto a essência da moléstia é sempre um estado demente [...]”.¹⁷¹

João Pedro de Albuquerque (1874-1934)¹⁷² afirmava, em sua tese “Da paralyssia geral dos alienados: seu histórico e suas causas” (1896), que “o dualismo de há muito *devia ser banido completamente* pelos que se dedicam a estudos sobre paralisia geral”.¹⁷³ Visão similar é identificada em posições defendidas após a publicação de Albuquerque.¹⁷⁴ Henrique Roxo,¹⁷⁵ por exemplo, em suas aulas professadas durante o ano de 1905, afirmava que “A paralisia geral é a afecção da especialidade que vos leciono, que tem seu *abstractum* anatomopatológico

¹⁷⁰ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 54.

¹⁷¹ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 53.

¹⁷² João Pedro de Albuquerque atuou no Serviço de Profilaxia Específica da Febre Amarela na Capital Federal, em 1905, e, cinco anos depois, na Comissão de Profilaxia da Febre Amarela em Belém (PA). Compôs uma das expedições realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz, entre 1911 e 1913, cujos objetivos eram mapear a incidência de doenças e as condições socioeconômicas das regiões Nordeste e Centro-Oeste do Brasil, percorrendo os estados do Ceará e do Piauí. João Pedro de Albuquerque foi 2º vice-presidente da Liga Pró-Saneamento do Brasil e Diretor do Serviço Marítimo e Fluvial durante as décadas de 1920 e 1930. Faleceu em 7 de junho de 1934, no Rio de Janeiro (D’ÁVILA, 2019; SANTOS; LOURENÇO, 2019).

¹⁷³ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 11, grifos meus.

¹⁷⁴ BRASIL, P. P. S. **Classificações em Psychiatria**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1909; ROXO, H. B. B. Paralyssia Geral Progressiva. 9ª aula – dada em 30 de Julho de 1905. In **Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905**. Rio de Janeiro: s/e, 1906a. pp. 98–107.

¹⁷⁵ Henrique de Brito Belford Roxo graduou-se na FMRJ em 1900. Já em 1898 e 1899, tornou-se interno do Hospital Nacional de Alienados e da Clínica Psiquiátrica e de Moléstias Nervosas da referida faculdade, respectivamente. O trabalho de doutoramento de Roxo continha forte inspiração das ideias de Wilhelm Wundt e de Emil Kraepelin. Em 1901, Roxo passou a Assistente de Clínica Psiquiátrica e, entre 1904 e 1907, assumiu o lugar de Márcio Nery como Lente Substituto da referida cátedra e Diretor do Pavilhão de Observação. Em 1911, após a morte de Nery, Roxo assumiu novamente as referidas funções. Em 1919, assumiu também como substituto da Cadeira de Clínica Neurológica. Em 1921, com a morte de Teixeira Brandão, tornou-se Catedrático Permanente de Clínica Psiquiátrica. De 1938 a 1946 foi Diretor do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Faleceu em 16 de fevereiro de 1969 (MATHIAS, 2017a).

conhecido com mais fundamento [...]”.¹⁷⁶ O Catedrático Interino de Clínica Psiquiátrica também dividia a doença em três períodos, destacando a importância da intervenção do médico especialista na fase inicial da mesma: “Atua ele [o paralítico] então sobre a sociedade em que vive, acarretando-lhes [sic] grandes danos [...]”.¹⁷⁷ Roxo também afirmava discordar de Baillarger sobre o dualismo da paralisia geral: “Não tem razão de ser. O delírio pode surgir em qualquer caso como um grau mais acentuado da evolução mórbida [...]”.¹⁷⁸ O professor dizia aos seus alunos que os quadros demenciais de origem sífilítica se diferiam do da paralisia geral progressiva, porque, ao contrário do último, cediam ao tratamento. Henrique Roxo é uma figura importante para o presente estudo, precisamente porque no início do novecentos substituiu Marcio Nery na regência interina da Cátedra de Clínica Psiquiátrica, o que significa que os estudantes de medicina eram instruídos acerca dos diferentes aspectos das doenças mentais a partir de suas ideias (MATHIAS, 2017a). Voltarei à figura de Roxo adiante.

Durante a primeira década do século XX, muitos autores passaram a ignorar os debates sobre as teorias dualista e unitarista, tomando por estabelecido que a paralisia geral progressiva se constituía como entidade nosológica única. Assim, as teses de Antônio Carlos Penafiel (1904) e José Ataliba Ferraz de Sampaio (?-?) (1910),¹⁷⁹ bem como a conferência e o artigo publicados por Juliano Moreira e Afrânio Peixoto (1906), e por Moreira e Penafiel (1907), por exemplo, têm seu foco orientado predominantemente para as discussões relacionadas às causas da PGP, sua incidência no Brasil e às diferentes formas da doença e de seu diagnóstico, como discutirei à frente.¹⁸⁰ Apesar das discussões acerca das lesões orgânicas e dos sintomas específicos da paralisia geral progressiva perdurarem no final do século XIX e início do XX, a

¹⁷⁶ ROXO, H. B. B. Paralysis Geral Progressiva. 9ª aula – dada em 30 de Julho de 1905. In **Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905**. Rio de Janeiro: s/e, 1906a, p. 100.

¹⁷⁷ ROXO, H. B. B. Paralysis Geral Progressiva. 9ª aula – dada em 30 de Julho de 1905. In **Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905**. Rio de Janeiro: s/e, 1906a, p. 100.

¹⁷⁸ ROXO, H. B. B. Paralysis Geral Progressiva. 9ª aula – dada em 30 de Julho de 1905. In **Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905**. Rio de Janeiro: s/e, 1906a, p. 99.

¹⁷⁹ Poucas também foram as informações encontradas sobre o médico José Ataliba Ferraz de Sampaio, natural do estado de São Paulo. Em 1916, foi nomeado como Assistente da Cadeira de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. No mesmo ano, participou da comissão organizadora do Primeiro Congresso Médico Paulista (FONSECA; VARELA; VELLOSO; MADUREIRA, s/d; SILVA, 2003).

¹⁸⁰ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralytia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

existência das primeiras e sua relação com os sintomas clínicos e mentais da doença não foram objetos de questionamento. Assim, no final do oitocentos a PGP emergia como uma enfermidade de contornos *mais ou menos* estáveis, amplamente reconhecida pelo campo neuropsiquiátrico carioca. É importante pontuar que tais dissensos apenas mobilizavam, ainda mais, a atenção dos doutos para esta controvérsia científica.

As fontes analisadas evidenciam que a caracterização clínica da PGP no referido período organizou-se circunscrevendo o seguinte conjunto de sintomas principais: delírios; distúrbios na fala e na escrita; tremores nas extremidades dos dedos das mãos e na língua; alterações pupilares e problemas no andar. A forma e intensidade assumidas por esses sintomas variavam de paciente para paciente, orientando a forma da doença na qual seria enquadrado o indivíduo – se expansivo (ou maníaco), hipocondríaco, melancólico, galopante ou demente. A maioria dos casos era reportada em homens brancos de classes altas, entre os 30 e os 45 anos. Contudo, o contexto do pós-abolição e de advento do regime republicano testemunhou alterações no “perfil do paralítico”. Suas fronteiras se expandiram, passando a abarcar também as mulheres pobres, as pessoas de cor e os mais jovens, como discutirei adiante.¹⁸¹

Apesar de ter conquistado “lugar seguro” como quadro nosológico único e autônomo, as controvérsias sobre a caracterização e o diagnóstico da PGP perduraram durante a primeira década do novecentos. Os delírios, por exemplo, continuavam a ser objeto de debate. Apesar de não-exclusivos da PGP, eram considerados, de modo consensual, como uma das melhores evidências da presença da enfermidade, mas desde que se manifestassem ao lado de outros sinais, a exemplo da paralisia. Essa também era considerada comum a outras doenças mentais, mas muito representativas da paralisia geral. Assim, o círculo neuropsiquiátrico carioca continuou a defender que a identificação da doença era possível apenas a partir da observação de um *conjunto* de sintomas.¹⁸² O tipo considerado mais comum de delírio continuava a ser o

¹⁸¹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 9; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 14; PINTO, B. Clinica psiquiatrica - o delírio de grandesas. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 7, fev. 1894, pp. 49–50; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

¹⁸² MONTYEL, M. E. Pathologia mental. O diagnostico differencial entre a paralyssia geral e o saturnismo paralytico. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, ano XII, n. 15, 16 e 19, abr. e mai. 1898, pp. 132–133; pp. 138–140; pp. 166–168; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911; NERY, M. A Loucura Alcoolica e seu tratamento. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1, jan. 1893a, pp. 2–3; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de

de grandeza, associado à forma expansiva ou maníaca da doença. Entretanto, paralíticos também poderiam apresentar delírios de natureza melancólica, nos quais predominava um estado depressivo, geralmente com tendências suicidas, que caracterizavam a forma homônima da PGP. O tipo hipocondríaco era identificado em doentes que se acreditavam desprovidos de órgãos vitais, ou que afirmavam o mal funcionamento dos mesmos – havia, ainda, os que se diziam cegos ou até mesmo mortos.

As perturbações do movimento eram, também, objeto de debate. Marcio Nery (1865-1911),¹⁸³ por exemplo, afirmava que, na paralisia geral, “forma clínica de alienação mental em que se encontra a maior soma de perturbações motoras”, os tremores seriam um dos sintomas mais precoces, destacando os que ocorriam na face, na língua e nos membros superiores.¹⁸⁴ Os debates sobre a presença de uma ataxia verdadeira também perduraram. Alguns acreditavam que os problemas motores que acometiam paralíticos eram de origem atáxica, ou seja, o doente não perdia sua força muscular, mas sua capacidade de *coordenar* os movimentos. Ao contrário do que era descrito para a paralisia enquanto sintoma, os distúrbios motores de origem atáxica tinham sua causa em alterações encefálicas. Assim, ao mesmo tempo em que se promovia a reafirmação da relação de causa e efeito entre a lesão material e os sintomas motores da PGP, diferenciava-se, em termos de origem, um de seus sintomas mais patentes – a paralisia – de manifestações similares ocorridas em outros quadros mentais.¹⁸⁵

No que diz respeito ao prognóstico e possibilidades de tratamento da PGP, alguns autores opunham-se a aceitar sua incurabilidade *latu sensu*, defendendo que uma remissão poderia ocorrer, se o doente recebesse cuidados durante a fase inicial da PGP. Tais cuidados resumiam-se em isolar o paciente (de preferência em uma instituição especializada), evitando qualquer estímulo que lhe causasse excitação, como o calor e as viagens. Era preciso também manter a higiene do enfermo e administrar banhos mornos, compressas frias na região da

Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 14; PINTO, B. Clínica psiquiátrica - o delírio de grandesas. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano VIII, n. 7, fev. 1894, pp. 49–50.

¹⁸³ Márcio Philaphiano Nery nasceu em Manaus (AM). Kursou medicina na FMRJ, diplomando-se em 1890 e recebendo o incentivo de Teixeira Brandão para que prestasse o concurso para médico do Hospício, no qual foi aprovado. Em 1903, Teixeira Brandão foi eleito Deputado Federal e transferiu para Nery a regência da Cátedra de Clínica Psiquiátrica. Em 1904, Márcio Nery passou a Diretor Geral de Saúde Pública em Manaus, deligando-se temporariamente dos cargos que ocupava. Três anos depois, retornou ao Rio de Janeiro, reassumindo seus postos até 1911, quando faleceu (MATHIAS, 2017a: 38-40).

¹⁸⁴ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, pp. 11–13; NERY, M. Clínica psiquiátrica – Valor semeiológico das perturbações do movimento entre os alienados. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 37, n. 38 e n. 40, out. 1893b, pp. 307–309; pp. 315–317; pp. 331–333, p. 308.

¹⁸⁵ NERY, M. Clínica psiquiátrica – Valor semeiológico das perturbações do movimento entre os alienados. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 37, n. 38 e n. 40, out. 1893b, pp. 307–309; pp. 315–317; pp. 331–333, p. 315; SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, pp. 43–45.

cabeça, purgativos e medicamentos abrasivos, que, acreditava-se, atenuavam os sintomas. Para controlar os ataques de excitação, fazia-se uso da *digitalis*,¹⁸⁶ da ergotina,¹⁸⁷ do ópio, do hidrato de cloral (cujo princípio ativo é hipnótico e sedativo), entre outras substâncias.¹⁸⁸

Mattos Pitombo, estudante cujo trabalho foi acima mencionado, por exemplo, afirmava: “Não resta dúvida que é grande o perigo consentido a estada destes indivíduos nos seios familiares, não só porque podem cometer atos indecorosos e mesmo praticarem crimes, como também por encontrarem com muita facilidade meios de suicídio [...]”.¹⁸⁹ O autor frisava que, uma vez institucionalizado, o indivíduo poderia “ser submetido a um tratamento médico regular ao qual [sic] nunca poderá ser feito fora dos asilos próprios, porque estes possuem não só empregados instruídos para esse mister, como também certos aparelhos [...]”.¹⁹⁰ Contudo e sem especificá-los, admitia que os tratamentos até então administrados por ele não haviam produzido resultados muito significativos, restando pôr em prática medidas paliativas, como as supracitadas.¹⁹¹ Com relação também a este assunto, Duarte Nunes condenava as sangrias e não acreditava no poder salutar dos banhos gelados, aconselhados pelo médico francês Auguste Voisin.¹⁹²

Em artigo de 1901 sobre a clinoterapia,¹⁹³ tratamento também utilizado em casos de PGP, o então professor substituto da Faculdade de Medicina da Bahia, Juliano Moreira, afirmava discordar do niilismo terapêutico manifestado por alguns neuropsiquiatras. No longo trabalho, o autor explicava minuciosamente a viabilidade da aplicação do tratamento em questão, explicitando que sua eficácia terapêutica residia na prevenção da exposição dos neurônios do doente a situações de excitação e desequilíbrio, provocadas pelo ambiente e que geralmente pioravam seu estado mental. Segundo Moreira, certos médicos enxergavam ainda outros benefícios da clinoterapia no tratamento da PGP (ao menos em seus estágios iniciais),

¹⁸⁶ *Digitalis* é um gênero de plantas do faz parte a *Digitalis purpurea*, utilizada para fins medicinais por conter uma substância conhecida como digitalina, tônico cardíaco empregado no tratamento de arritmias.

¹⁸⁷ A ergotina caracteriza-se como uma substância química, retirada de fungos que vivem no centeio, capaz de provocar contrações musculares.

¹⁸⁸ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 38–40.

¹⁸⁹ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 38.

¹⁹⁰ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 38.

¹⁹¹ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 38–39.

¹⁹² NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, pp. 67–68.

¹⁹³ A clinoterapia consistia em um método terapêutico baseado no repouso absoluto. É importante ressaltar que sua utilização em instituições de cuidados aos alienados envolvia, muitas vezes, o ato de amarrar o indivíduo ao seu leito.

como o controle da pressão arterial e da temperatura. Assim, o tratamento seria útil na prevenção de convulsões e em pacientes que manifestavam confusão e agitação.¹⁹⁴

Os posicionamentos assumidos por Duarte Nunes e Juliano Moreira evidenciam o uso crítico que os médicos faziam de certos tratamentos disponíveis. Por crítico não me refiro a preocupações acerca do potencial sofrimento do(a) paciente quando submetido(a) a determinada terapêutica. As fontes consultadas são lacônicas no tocante à vivência desses indivíduos. Mas intento demonstrar que tais práticas terapêuticas eram aplicadas a partir de questionamentos e avaliações de sua eficácia, baseados em observações *próprias*, ou seja, não derivavam de uma apropriação puramente fomentada pela leitura das publicações estrangeiras.¹⁹⁵ Os médicos cujos trabalhos são aqui explorados eram partidários de uma lógica científica, que regia os princípios das práticas terapêuticas, evidenciando que as mesmas não consistiam *apenas* em uma forma de controle.

Gostaria de remeter-me novamente, às considerações de Ortega (2009) em artigo referido no capítulo anterior. Noto, na forma como Juliano Moreira explica sua lógica científica ao tratar da clinoterapia, uma reformulação e um refinamento do entendimento das vias mentais materiais através das quais o tratamento moral exerceria seu efeito salutar sobre o doente. Ao afirmar que tal prática contribuía para que “voltem ao estado normal as mutações nutritivas dos neurônios”, provocadas pelo ambiente nocivo em que o(a) doente se encontrava, identifico que Moreira também se reapropriava do tratamento moral, enquadrando a forma de explicar seu mecanismo a partir de uma moldura mais neurológica e organicista.¹⁹⁶ Considero, assim, que tal posicionamento consiste em mais uma evidência das tentativas neuropsiquiátricas de articular sua *praxis* terapêutica a referenciais materiais. Tal processo ganhou contornos mais definidos a partir de 1903, quando Moreira assumiu como diretor do Hospital Nacional de Alienados do DF. Falemos, assim, sobre alguns dos elementos que marcaram o processo de edificação da visão de Juliano Moreira (e de muitos dos médicos formados por ele) sobre a loucura, e sua articulação com a emergência de uma neuropsiquiatria que pretendia ter estatuto científico, equiparada às demais especialidades médicas.

¹⁹⁴ MOREIRA, J. Clínica psiquiátrica. A difusão da clinoterapia no tratamento das psychoses. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano XV, n. 19, n. 27 e n. 28, mai. e jul. 1901, pp. 179–183; pp. 261–265; pp. 271–274, pp. 271–274.

¹⁹⁵ MOREIRA, J. Clínica psiquiátrica. A difusão da clinoterapia no tratamento das psychoses. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano XV, n. 19, n. 27 e n. 28, mai. e jul. 1901, pp. 179–183; pp. 261–265; pp. 271–274, pp. 271–274; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, pp. 67–68.

¹⁹⁶ MOREIRA, J. Clínica psiquiátrica. A difusão da clinoterapia no tratamento das psychoses. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, ano XV, n. 19, n. 27 e n. 28, mai. e jul. 1901, pp. 179–183; pp. 261–265; pp. 271–274, pp. 271–274, p. 262.

2.3 “O INCONTESTE PROGREDIR DA PARALISIA GERAL DOS ALIENADOS” NO BRASIL

Como já mencionado, a paralisia geral progressiva continuou a mobilizar de modo significativo a atenção dos neuropsiquiatras que atuavam no Rio de Janeiro durante a virada entre os séculos XIX e XX. Entretanto, curioso é que, inicialmente, de acordo com os próprios médicos, a doença vitimava um número reduzido de pessoas no Brasil, se comparado a outros países, como a Grã-Bretanha, a França e a Alemanha.¹⁹⁷ Durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, ocorrido em 1888, na ainda chamada “Corte”, em comunicação intitulada “Causas que concorrem para a pouca frequencia da paralyssia geral no Brazil, João Carlos Teixeira Brandão” defendeu que a doença era rara no país, não excedendo 1,5% das internações em nossos asilos.¹⁹⁸

O médico argumentava, entretanto, que suas conclusões se baseavam *apenas* em observações recolhidas em *hospitais* e, assim, pedia a seus colegas que reportassem quaisquer casos de paralisia geral que encontrassem em seus consultórios. Teixeira Brandão não deixava de reconhecer que ainda eram numerosas as controvérsias acerca da patogenia e do diagnóstico da PGP. Consequentemente, as dificuldades relacionadas ao reconhecimento da doença prejudicavam a elaboração de estatísticas de sua incidência. Entre setembro de 1883 e agosto de 1888, o catedrático de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro observou 11 paralíticos entre os 670 doentes que “passaram pelo hospício de Pedro II e hospital S. João Baptista de Niterói” – o que correspondia a 1,64% do total de pacientes internados.¹⁹⁹ Já Carlos Eiras, havia examinado um número maior de doentes em sua casa de saúde. De 1880 a 1888 identificou 34 paralíticos entre os 610 enfermos que lá se “recolheram” – percentual

¹⁹⁷ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896; BRANDÃO, J. C. T.; EIRAS, C. Causas que concorrem para a pouca frequencia da paralyssia geral no Brazil. In **Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. 2ª sessão ordinária, Presidência do Sr. Dr. Hilário de Gouvêa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889, pp. 20–21; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904; SODRÉ, A. A. A. Frequencia da tabes dorsalis no Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, anno XVIII, n. 18, 1904, pp. 175–178.

¹⁹⁸ BRANDÃO, J. C. T.; EIRAS, C. Causas que concorrem para a pouca frequencia da paralyssia geral no Brazil. In **Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. 2ª sessão ordinária, Presidência do Sr. Dr. Hilário de Gouvêa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889, pp. 20–21.

¹⁹⁹ BRANDÃO, J. C. T.; EIRAS, C. Causas que concorrem para a pouca frequencia da paralyssia geral no Brazil. In **Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. 2ª sessão ordinária, Presidência do Sr. Dr. Hilário de Gouvêa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889, pp. 20–21, p. 21.

referente a 5,57% do total de pacientes internados. Tal discrepância foi abordada por Caetano Duarte Nunes em sua tese de 1890:

O ilustrado professor [Teixeira Brandão], apoiando-se em suas observações, é de opinião que a moléstia é pouco frequente entre nós e explica este fato por ser pouco renhida a luta pela existência, não se gastando, pois, em larga escala as energias cerebrais [...]. O Sr. Dr. Carlos Eiras, observando em sua casa de saúde de Botafogo, onde naturalmente se recolhem de preferência os doentes das classes elevadas, notou por isso, diz ele, maior número de casos, entretanto é da mesma opinião que o Sr. Dr. Teixeira Brandão.²⁰⁰

Assim, o médico atribuía a divergência entre os dados do HNA e da Casa de Saúde Dr. Eiras, às diferenças no perfil socioeconômico dos pacientes que eram mais numerosos em cada uma das duas instituições. Voltarei a isso adiante.

Já o estudante João Pedro de Albuquerque (1896) apresentou em seu trabalho de doutoramento as seguintes estatísticas referentes aos diagnósticos de paralíticos internados no “Hospício Nacional de Alienados”, entre 1890 e 1896, e aqueles que deram entrada no Pavilhão de Observação, entre 1894 e 1896:²⁰¹

Fonte: ALBUQUERQUE, J. P. Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 30-33.

Diagnósticos de paralisia geral progressiva no “Hospício Nacional de Alienados” entre 1890 e 1896

| Ano | Número de entradas | Número de paralíticos | Porcentagem de paralíticos |
|------|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1890 | 498 | 4 | 0,86% |
| 1891 | 302 | 10 | 3,3% |
| 1892 | 610 | 10 | 1,63% |
| 1893 | 510 | 10 | 1,9% |
| 1894 | 282 | 5 | 1,7% |
| 1895 | 204 | 2 | 0,98% |
| 1896 | 32 | 1 | 3,1% |

Fonte: ALBUQUERQUE, J. P. Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 30-33.

Diagnósticos de paralisia geral progressiva no Pavilhão de Observação entre 1894 e 1896

| Ano | Número de entradas | Número de paralíticos | Porcentagem de paralíticos |
|------|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1894 | 424 | 7 | 1,6% |
| 1895 | 502 | 14 | 2,7% |
| 1896 | 480 | 16 | 3,3% |

²⁰⁰ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 13.

²⁰¹ O provável motivo para a diferenciação entre ambas as instituições, a partir de 1894 (ano em que o Pavilhão de Observação começa a registrar seus primeiros pacientes), consiste no fato de que muitos doentes que davam entrada no PO não eram internados no HNA, recebendo alta depois de observados (MATHIAS, 2017a).

Logo depois de exibir tais estatísticas, Albuquerque afirmava que:

O primeiro fato que devemos deixar consignado é o *incontestemente progredir da paralisia geral dos alienados*; as estatísticas são em quase sua maioria acordes em afirmar esse postulado; para a Europa sobretudo o fato é evidente.²⁰²

Albuquerque também mencionava que os poucos dados existentes, conjugados ao reduzido número de instituições próprias para os cuidados dos alienados no país, impediam que se averiguasse o aumento do número de diagnósticos da paralisia geral em território nacional. No entanto, o médico defendia que a incidência da doença vinha subindo nas regiões fluminense e paulista.

Também em sua tese de doutoramento, Antonio Carlos Penafiel (1886-1960)²⁰³ afirmava ter construído suas estatísticas com base em dados colhidos no Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados e em “asilos congêneres desta capital e dos estados”, entre 1889 e 1904. Segundo o autor, o DF era um território que possuía “condições sociais próprias” para a emergência da paralisia geral, a qual “dia a dia, aumenta sensivelmente”.²⁰⁴ Veremos adiante que, por “condições sociais próprias”, Penafiel referia-se, sobretudo, aos maus hábitos e aos excessos de trabalho advindos dos processos de civilização pelos quais passavam diferentes cidades do mundo, incluindo o Rio de Janeiro. O médico priorizou seus números por acreditar serem os “mais completos” até então organizados no Brasil. Penafiel criticava os fornecidos por Albuquerque, afirmando que “indo estudar onde ele foi buscar seus elementos, não verifiquei, quase em todos os seis anos [apresentados por Albuquerque], coincidência certa com os números, hoje estampados por mim”.²⁰⁵ E apresentou o seguinte quadro:

²⁰² ALBUQUERQUE, J. P. Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 33, grifos meus.

²⁰³ Antonio Carlos Penafiel nasceu em Porto Alegre. Depois de graduar-se na FMRJ, além da clínica, também exerceu atividades como o jornalismo e o magistério. Em 1911, participou da fundação do jornal *O Diário*, de Porto Alegre, tornando-se seu primeiro diretor. Três anos depois, assumiu o mesmo posto no jornal *A Federação*, órgão do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), do qual Penafiel fazia parte. Foi membro titular do Conselho Executivo e da Seção de Serviços Sociais e Legislação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Penafiel ocupou o cargo de Catedrático de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e foi professor de química orgânica na Faculdade de Engenharia da mesma cidade. Em 1917, tornou-se Deputado Estadual, renunciando ao posto em 1918, para assumir como Deputado Federal, pelo estado do Rio Grande do Sul. Representou o PRR em diversas legislaturas, até 1930, quando teve seu mandato interrompido por conta do golpe. Penafiel também foi médico da Polícia Judicial e do Hospital São Pedro (Porto Alegre). O médico inseriu-se nas discussões sobre as possibilidades de intervenção da higiene mental no mundo do trabalho. Faleceu em 29 de junho de 1960 (CARVALHO, 1999; FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010; LOPES; NOLL, s/d).

²⁰⁴ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 8–9.

²⁰⁵ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 14.

Fonte: PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 14.

Diagnósticos de paralyisia geral progressiva no “Hospício Nacional de Alienados” entre 1889 e 1904

| Ano | Número de entradas | Número de paralíticos | Porcentagem de paralíticos |
|------|--------------------|-----------------------|----------------------------|
| 1889 | 93 | 5 | 5,3% |
| 1890 | 498 | 6 | 1,2% |
| 1891 | 302 | 11 | 3,6% |
| 1892 | 610 | 12 | 1,9% |
| 1893 | 510 | 11 | 2,1% |
| 1894 | 706 | 17 | 2,4% |
| 1895 | 706 | 18 | 2,5% |
| 1896 | 665 | 17 | 2,5% |
| 1897 | 742 | 27 | 3,6% |
| 1898 | 875 | 17 | 2,1% |
| 1899 | 714 | 16 | 2,2% |
| 1900 | 615 | 14 | 2,2% |
| 1901 | 641 | 13 | 2,0% |
| 1902 | 643 | 35 | 5,4% |
| 1903 | 717 | 23 | 3,2% |
| 1904 | 552 | 17 | 3,0% |

Fonte: PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 19.

Diagnósticos de paralyisia geral progressiva em outras instituições brasileiras para alienados entre 1889 e 1903

| Período | Instituição | Fornecimento dos dados | Número de entradas | Porcentagem de paralíticos |
|-----------|------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|
| 1888-1903 | Casa de Saúde Dr. Eiras | Dr. Carlos Eiras | 1.091 | 4,3% |
| 1894-1902 | “Hospício público de São Paulo” | Dr. Franco da Rocha | Aproximadamente 2.000 | 4,1% |
| 1884-1903 | “Hospício público de Porto Alegre” | Drs. Francisco Dias de Castro e Tristão Torres | Maior do que 1.000 | 3% |

Contudo, Penafiel também destacava as dificuldades em se estabelecer números confiáveis para a incidência da paralyisia geral progressiva no HNA:

De 1889 para trás, não há organização do arquivo clínico deste estabelecimento. Tudo é insuficiente e cheio de obscuridades, de sorte a não corresponder aos meus desejos. Mesmo nos primeiros anos que se seguem aquele encontrei falhas no registro das observações, pelo menos quanto aos paralíticos.²⁰⁶

Como é possível entrever nas falas de Albuquerque e Penafiel, na virada do século XIX para o século XX, as mudanças ocorridas na Assistência Médica e Legal de Alienados ainda se encontravam aquém das expectativas dos médicos, gerando debates e apelos ao poder público,

²⁰⁶ PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 12.

especialmente por parte de seu primeiro diretor, Teixeira Brandão (ENGEL, 2001: 282). As demandas médicas culminaram na elaboração de um projeto de lei por parte do Deputado Gonçalves Ramos, que foi apresentado à Câmara em 1896 – mesmo ano no qual se doutorou Albuquerque. As discussões parlamentares sobre tal projeto se estenderam por anos e foram intermitentes, tendo como fios condutores, sobretudo, as queixas de Brandão e dos diretores que o substituíram. Tais queixas denunciavam principalmente os problemas de superlotação, de insalubridade, de convivência entre doentes, além da suposta ineficácia dos meios terapêuticos disponíveis. Não havia separação, por exemplo, entre adultos e crianças e entre pacientes portadores de tipos e em estágios distintos de sofrimento mental (ENGEL, 2001: 282).

Em 1903, Teixeira Brandão foi eleito deputado, tendo como sucessor no cargo de diretor do HNA o médico baiano Juliano Moreira (1873-1933).²⁰⁷ Em 16 de julho de 1903, logo que assumiu o posto, Moreira escreveu um ofício ao Ministro do Interior propondo medidas para melhorar a assistência prestada aos alienados no país, como, por exemplo, a elaboração de uma lei de assistência e reformas na infraestrutura e organização do HNA. Moreira destacava a importância dos laboratórios, principalmente no processo de diagnóstico das doenças mentais. Além disso, solicitava a criação de cargos para médicos especialistas, como o de pediatra, cirurgião-ginecologista e oftalmologista. Acrescentava, ainda, que os laboratórios bioquímico e anatomopatológico do HNA deveriam ser dirigidos por técnicos competentes (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013). Por solicitação do então Presidente da República, Rodrigues Alves, neste mesmo ano, os debates sobre o projeto de lei de 1896 foram retomados. Aprovada pelo Decreto n. 1.132 de 22 de dezembro de 1903,²⁰⁸ a primeira lei de assistência a

²⁰⁷ Juliano Moreira nasceu em Salvador. Um ano depois de diplomado, trabalhou como Médico Sanitarista Comissionado, designado pela Inspetoria de Higiene da Diretoria Nacional de Saúde Pública, na cidade de Jacobina (BA), permanecendo no cargo em questão por menos de um ano. Regressando a Salvador, o médico começou a atender pacientes particulares e atuar na Santa Casa da Misericórdia, mais precisamente no Hospital Santa Izabel, onde permaneceu até 1895. Posteriormente, também atuou no Asilo São João de Deus, entre 1898 e 1902. Em 1893, foi nomeado Assistente da Cadeira de Psiquiatria e Moléstias Nervosas da FMBA. As aulas práticas da cadeira aconteciam no Asilo de Alienados da Santa Casa e Moreira permaneceu como assistente até 1894, quando fora nomeado Preparador de Anatomia Cirúrgica, cargo similar ao de Assistente, mas que “era remunerado e tinha como função básica ajudar o catedrático, sobretudo nas aulas práticas” (JACOBINA, 2019: 38-39). Em 1896, foi aprovado no concurso para o cargo de Lente Substituto da Cadeira de Moléstias Nervosas e Mentais, na qual permaneceu até 1903. Neste ano, mudou-se para o Rio de Janeiro, para atuar como diretor do HNA e, posteriormente, também da Assistência Médica e Legal aos Alienados. O médico também fez incursões à Europa, a fim de conhecer mais de perto como eram as dinâmicas da assistência aos insanos em países como a Grã-Bretanha, a Bélgica e a Alemanha. Permaneceu como diretor da AMLA (em 1927, rebatizada de Serviço de Assistência a Psicopatas) até 1930. Faleceu em 2 de maio de 1933, em Petrópolis (RJ), vítima de tuberculose (MUÑOZ, 2015).

²⁰⁸ BRASIL. Decreto n. 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, DF, seção 1, p. 5853. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

alienados tinha como um de seus objetivos a padronização das dinâmicas de assistência àqueles considerados “loucos” no Brasil (ENGEL: 2001: 259-260).

Moreira ficou no cargo de diretor do Hospital Nacional e da Assistência Médica e Legal de Alienados até 1930. Além de carrear reformas nas instituições em questão, também participou da fundação do primeiro periódico especializado em veicular trabalhos acadêmicos sobre as doenças mentais, os *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins* (ABPNSA). Em 1905, Moreira criou a referida revista em parceria com Afrânio Peixoto, com o intuito não somente de divulgar produções nacionais sobre o tema em questão, mas também de estimular a produção de estudos brasileiros “acurados” sobre os indivíduos considerados portadores de enfermidades mentais. Além disso, para seus fundadores, o periódico auxiliaria a divulgação internacional dos trabalhos brasileiros e viabilizaria o recebimento de publicações estrangeiras “de inestimável valor”. De fato, os *Archivos Brasileiros...* permitiram o intercâmbio de revistas do mesmo gênero editadas em países latino-americanos, europeus, norte-americanos e asiáticos (FACCHINETTI; CUPELLO; EVANGELISTA, 2010: 528).

A pretendida aproximação de Moreira com a produção acadêmica internacional, bem como a divulgação dos trabalhos de médicos brasileiros nos círculos (neuro)psiquiátricos estrangeiros, refletia-se, também, nos investimentos de apresentação e publicação de trabalhos em eventos e periódicos internacionais. Em conferência dada com Peixoto no XV Congresso Internacional de Medicina, que ocorreu em Lisboa, em 1906, Moreira afirmava junto a seu colaborador: “Em relação à paralisia geral, dois fatos devem ser observados: um é o menor número de casos entre nós [...] contrariamente ao que se observa em certos países da Europa e em certos Estados da América do Norte; o outro é a progressão crescente, a cada ano, desta afecção no Brasil”.²⁰⁹ Os autores reportavam que entre 1889 e 1904 foram admitidos no Hospital Nacional de Alienados 9.609 alienados, tendo 266 recebido o diagnóstico de PGP, ou seja, uma porcentagem de 2,76% (próxima àquela apresentada na tese de Penafiel). Já para a Casa de Saúde do Dr. Eiras, dos 1.091 pacientes admitidos entre 1889 e 1903, 4,3% foram considerados acometidos pela doença.²¹⁰ Em artigo veiculado pelo periódico britânico *Journal of Mental Sciences*, Juliano Moreira e Penafiel reapresentaram estas estatísticas, atribuindo os

²⁰⁹ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 803.

²¹⁰ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 803.

baixos números de pacientes com PGP aos potenciais erros de diagnóstico e ao fato de que muitas famílias optavam por tratar seu “parente afligido” em casa.²¹¹

Chama atenção nessas fontes a diferença entre as porcentagens usualmente reportadas para o Hospital Nacional de Alienados e para a Casa de Saúde do Dr. Eiras nas falas de Teixeira Brandão, Duarte Nunes, Juliano Moreira e Penafiel. Tais autores atribuíam naturalidade ao fato de que, proporcionalmente, o número de pacientes diagnosticados(as) como paralíticos(as) na Casa de Saúde consistia quase que no dobro daquele encontrado no HNA. Duarte Nunes e Brandão acreditavam ser óbvia tal diferença, já que na primeira instituição “se recolhem de preferência os doentes das classes elevadas”.²¹² A maior ocorrência da paralisia geral progressiva era, inicialmente, associada a homens brancos pertencentes às camadas mais abastadas da população. Em linhas gerais, acreditava-se que esses indivíduos estariam mais expostos às potenciais causas da doença – a saber, uma vida de boemia, povoada de excessos sexuais e alcoólicos, e o trabalho intelectual excessivo. Daí a naturalidade com que os médicos tratavam da disparidade entre os números de paralíticos encontrados nas duas instituições.

Contudo, como discutirei adiante, tal visão começou a se modificar em algumas publicações do período, segundo as quais a renhida “luta pela existência da vida moderna” viria a diversificar o contingente de vítimas da PGP. A expansão do alcance da paralisia geral progressiva em termos de perfil socioeconômico de suas vítimas foi fundamental no embasamento do discurso de crescimento da incidência da doença no país. Ao invés de acometer apenas homens pertencentes aos setores mais abastados da população, a PGP passaria a também vitimar os indivíduos do sexo masculino provenientes das classes trabalhadoras, além de mulheres “de vida duvidosa”.

Pela primeira vez o *corpus documental* analisado registra iniciativas por parte dos médicos de construir estatísticas para a ocorrência da paralisia geral progressiva no Brasil – busca essa, é importante destacar, que não era empreendida exclusivamente para a PGP, mas também para diversas outras doenças mentais, neste momento.²¹³ O crescimento da utilização da estatística na literatura médica, incluindo a neuropsiquiátrica, articulava-se às tentativas do

²¹¹ MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521, p. 513.

²¹² NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 13.

²¹³ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 809.

próprio campo de inserir em seu âmbito metodologias consideradas mais objetivas, de acordo com os referenciais então vigentes. Segundo Theodore Porter (1995), a “objetividade” científica pode ser definida de diferentes maneiras – uma das principais delas é, para o autor, a “habilidade de atingir o consenso”. (PORTER, 1995: 3). Contudo, a aquisição de tal consenso não se restringe apenas ao meio científico, mas também ao público não-especialista. Em outras palavras, o método que se pressupõe refletir objetividade deve ser entendido como tal não somente pelos cientistas que lidam diretamente com ele, mas pelos demais indivíduos que compõem a sociedade, como políticos, por exemplo (PORTER, 1995: 33-34).

A aplicação dos métodos estatísticos aos campos de estudos sociais e biológicos teve sua raiz no pensamento positivista, intensificando-se a partir de investigações desenvolvidas durante o final do oitocentos, como as do inglês Karl Pearson (1857-1936). Pearson acreditava que a estatística seria capaz de fornecer linhas de raciocínio lógico “em quase todas as áreas da atividade humana. Isso incluiria o governo e a administração, os quais por muito tempo teriam permanecido nas mãos de cavalheiros e aristocratas cientificamente iletrados” (PORTER, 1995: 20). Pearson acreditava que o mundo não era feito de objetos, mas de percepções, cabendo à ciência ordená-las: “A natureza, ou nosso entendimento dela, é passível de ser ordenada através de um método. Isso poderia se aplicar tanto às esferas do [mundo] social e do biológico, quanto às do [mundo] físico” (PORTER, 1995: 20). Para o estudioso inglês, a descrição e análise quantitativas caracterizavam-se como “um conjunto coerente de conceitos que poderiam ser utilizados universalmente”, ou seja, na maioria dos campos de investigação científica, e como uma linguagem que falaria por si mesma, capaz de guiar ao consenso.

Contudo, como colocado por Porter (1995: 34-37), as reflexões acerca da episteme dos métodos estatísticos evidenciam que sempre foram variadas as formas de se conceber tais números, ou seja, de colher e interpretar os dados construindo um universo de análise. As escolhas teórico-metodológicas feitas para se elaborar um censo, por exemplo, bem como as respostas dadas pelos entrevistados, conservam sua base também em elementos subjetivos, como convicções políticas, referenciais socioeconômicos, visões de mundo etc. Deste modo, o eventual consenso que se pode tirar de uma análise estatística não é permeado exclusivamente pela objetividade, por mais que muitos indivíduos defendam o contrário.

Antonio Carlos Penafiel, quando apresentou as estatísticas relativas à PGP no Brasil, afirmava:

A priori eu denego todo valor às estatísticas elaboradas nos hospitais, concernentes a certos pontos de controvérsia médica. Há exemplos a faltar a

quem sobra perspicácia de descobrir nelas vícios que as invalidam, sobretudo quando a moralidade do autor não escrupuliza em empregar artifícios para o bom êxito das conclusões, que pretende tirar.

Em medicina [...] é muito difícil estabelecer convenientemente uma estatística da qual se possam tirar satisfatórios ensinos, por causa das grandes diferenças que caracterizam os homens. O que se tem por temperamentos, idiossincrasias, resistências, imunidades, predisposições, graus de saúde e graus de moléstia, quadros sintomáticos frustrados ou inteiros etc. tudo isso, na maior diversidade de intensidade e de proveniência vai figurar nas estatísticas sob uma rubrica só: tantos doentes, tantos curados, etc.

Disse bem um filósofo que tal sistema de estudo é o empirismo disfarçado de matemática.²¹⁴

Entretanto, com relação às estatísticas aferidas por ele mesmo, dizia que “prestam-se a um certo número de notas, relativamente *seguras e persuasivas*. Ainda mais se cada caso for separadamente examinado para juízo dos resultados totais”.²¹⁵ No que diz respeito às concepções sobre os dados numéricos, os médicos constantemente incentivavam e sublinhavam a importância de sua produção para que se construísse uma percepção sobre as taxas de ocorrência das doenças mentais. Ao mesmo tempo, alguns intelectuais, como Penafiel, pontuavam as limitações desta metodologia. Ainda assim, é interessante contrapor a dessemelhança de sua retórica quando se tratava dos dados colhidos por ele próprio. Quando se referia à sua metodologia e a seus resultados, Penafiel acreditava-os “seguros e persuasivos”, encaminhadores de um consenso sobre o crescimento do número de paráliticos no Brasil.

Gostaria de problematizar este “aumento” nos casos de paralisia geral progressiva no Brasil apregoado pelos médicos cujos trabalhos foram aqui analisados. Pensando sobre os padrões epidemiológicos considerados alarmantes no período, não seria de se esperar que a PGP captasse tanto a atenção desses intelectuais durante a virada entre os séculos XIX e XX. Quando comparou as estatísticas da ocorrência da doença no país com aquelas reportadas para a Europa, Penafiel admitiu que os dados brasileiros pareciam quase que insignificantes:

Ora, entre a percentagem exibida pelas amostras estrangeiras e a encontrada, aqui, por mim, dá-se um paralelo bem discorde. Relativamente àquelas, organizadas por alienistas de grande voto, a minha estatística destaca, sobre a população total dos alienados, uma proporção muito mais fraca de paráliticos gerais.²¹⁶

²¹⁴ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 10–11.

²¹⁵ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 11.

²¹⁶ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 9.

A mesma discrepância se dá se compararmos os dados relativos à incidência da paralisia geral progressiva com os referentes à ocorrência de outras doenças mentais no país, durante o mesmo período e fornecidos pelos mesmos médicos:

Fonte: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 809.

Proporção das síndromes mentais observadas em 1.806 admissões no Hospital Nacional de Alienados e na Colônia de Alienados do Rio, em 1904

| Diagnóstico | Número absoluto | Porcentagem de casos |
|-----------------------------------|------------------------|-----------------------------|
| <i>Histeria</i> | 195 | 10,8% |
| <i>Epilepsia</i> | 193 | 10,8% |
| <i>Psicose tóxica: alcoolismo</i> | 431 | 23,9% |
| <i>Demência precoce</i> | 217 | 12% |

Como, então, embasar esse suposto “crescimento” da PGP, e conseqüentemente o ascendente interesse médico pelos estudos sobre a referida doença, se os dados estatísticos remetiam a conclusões tão díspares, como apontado pelos próprios cientistas? Apesar de lançarem-se no universo numérico na busca de traduzir seus argumentos para uma linguagem científica, alguns desses neuropsiquiatras sublinhavam o quanto o acesso a esses dados ainda era problemático. A elaboração de estatísticas que reportassem de modo contundente e confiável a incidência das enfermidades mentais era obstaculizada por outros elementos. Entre eles: a desorganização dos registros clínicos dos pacientes, o número quase insignificante de instituições que se dedicavam aos cuidados dos alienados no país, a falta de uma classificação nacional para as doenças psiquiátricas e a atuação de médicos não-especialistas no processo diagnóstico. Moreira, Penafiel e Peixoto destacavam a grande dificuldade que esses generalistas possuíam para identificar corretamente os casos de paralisia geral progressiva.²¹⁷ De acordo com Peixoto, “Não há[via] doença em nevropatologia, em geral, [...] mais fácil de se diagnosticar que a demência paralítica; não há[via], entretanto, outra que da parte dos médicos *não especialistas* [...] mais confusamente compreendida [fosse]”.²¹⁸ Deste modo, os chamados

²¹⁷ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 804; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521, p. 513.

²¹⁸ PEIXOTO, A. Bibliographia. Contribuição ao estudo da paralytia geral dos alienados no Brazil – These inaugural do Dr. Antonio Carlos Penafiel - Rio de Janeiro, 1905. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, anno XIX, n. 13, abr. 1905a, p. 129, grifos meus.

“não especialistas” eram capazes de estabelecer o diagnóstico em questão apenas quando a enfermidade já havia assumido feições mais evidentes, típicas apenas de seus estágios mais avançados e praticamente inertes a qualquer tentativa de provocar melhora no quadro do paciente.²¹⁹

O número de mortes decorrentes da paralisia geral pode ser aventado como uma justificativa para a relevância adquirida pela doença no meio neuropsiquiátrico, durante o início do século XX. Segundo números fornecidos por Afrânio Peixoto, a PGP figurava em segundo lugar como causa das mortes observadas, em 1904, no Hospital Nacional de Alienados e em suas colônias, junto às categorias de “marasmo” e “caquexia”.²²⁰ De acordo com Peixoto, os tratamentos para a doença, que teria levado a óbito 20 doentes no referido ano, eram muito mais paliativos do que curativos, além de haver pouco consenso sobre sua eficácia.²²¹ Contudo, o discurso do médico também era permeado pelo argumento da sub percepção da doença, em vista da dificuldade de sua identificação pelos médicos generalistas e da falta de uma classificação neuropsiquiátrica unificada.

Durante o período no qual Juliano Moreira esteve à frente do Hospital Nacional de Alienados e da Assistência Médica e Legal de Alienados intensificou-se a interlocução entre os campos de estudo sobre as doenças mentais brasileiro e germânico, especialmente a vertente kraepeliana do último (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013). Entre 1895 e 1902, o médico baiano fez uma incursão à Europa, passando algum tempo na Alemanha e frequentando a Clínica Psiquiátrica de Munique, então dirigida por Emil Kraepelin (1856-1926). Lá, pôde conhecer de modo mais profundo o pensamento do médico bávaro, com quem estreitou suas relações intelectuais (MUÑOZ, 2015).

Em artigo publicado em 1905, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto discutiam a classificação de doenças mentais propostas por Kraepelin, explicitando que o neuropsiquiatra descrevia quatro formas para a PGP ou *dementia paralytica*, outra denominação proposta por ele: depressiva; expansiva; agitada (também chamada de galopante ou de *delirium tremens*) e

²¹⁹ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 804; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. *Journal of Mental Science*, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521, p. 513.

²²⁰ PEIXOTO, A. Hospicio Nacional de Alienados. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1905b, pp. 106–121, p. 119.

²²¹ PEIXOTO, A. Hospicio Nacional de Alienados. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, 1905b, pp. 106–121, p. 119.

demente.²²² Ainda que não totalmente idêntica, essa perspectiva se assemelhava ao que circulava em diferentes centros científicos no mundo. Segundo Gayle Davis (2008: 102-103), no final do século XIX, médicos britânicos, por exemplo, reconheciam três tipos para a doença: maníaco ou expansivo; depressivo e misto – os quais, durante os anos de 1930, aumentaram para cinco, a saber: simples; demente; maníaco; melancólico e agitado.

Para Venancio e Carvalhal (2001), a publicação do artigo de Moreira e Peixoto denota um incipiente interesse no desenvolvimento de uma classificação brasileira para as doenças mentais. Através do estabelecimento do sistema em questão, as enfermidades da mente observadas e estudadas pelos especialistas encontrariam seus equivalentes nas classificações estrangeiras. Assim, tornava-se possível que a produção neuropsiquiátrica brasileira aprofundasse a interlocução com os cenários médicos internacionais, tomando parte em seus debates, como previsto na agenda de Moreira e de seu grupo. Segundo as autoras: “O projeto de uma classificação brasileira inscrevia-se num processo de organização crescente da assistência e da ciência psiquiátrica” (VENANCIO; CARVALHAL, 2001: 151).

A criação desta classificação ocorreu anos mais tarde no bojo da Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal (SBPNML), fundada, por sua vez, em 1907. Em 1908, a SBPNML passou a ter como órgão de divulgação oficial o periódico anteriormente citado, que de *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, passou a denominar-se *Archivos Brasileiros de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal*. Segundo Facchinetti, Cupello e Evangelista (2010: 528), os editores da revista acreditavam que o agrupamento entre o conhecimento neuropsiquiátrico e médico legal permitiria maiores trocas e difusão de ideias entre os grupos que se ocupavam dos estudos das enfermidades mentais.

Ede Cerqueira (2014) mostra que a fundação da Sociedade esteve intimamente relacionada à tendência de especialização das áreas médicas, processo esse que se intensificou no Brasil, no final do oitocentos (EDLER, 2015). A autora explica que as fronteiras da psiquiatria, da neurologia e da medicina legal se demarcaram, em um primeiro momento, entre o primeiro e o terceiro campo de estudos. Desde a reforma no ensino superior, que transformou as Escolas Médicas do Rio de Janeiro e da Bahia em Faculdades de Medicina, em 1832, a medicina legal já possuía uma cadeira nas duas instituições. As cátedras abarcaram muitos dos estudos sobre as “doenças mentais e moléstias nervosas” até 1881, quando a neuropsiquiatria

²²² Em um quadro de *delirium tremens* o indivíduo apresenta alterações cognitivas, de memória e desorientação tempo-espacial, é frequentemente relacionado à abstinência de álcool (MACIEL; KERR-CORRÊA, 2004). MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Classificação de molestias mentaes do professor Emil Kraepelin. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 1, v. 2, jul. 1905, pp. 204–216.

passou a ter uma cadeira específica em ambas escolas (CERQUEIRA, 2014: 78). A medicina legal passou, assim, a ocupar-se de modo mais específico dos estudos sobre as dinâmicas que regiam uma sociedade e seus equilíbrios, os direitos e deveres dos cidadãos. Dotados dos conhecimentos necessários para orientar a justiça “todas as vezes que se tratar de questões de foro civil e criminal, cuja solução depende exclusivamente de conhecimentos médicos profissionais”, os médicos legais conquistavam seu quinhão de ingerência no processo de construção de uma nação brasileira (CERQUEIRA, 2014: 78).

Com relação à neurologia, Cerqueira explica que “os primeiros anos da sua história se confundem com a história da própria psiquiatria, ou da neuropatologia, como eram denominados frequentemente os estudos sobre doenças mentais e moléstias nervosas” (CERQUEIRA, 2014: 78). A neurologia só teria uma cátedra específica na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1912, a Cadeira de Doenças do Sistema Nervoso, também referida como Cátedra de Clínica Neurológica. Seu primeiro regente foi Antonio Austregésilo, designado como tal pela congregação da FMRJ (CERQUEIRA, 2014: 78).

Assim, a autora sublinha que a separação entre psiquiatria, medicina legal e neurologia não se constituiu em um processo abrupto, como pode parecer nas linhas escritas acima. Durante o longo e sinuoso caminho de delimitação das fronteiras entre esses campos, Cerqueira pontua a existência de “oscilações na forma como os membros da agremiação definiam a área em que atuavam, assim como o objeto de estudo de cada especialidade” (CERQUEIRA, 201: 78). Apesar do termo “alienista”, por exemplo, ter sido “utilizado de forma ampla e indiscriminada, abrangendo também os estudiosos do sistema nervoso”, a autora constata

Uma diferenciação entre os alienistas, enquanto médicos que tratavam das doenças mentais estudadas pela psiquiatria; os neurologistas, enquanto médicos que estudavam e tratavam das doenças e moléstias relacionadas com o sistema nervoso, e os médicos legistas, como encarregados das perícias médicas (CERQUEIRA, 201: 78).

Pela própria descrição dada por Cerqueira, é possível perceber que, em um primeiro momento, a produção do conhecimento acerca das afecções da mente institucionalizou-se, enquanto campo de estudos, baseado na íntima relação que se podia estabelecer entre as investigações inerentes às doenças mentais e as pesquisas relativas ao sistema nervoso (CERQUEIRA, 2014: 78-79). Assim, apesar do termo “psiquiatria” estar presente no título da sociedade, apenas a partir de 1913 é que médicos brasileiros dedicados ao tema das doenças mentais passaram a se intitular “psiquiatras” nas atas e na literatura especializada. Segundo

Cerqueira, até aquele ano, o uso do termo em questão dava-se apenas em meio às referências a médicos estrangeiros (CERQUEIRA, 2015: 79).

A neuropsiquiatria germânica se consolidou a partir, sobretudo, dos trabalhos de Wilhelm Griesinger, personagem já abordado no capítulo anterior desta tese (SHORTER, 1997: 71-76). Lembrando rapidamente ao(à) leitor(a), Griesinger construiu seu pensamento sobre as moléstias psíquicas baseado, principalmente, em referenciais fisicalistas. Exemplo disso é a relação que acreditava existir entre os sintomas da paralisia geral progressiva e lesões encefálicas. Para Griesinger, as doenças psiquiátricas eram enfermidades do cérebro, ou “doenças dos nervos”, tradução literal do termo que utilizava, “*Nervenkrankheiten*” (SHORTER, 1997: 74).²²³ Segundo Muñoz (2015: 56) e Shorter (1997: 73), o médico alemão defendia um modelo que articulava a instituição hospitalar ao ensino e à pesquisa – assim, para ele, o local de internação não deveria ser construído em terrenos afastados dos centros urbanos, como no padrão francês (MUÑOZ, 2015: 56). O modelo hospitalar defendido por Griesinger serviu de forte inspiração, como veremos, à agenda de pesquisas de Emil Kraepelin. Essa, por sua vez, inspirou em grande medida as propostas que Juliano Moreira empreendeu, em meio às iniciativas de consolidação do campo neuropsiquiátrico carioca.

Na sessão de junho de 1910 da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, foi apresentada uma classificação de doenças mentais que deveria ser adotada pelos médicos da Assistência Médica e Legal de Alienados. Elaborada por uma comissão composta por Juliano Moreira, Carlos Eiras, Henrique Roxo, Antonio Austregésilo e Afrânio Peixoto, e fortemente inspirada na classificação kraepeliana, a proposta incluía a paralisia geral sob esta denominação. Após sua divulgação, Moreira pedia que seus colegas adotassem os termos estabelecidos ao se referirem aos diagnósticos identificados nos serviços em que trabalhavam: “Ainda que nas papeletas de seus doentes ponham outras designações, não esqueçam de, entre parênteses, mostrarem a equivalência na classificação da Sociedade” (CERQUEIRA, 2014: 66; VENANCIO; CARVALHAL, 2001: 152). Assim, o surgimento da classificação elaborada no âmbito da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, durante a década de 1910, pretendia-se um grande passo na direção de se produzir estatísticas mais consistentes sobre a incidência das doenças mentais no Brasil (VENANCIO; CARVALHAL, 2001: 151-152), entre elas, da PGP.

O discurso neuropsiquiátrico sobre a paralisia geral progressiva ratificava a importância dos profissionais e instituições *especializadas* nos cuidados aos alienados. Além disso, o

²²³ GRIESINGER, W. **Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende**. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe, 1861.

referido discurso também reforçava o papel fundamental que uma classificação brasileira das doenças mentais desempenharia no processo de elaboração estatísticas mais confiáveis para as diferentes formas de enfermidades mentais, cuja incidência, segundo os médicos, crescia no Brasil, de um modo geral. Para Juliano Moreira e Antonio Carlos Penafiel o “rápido desenvolvimento intelectual” da época, o “constante crescimento da competição”, os “receios acerca das instabilidades política, financeira e comercial” e a “superpopulação dos nossos grandes centros urbanos” eram fatores que intensificavam a “luta pela existência da vida moderna”.²²⁴ Entre os efeitos mais patentes de tal “luta” estava, de acordo com a dupla, o crescimento dos casos de doença mental, que obrigava o governo “a aumentar os fundos destinados ao cuidado dos alienados”.²²⁵ Deste modo, atentar o poder público para uma suposta escalada nos níveis de insanidade no Brasil, incluindo o da paralisia geral progressiva, e buscar medidas para freá-la significava, no limite, admitir que o país estava se desenvolvendo – com o bônus e o ônus trazidos pela civilização. Além disso, e de modo não menos importante, tal discurso defendia como fundamental a *expertise* dos neuropsiquiatras neste processo. Examinemos tal retórica mais de perto.

2.4 UMA DOENÇA DA CIVILIZAÇÃO – A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA E SUAS CAUSAS

Paulo Dalgarrondo (1997) aponta que grande parte dos alienistas do século XIX defendia a civilização como um dos principais fatores causadores de diferentes formas de doença mental. Segundo o autor, médicos cujos pensamentos referenciaram os saberes e as práticas da neuropsiquiatria carioca, como Esquirol e Griesinger, defendiam

Uma relação íntima entre civilização e doença mental, e que esta é[ra] rara entre os povos primitivos. Na mesma linha, a noção de que a loucura estava aumentando a níveis alarmantes nas grandes cidades europeias domina indubitavelmente as teses sócio psiquiátricas do início ao fim do século XIX. [...] Esquirol afirma[va] que os excessos da civilização, isto é, o abuso das

²²⁴ MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521, p. 513.

²²⁵ MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521, p. 513.

bebidas alcoólicas, a vida desordenada, o excesso de casamentos consanguíneos [...] seriam a causa da alta frequência de alienados entre os povos europeus (DALGALARRONDO, 1997: 20).

Para Esquirol, a alienação mental era muito menos frequente em nações nas quais a civilização moderna ainda não havia atingido seu ápice. Dalgalarrondo destaca a presença de um pensamento fundado nestas concepções, sobretudo as esquirolianas, na primeira tese sobre alienação mental produzida no Rio de Janeiro, em 1837, por Silva Peixoto. Segundo o autor contemporâneo, “os grandes alienistas do século passado [XIX] têm em comum, além da convicção de que a civilização gera a loucura, um discurso [...] que revela uma militância moralística inequívoca” (DALGALARRONDO, 1997: 24). Tal militância, segundo ele, viria a conferir base para a emergência da higiene mental, no início do século XX, pois defendia que

A disseminação dos prazeres físicos e psíquicos, a vida nervosa, a perda dos hábitos simples, os excessos da vida sexual, a educação liberal, a falta de disciplina e de ordem, além da perda de respeito pelos valores tradicionais e religiosos, seriam os fatores fundamentais da degeneração moral associada à civilização moderna e conseqüentemente aumento da frequência da insanidade (DALGALARRONDO, 1997: 24-25).

Em análise do diagnóstico da neurastenia, Rafaela Teixeira Zorzaneli (2009: 514-515) também afirma que “as autoridades médicas viam no excesso de trabalho o agente por meio do qual o sistema nervoso ficava exausto, sendo essa uma inevitável consequência de novas circunstâncias sociais”. Contudo, a autora nota que no trabalho de médicos como os do novaiorquino George Miller Beard (1839-1883), “a civilização hostil ganha alguns contornos detalhados: contribuía sobretudo a máquina a vapor, a imprensa, o telégrafo, as ciências e a atividade mental das mulheres” (ZORZANELLI, 2009: 515).

Até pelo menos o início da segunda década do século XX, médicos atuantes em diferentes lugares do mundo apontavam múltiplos fatores etiológicos para a paralisia geral progressiva. Gayle Davis (2008) pontua que, assim como a relação entre lesão somática e sintomas clínicos, o estabelecimento de uma causa necessária e específica também se fazia um ponto fundamental no processo de estabelecimento de uma doença como entidade independente. Nesse sentido, a autora chama atenção para a ideia de que a paralisia geral progressiva tenha sido aceita como enfermidade autônoma, na Grã-Bretanha, frente a uma *extensa* gama de causas atribuídas, a saber: abuso de bebidas alcoólicas e tabaco, excessos sexuais, estresse, exaustão, irritação, excesso de trabalho, preocupações, insolação, envenenamento por chumbo, predisposições hereditárias, traumatismo cerebral, sífilis etc.

(DAVIS, 2008: 199). Contudo, ao menos com relação ao pensamento médico brasileiro, tal fato não seria extraordinário, uma vez que a multicausalidade figurava entre os paradigmas correntes na medicina de um modo geral, como já mencionado no capítulo 1 (EDLER, 2011).

Os fatores supracitados, elencados por Davis e aos quais era atribuído o quadro de PGP, foram relacionadas por diferentes campos médicos internacionais aos “avanços” trazidos pela civilização (ENGSTROM; CROZIER, 2018; HURN, 1998; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2012). No caso específico da Grã-Bretanha, é importante ressaltar que tais “avanços” estiveram diretamente articulados à Revolução Industrial, que se desenrolou durante a segunda metade do século XVIII e primeira metade do século XIX, especialmente na Inglaterra. O médico-assistente do *Royal Edinburgh Asylum*, George Wilson (?-?), por exemplo, chegou a afirmar, em 1892, que “Um curso de leitura sobre a etiologia da paralisia geral levaria alguém a acreditar que não há mal sob o sol que não seja suficientemente responsável pelo [seu] início” (WILSON, 1892: 3 *apud* DAVIS, 2008: 199). Um pouco antes de Wilson, Mattos Pitombo afirmava que “As causas que influem mais ou menos sobre o desenvolvimento da entidade de que nos ocupamos [a paralisia geral] são inúmeras e variadíssimas”.²²⁶

Até as duas últimas décadas do oitocentos, os trabalhos aqui analisados apresentam diversas causas para a PGP, contudo nenhum deles articula tais causas ao processo civilizatório.²²⁷ Após 1880, nota-se uma inflexão com relação a esta ideia na literatura médica que se ampliava no Rio de Janeiro. Duarte Nunes, por exemplo, caracterizava as causas da paralisia geral progressiva como “fadigas [...] *determinadas na grande luta pela existência*”.²²⁸ Neste sentido, os hábitos nocivos, considerados responsáveis pelo alargamento das fileiras de paralíticos(as) eram tidos, em sua maioria, como decorrentes dos processos de urbanização e modernização pelos quais passava o país, sobretudo, o Rio de Janeiro, entre fins do século XIX e inícios do XX, e que, segundo os médicos, já haviam conquistado seu ápice no continente europeu.²²⁹

²²⁶ PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 28–29.

²²⁷ PIRES, J. C. F. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878; LUZ, A. G. R. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1879.

²²⁸ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 13, grifos meus.

²²⁹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 69–70; FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 8; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de

Muitos neuropsiquiatras continuaram a dividir as causas da paralisia geral entre predisponentes e ocasionais (ou excitantes). Relembrando o(a) leitor(a), as causas predisponentes seriam aquelas que incutiam no indivíduo uma tendência à irrupção da enfermidade, como o desenvolvimento urbano, a hereditariedade, a idade, a “raça” e o sexo. Já as causas ocasionais eram capazes de originar a doença *per se*, a exemplo do vício e da depravação, do excesso de trabalho intelectual, das vigílias prolongadas, das emoções morais intensas, da submissão a altas temperaturas, dos excessos alcoólicos e venéreos, do fumo, de traumatismos na cabeça, da erisipela da face, da supressão do fluxo hemorroidário e menstrual, das lesões periféricas do sistema nervoso e da sífilis. Enfim, qualquer elemento que se acreditasse provocar lesões no tecido encefálico e/ou que mobilizasse o uso excessivo dos órgãos em questão.²³⁰

João Pedro de Albuquerque também articulava a intensificação da luta pela sobrevivência ao adoecimento pela PGP:

*É incontestável a influência que a civilização tem exercido no desenvolvimento da paralisia geral pelas transformações sociais e econômicas que ela acarreta, pelas maiores dificuldades da vida material que traz, pelos desejos de glória, pelas ambições desmedidas, pelas lutas tenazes que desperta em todos os campos da atividade humana e que repercutem em cérebros já enfraquecidos, e que não conseguem suportar portanto uma sobrecarga de funcionamento.*²³¹

O autor defendia que os novos inventos, os estresses políticos e econômicos, “os revezes da vida privada”, as fábricas, o vapor e a eletricidade comprometiam neurologicamente os indivíduos expostos a estas situações, ambientes e/ou influências físicas, o que, por sua vez,

Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 8; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 35; SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 6.

²³⁰ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 69–70; FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 8; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 8; PITOMBO, E. A. M. **Da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 30; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 35; SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884, p. 6.

²³¹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 57, grifos meus.

estava ocasionando um aumento nas taxas de PGP no Brasil. Tal crescimento ocorria, segundo Albuquerque, não somente porque muitos destes fatores eram, por si só, responsáveis pela irrupção da doença, mas porque, além disso, levavam ao abuso do álcool e/ou ao enfraquecimento do sistema nervoso.²³² Assim, quando não eram os responsáveis diretos pela eclosão da enfermidade, estimulavam hábitos que também figuravam entre as causas da paralisia geral progressiva, neste caso, constituindo-se como fatores etiológicos indiretos.

Detenhamo-nos ao alcoolismo por uns instantes. Como já indicado no capítulo anterior, durante o século XIX as opiniões sobre a relação entre esse e a paralisia geral foram bastante complexas e controversas. Segundo Albuquerque, havia médicos estrangeiros que acreditavam serem os excessos alcoólicos a principal causa da PGP, a exemplo de Jacques-Joseph-Valentin Magnan (1835-1916),²³³ Calmeil e Bayle. Outros, a exemplo de Ernest-Charles Lasègue (1816-1883) e Emmanuel Jean-Baptiste Joseph Régis (1855-1918),²³⁴ pensavam que o álcool poderia produzir casos de “pseudo-paralisia geral”. Ou seja, quadros sintomáticos muito similares ao da paralisia geral “verdadeira”, mas que poderiam ser curados, ao contrário da primeira. Havia ainda médicos que não acreditavam que o álcool pudesse causar a paralisia geral. Albuquerque, contudo, não deixa clara suas identidades. Por fim, existia a opinião de que os excessos alcoólicos seriam apenas *uma* das causas possíveis da PGP, uma vez que possuíam a capacidade de “preparar o terreno” cerebral para seu desenvolvimento – hipótese com a qual concordava Albuquerque (1896).

Alguns médicos explicavam que os índices de PGP e alcoolismo haviam aumentado paralelamente. Tal dado evidenciaria o segundo como uma das *principais* causas da primeira, já que interferia na vascularização do encéfalo, produzindo alterações e lesões nos tecidos do

²³² ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 49–51.

²³³ Jacques-Joseph-Valentin Magnan nasceu em Perpignan (sul da França). Estudou medicina em Montpellier e, durante os anos de 1860, foi interno nos hospitais de *Bicêtre* e *La Salpêtrière*. Em 1867, assumiu um cargo no Escritório de Administração do asilo de *Sainte-Anne*, também em Paris. Foi professor na mesma instituição, proferindo aulas sobre alienação mental. O médico desenvolveu grande parte de seu trabalho empenhado em edificar uma classificação para doenças mentais. Desenvolveu suas ideias acerca da degeneração, sobretudo, através de estudos sobre o alcoolismo, baseando-se nos trabalhos de Morel. Em linhas gerais, Magnan definia a degeneração como um estado patológico de debilitação da resistência psicofísica. Os indivíduos considerados “degenerados” eram, para ele, constitucionalmente enfraquecidos em relação aos seus progenitores. Faleceu no dia 27 de setembro de 1916, em Paris (DOWBIGGIN, 1996; SERPA JR., 2010).

²³⁴ Emmanuel Jean-Baptiste Joseph Régis nasceu em Auterive, Haute-Garonne (França). Estudou medicina em Paris, onde foi aluno de médicos como Jules Baillarger e Charles Lasègue. Depois de formado, tornou-se professor no asilo de *Sainte-Anne* e, em 1881, médico assistente na mesma instituição. Em 1883, mudou-se para Bordeaux, a fim de ministrar um curso sobre doenças mentais na faculdade de medicina da referida cidade. Em 1892, assumiu o posto de Diretor do Departamento de Medicina e, em 1905, o de *Professeur Agrégé* na mesma instituição. Em 1913, foi designado catedrático de Patologia Mental, cargo que manteve até o momento de sua morte. Os estudos conduzidos pelo referido médico foram fortemente influenciados pelas teorias da degeneração. Régis publicou trabalhos no campo da psicologia criminal, da higiene médica e das neuroses. Faleceu em 21 de junho de 1918, em Bordeaux (FERENCZI, 1939).

órgão em questão.²³⁵ Márcio Nery era adepto de tal ideia, ao considerar que: “O álcool [...] é uma das causas mais importantes da meningoencefalite crônica (paralisia geral dos alienados) e quase todos os casos, que temos tido a tratar no Hospício (Nacional de Alienados), não reconhecem outra causa”.²³⁶ Fica claro que o assunto era bastante polêmico. Aqueles que não acreditavam na ideia do abuso do álcool como capaz de gerar quadros de PGP argumentavam que em diversos lugares onde havia muitos “alcoolistas”, existiam poucos paralíticos e vice-versa.²³⁷ O próprio Albuquerque apontava um dado que ia de encontro a sua própria convicção: segundo ele, no Brasil, o alcoolismo era muito comum em pessoas negras, as quais, *a princípio*, eram vítimas raras da paralisia geral progressiva.

De todo modo, as causas às quais era atribuída a paralisia geral caracterizavam-se como consequências dos processos de civilização e modernização pelos quais passavam as sociedades em vias de desenvolvimento naquele momento. Tal processo encontrava-se incipiente no Brasil, conforme acreditavam muitos dos intelectuais que aqui viviam. Segundo Antonio Carlos Penafiel, o aumento do número de casos de PGP em diferentes lugares do mundo, no final do século XIX e início do XX, decorria da “variada influência do mecanismo da vida moderna e desenvolvimento espantoso dos vícios dos dias de hoje”.²³⁸ Em resenha sobre a tese de Penafiel, Afrânio Peixoto foi além do estudante, explicitando a relação entre a suposta inferioridade da nação brasileira e os índices ainda baixos, porém crescentes, da paralisia geral: “Sobre o outro fator [causador da PGP] – a civilização – a simples reflexão basta para indicar nossa inferioridade. E então [...] desta tristeza teríamos o consolo de explicar a minguada proporção dos nossos paralíticos”.²³⁹

A fala de Peixoto suscita o seguinte dilema: para certas vertentes do pensamento médico uma das evidências de que a nação brasileira estava se tornando civilizada residia na verificação do aumento no número de paralíticos(as) gerais no país? O texto de Venancio e Cassilia ajudamos a compreender a complexidade da questão. Segundo as autoras, muitos médicos

²³⁵ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 91; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, pp. 15–16; PITOMBO, E. A. M. **Da paralytia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, p. 30.

²³⁶ NERY, M. A Loucura Alcoolica e seu tratamento. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1, jan. 1893a, pp. 2–3, p. 2.

²³⁷ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 85–90.

²³⁸ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralytia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 8.

²³⁹ PEIXOTO, A. Bibliographia. Contribuição ao estudo da paralytia geral dos alienados no Brazil – These inaugural do Dr. Antonio Carlos Penafiel - Rio de Janeiro, 1905. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, anno XIX, n. 13, abr. 1905a, p. 129.

acreditavam haver “um *optimum* de civilização”, onde custo e benefício estariam em uma relação equilibrada. Em outras palavras, o bônus de tal processo ajudaria a *intelligentsia* brasileira a evitar seu ônus. Para eles, os avanços científicos trazidos pelo desenvolvimento e pela modernização permitiriam a elaboração de ferramentas apropriadas para se *orientar* o processo civilizatório no sentido de controlar as influências estimuladoras de uma “*vida mais intensa*”, as quais poderiam contribuir para o aumento da incidência de doenças psíquicas no país (VENANCIO; CASSILIA, 2001: 155). Este era justamente o papel da ciência neuropsiquiátrica na edificação de uma nação brasileira civilizada. Para entender melhor a lógica por trás do papel que esses intelectuais se auto atribuíram nesse processo, precisaremos examinar as apropriações que os mesmos fizeram de teorias climáticas e raciais/étnicas de cunho determinista. Fazemos isso a partir das concepções médicas sobre a paralisia geral.

2.5 “PROCURE-SE EM OUTRAS CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO NO CLIMA”

O nível de calor ao qual estavam expostos os indivíduos também foi levado em consideração como fator causador da PGP. Estudos produzidos em outros países associavam o clima com a ocorrência de diversas doenças psíquicas ou não. Contudo, certos neuropsiquiatras brasileiros afirmavam não acreditar que tal elemento interviesse na ocorrência das doenças mentais, de um modo geral. No caso específico da PGP, Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e Antonio Carlos Penafiel, por exemplo, argumentavam a favor da civilização moderna como ampliadora do estresse no cotidiano dos indivíduos e, portanto, como principal causa da doença, independentemente dos acometidos pela paralisia geral viverem em países de clima frio ou quente.²⁴⁰ Venancio (2004), Facchinetti e Castro (2015) e Engel (2013) evidenciam que esta ideia, manifestada por médicos como Moreira e os que faziam parte de seu círculo, seria decorrente, entre outras coisas, do intuito de se desconstruir a suposta inferioridade biológica, sobretudo racial, dos povos que viviam nos trópicos, reafirmando a capacidade do Brasil de se

²⁴⁰ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 69–70; MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 8.

tornar uma nação civilizada. Segundo eles, parte da população brasileira se degenerava não por conta de elementos inerentes à sua biologia, mas pelas condições precárias de saúde e educação nas quais viviam. Para frear este processo e desobstruir o caminho para o progresso da nação, era preciso que médicos especializados, a exemplo dos neuropsiquiatras, intervissem na concepção e execução de medidas higiênicas e profiláticas.

A opinião de que o clima não constituía elemento definidor dos processos de adoecimento aparece já no início da trajetória médica de Moreira. Em 1891, quando concluiu seu curso na Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA), defendeu a tese intitulada “Etiologia da Syphilis Maligna Precoce”. Segundo Jacobina (2019: 30), no trabalho, Moreira evidenciava seu domínio sobre o campo da geografia médica, analisando minuciosamente as diferentes formas de sífilis que ocorriam em países situados em clima “frio, temperado, quente e tórrido”, e concluindo que

Se o clima fosse fator de frequência ou gravidade da sífilis os *países de uma mesma zona*, [...] em que o clima é pouco mais ou menos o mesmo, deveriam ter uma frequência ou uma gravidade de sífilis mais ou menos igual [...] *Procure-se em outras circunstâncias que não no clima*, e encontrar-se-á a causa desses fatos (MOREIRA, 1891: 103 *apud* JACOBINA, 2019: 31, grifos do segundo autor).

Nesta fala, o médico questiona o determinismo climático que se encontrava presente em muitas abordagens da medicina da época, especialmente nas ideias defendidas por intelectuais europeus (CARRARA, 2004; JACOBINA, 2014; VENANCIO, 2004; VENANCIO; CARVALHAL, 2001). Assim, durante a maior parte de sua trajetória intelectual, Juliano Moreira esteve empenhado em repensar certas percepções deterministas acerca das relações entre a incidência dos diferentes tipos de loucura e aspectos ditos raciais e climáticos (ENGEL, 2013; ODA, 2001; VENANCIO, 2004).

Comparando as estatísticas de paralisia geral nas cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, onde o número de paralíticos era maior do que na Capital Federal, Moreira e Peixoto não atribuíam a diferença às divergências nas características climáticas de cada cidade. Para eles, o observado decorria do aporte superior de imigrantes em São Paulo, se comparado com o do Rio. Tecendo considerações sobre muitos dos estrangeiros oriundos de países frios, a dupla defendia que sua saúde (incluindo a do sistema nervoso) poderia até melhorar após a chegada ao Brasil. A partir da adoção de *certas prescrições higiênicas*, os referidos imigrantes seriam capazes de aprender a viver no clima tropical e, inclusive, a melhorar sua saúde física e mental

nas temperaturas mais elevadas.²⁴¹ Sobre aqueles que conservavam vícios alcoólicos e sexuais, Moreira e Penafiel assumiam que tivessem trazido da Europa tais “taras degenerativas”, as quais “ocasionavam as manifestações mórbidas” e “teriam certamente aparecido da mesma forma, se os emigrantes não tivessem deixado suas pátrias”.²⁴² Além disso, para os médicos, o próprio ato de emigrar, muitas vezes, devia-se ao surgimento de ideias de perseguição, de grandeza e/ou impulsos provocados por situações de adoecimento mental, como nos quadros de histeria, epilepsia e de paralisia geral.

Alguns aspectos das ideias ventiladas por Moreira, Penafiel e Peixoto são dignos de comentário. Em primeiro lugar, eles acreditavam que o clima não exercia influência sobre a incidência da paralisia geral progressiva.²⁴³ Neste ponto, tanto europeus quanto brasileiros poderiam ser acometidos pela doença. Moreira e Peixoto manifestavam, ainda, a convicção de que a influência do clima no bem-estar físico e mental de um indivíduo era passível de ser controlada.²⁴⁴ A exemplo desta forma de controle estavam as prescrições higiênicas, que deviam ser seguidas pelos estrangeiros que aportavam no Brasil, a fim de se adaptarem à vida nas “zonas tórridas”. Tal perspectiva abria uma brecha importante nas teorias do fatalismo climático, que associavam o clima tropical aos processos patológicos, e passava a tratar tal relação como definida não a partir de fatores físicos naturais *imutáveis* de nossas terras, mas como uma questão de *educação* e da adoção das *instruções apropriadas* para a sobrevivência em além-mar. De tais diretrizes seriam grandes detentores campos da medicina a exemplo da higiene e da neuropsiquiatria.

Moreira e Peixoto concluíam que as eventuais diferenças entre a incidência de determinados tipos de moléstias mentais no Brasil e em países europeus, incluindo a paralisia

²⁴¹ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, pp. 803–805.

²⁴² MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 805.

²⁴³ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 507–521.

²⁴⁴ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 805.

geral progressiva, davam-se, na realidade, por conta do grau inferior de civilização de nosso país.²⁴⁵ Contudo, e mais uma vez, para estes médicos, o referido nível de civilização não estava atrelado às condições *naturais* da população brasileira – como o fato de viver em um clima dessemelhante àquele observado no Velho Continente – mas associada às pífias condições de higiene e educação nas quais ela se encontrava (VENANCIO; CARVALHAL, 2001: 154-155). Tal inferioridade civilizatória poderia ser superada através de medidas públicas elaboradas por especialistas, guiados pela *ciência*, visando à higiene e à educação da população, durante o *orientado* processo de desenvolvimento e modernização pelo qual almejava-se que o Brasil passasse. Assim, Moreira e Peixoto insistiam na importância da *expertise* dos médicos locais – especialmente dos neuropsiquiatras, capazes de elaborar e gerir as orientações necessárias para garantir a sobrevivência e a boa saúde mental dos brasileiros e dos imigrantes que chegavam ao país. É igualmente importante destacar que, ao defender tais ideias em textos de sua autoria, veiculados por publicações estrangeiras, Moreira também chamava atenção para a necessidade de que os conhecimentos sobre as doenças mentais produzidos no Brasil fossem levados em consideração nos debates internacionais.

Algumas das discussões que orientaram o enquadramento da paralisia geral progressiva transpassaram as teorias sociais sobre “raça” e a visão médica sobre o papel que cabia às mulheres na sociedade da época. Tais debates evidenciam a presença não apenas de concepções que afirmavam a inferioridade das últimas em relação aos homens, mas também de referenciais do racismo científico na caracterização da PGP. O próximo tópico apresenta as relações entre a edificação dos conhecimentos inerentes à doença e as percepções médicas sobre os indivíduos não-brancos e do sexo feminino, veiculadas por aqueles que atuavam no Rio de Janeiro, em trabalhos científicos.

²⁴⁵ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 803; PEIXOTO, A. Bibliographia. Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil – These inaugural do Dr. Antonio Carlos Penafiel - Rio de Janeiro, 1905. **O Brazil-Médico**, Rio de Janeiro, anno XIX, n. 13, abr. 1905a, p. 129.

2.6 O “TIPO GENUINAMENTE NACIONAL” E O “INTELIGENTE MÉDICO DO EXÉRCITO” – A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA E AS TEORIAS RACIALIZADAS NO PÓS-ABOLIÇÃO

Os médicos que atuavam na Capital Federal atribuíram seu interesse pela paralisia geral progressiva ao suposto alargamento das fileiras desses doentes no Rio de Janeiro. Duarte Nunes, por exemplo, afirmou ter escolhido a referida enfermidade como tema de sua tese de doutoramento, porque sua “importância cresce[ia] proporcionalmente à sua frequência”.²⁴⁶ Moreira e Penafiel identificavam uma “progressão crescente, a cada ano, desta afecção no Brasil”, atribuindo tal crescimento ao aumento do “quociente do progresso [brasileiro]”.²⁴⁷ A concepção de que a incidência da PGP aumentava no país articulava-se à crescente preocupação médica com os maus hábitos disseminados pelo processo de civilização, e aos debates sobre “raça” e miscigenação em voga. No contexto do pós-abolição, os doutores que atuavam no Rio de Janeiro passaram a teorizar de modo mais detalhado sobre aspectos que relacionavam a PGP à condição social, à “raça”, ao sexo e ao exercício de atividades consideradas marginais – como, por exemplo, a prostituição. Utilizando-se desses referenciais, os médicos buscavam explicar o aumento da doença em segmentos da população considerados, anteriormente, pouco ou nada atingidos por ela.

Desde pelo menos meados do século XX, as ciências biológicas vêm defendendo, baseadas em seu repertório de técnicas e conceitos, que a categoria de raça biológica não existe. Tal campo do conhecimento, de cuja visão compartilho, assume que diversidade de características físicas encontradas em diferentes seres humanos são produto de seu processo evolutivo enquanto grupos pertencentes a uma *mesma espécie*, chamada *Homo sapiens*. Contudo, processos de racialização ocorrem na humanidade há pelos menos três séculos, tendo sido permeados por significados e objetivos diferentes, de acordo com os momentos históricos e os lugares nos quais se desenrolaram (FASSIN, 2019; MONSMA, 2016). Mas, se nossa espécie não pode, a partir dos atuais referenciais das ciências biológicas, ser dividida em diferentes raças, no que consistiram os processos de racialização de diversos grupos humanos reconhecidos, hoje, por grande parte das vertentes das ciências humanas?

²⁴⁶ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 4.

²⁴⁷ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 232.

Karl Martin Monsma (2016) afirma que, apesar de constantemente defenderem que o termo “raça” não reflete qualquer grupo biológico real, as ciências humanas se utilizam de tal palavra em suas análises, furtando-se, contudo, de investigar os *processos sócio-históricos* dos quais emergiram os sistemas de classificações racializados que buscam discutir (MONSMA, 2016: 42). Monsma atribui tal tendência ao fato de que, geralmente, os referidos estudos contemplam contextos nos quais as formas de discriminação, baseadas na retórica das “raças”, estão, para seus autores, muito claras, bem como quem são, exatamente, os indivíduos inseridos em cada uma das diferentes categorias racializadas. Deste modo, segundo a visão do sociólogo: “É só quando perguntamos se essas várias formas de discriminação e subordinação de grupos humanos devem ser chamadas de ‘racismo’, e o que elas têm em comum, que somos forçados a pensar na definição do racismo e em processos de racialização” (MONSMA, 2016: 42).

Para o autor, durante muito tempo distinguiu-se “raça” de “etnicidade” através da ideia de que a primeira categoria se articulava a aspectos biológicos. Já a segunda diria respeito a dessemelhanças culturais. Tal visão é, para Monsma, um produto “da separação radical da biologia e cultura operada pelas ciências sociais dos séculos XIX e XX” (MONSMA, 2012: 41). Contudo, segundo o autor, “Uma definição do racismo coerente com a evidência histórica e atual não pode basear-se em distinções entre fenótipo e cultura” (MONSMA, 2012: 42). A delimitação de racismo a qual chega o autor, em seu estudo, me parece também pertinente a este, quando o caracteriza através do

essencialismo negativo, que define como intrínseca e duravelmente negativas as características internas a um grupo étnico, tais como moralidade, aptidões, inteligência e disposições. [...] A definição do racismo usado [sic] aqui, portanto, inclui dois elementos: a dominação étnica e uma ideologia que essencializa e categoriza negativamente o grupo subordinado, justificando sua subordinação (MONSMA, 2012).

Com essas ideias em mente, articulo os discursos racializados, identificados nas fontes analisadas, com a edificação do conhecimento sobre a paralisia geral progressiva. Mas antes, falemos um pouco sobre a emergência do “racismo científico”, no qual baseavam-se esses discursos. Lilia Schwarcz (1993: 47) aponta que o início do século XIX assistiu a mudanças significativas na “visão unitária de humanidade” disseminada, sobretudo, a partir dos ideais do Iluminismo: “Tratava-se de uma investida contra os pressupostos igualitários das revoluções burguesas”, a exemplo da Revolução Francesa. As novas concepções enfocavam a “ideia de raça, que em tal contexto cada vez mais se aproximava da noção de povo”.

Certos teóricos acreditavam em uma origem única da espécie humana. Cada um dos “diferentes tipos humanos”, derivados dessa fonte única, teria assumido características próprias que poderiam aproximá-las (perfeição) ou afastá-las (degeneração) do modelo que lhe dera origem (SCHWARCS, 1993: 48). Essa era a hipótese chamada monogenista, que se contrapunha à teoria poligenista. Ganhando força durante meados do século XIX, a última teoria postulava que a humanidade ter-se-ia originado a partir de diferentes “centros de criação”, o que explicava, para os defensores de tal ideia, as dessemelhanças entre os diversos povos. É importante destacar que o delineamento de tais diferenças não se deu apenas através de características físicas, como a cor da pele, mas também culturais. A partir de 1859, a teoria da evolução ganhou grande projeção, sobretudo, em virtude da publicação das ideias de Charles Darwin. As interpretações mono e poligenista ganharam, cada uma a seu modo, uma roupagem evolucionista. Os monogenistas, “satisfeitos com o suposto evolucionista da origem una da humanidade”, hierarquizavam os diferentes povos a partir de suas acreditadas diferenças mentais e morais. Os poligenistas, apesar de admitirem o compartilhamento de um ancestral comum aos diferentes povos, postulavam que os últimos haviam se constituído enquanto grupos distintos “havia tempo suficiente para configurarem heranças e aptidões diversas” (SCHWARCS, 1993: 55). Neste momento a “antropologia cultural”, também referida como “etnologia social”, se consolidou enquanto disciplina, tendo “como foco central a questão da cultura”, enxergada a partir de uma roupagem evolucionista. A ideia de civilização e progresso era engessada em um modelo considerado universal, o qual não levava em consideração as especificidades de cada sociedade:

Segundo os evolucionistas sociais, em todas as partes do mundo a cultura teria se desenvolvido em estados sucessivos [...]. Esses estágios entendidos como únicos e obrigatórios – já que toda a humanidade deveria passar por eles –, seguiam determinada direção, que ia sempre do mais simples ao mais complexo e diferenciado (SCHWARCS, 1993: 57).

Além do evolucionismo social, havia ainda as escolas deterministas geográfica e racial. Os primeiros defendiam que o “desenvolvimento cultural de uma nação” seria completamente influenciado pelo meio físico, como o clima e o solo, de um país. O determinismo racial defendia a preservação dos “tipos puros”, postulando como inadmissível o cruzamento entre diferentes “raças” e, portanto, o processo de “mestiçagem”, definido como produtor de degeneração racial e social (SCHWARCS, 1993: 58).

Durante a segunda metade do século XIX e o primeiro quartel do século XX, a intelectualidade brasileira esteve profundamente envolvida nos debates científicos sobre as

características dos diferentes tipos raciais. Tais discussões encontravam-se frequentemente articuladas às ideias sobre degeneração e às teorias do determinismo biológico, como já mencionado (CARULA, 2016; GLEDHILL, 2016; SCHWARCZ, 1993; SKIDMORE, 2012a, 2012b). Neste momento, a sífilis, o alcoolismo e a loucura eram predominantemente vistos, no âmbito dos saberes e fazeres da ciência médica, como alguns dos principais fatores capazes de degenerar uma população. Tais ideias encontravam-se fundamentadas, principalmente, nos trabalhos de estudiosos como Bénédict Augustin Morel (1809-1873), Valentin Magnan e Cesare Lombroso (1835-1909). Essas auxiliaram na construção de um discurso médico acerca da importância de especialidades como a sifilografia, a higiene e a neuropsiquiatria, na empreitada da edificação de um país civilizado, de acordo com os referenciais burgueses ocidentais (CARRARA; CARVALHO, 2010; ENGEL, 2013; VENANCIO, 2012).

As concepções sobre a paralisia geral progressiva encontravam-se rodeada por diversos desses elementos. Como mencionado, o alcoolismo figurava entre uma das causas mais frequentes da PGP, para muitos médicos. Já a sífilis, como veremos no fim deste capítulo, também ganhou lugar de destaque entre os fatores etiológicos da paralisia geral, durante o final do século XIX e início do novecentos. Altamente degenerados, os pacientes vitimados pela última doença não somente corporificavam a loucura, com seus delírios de grandeza, mas também poderiam carregar consigo traços dos demais fatores de degeneração supracitados (SANTOS; VERANI, 2010).

Médicos atuantes em diferentes países europeus diagnosticavam a paralisia geral progressiva prevalentemente em indivíduos do sexo masculino, brancos e/ou pertencentes às elites, pelo menos a princípio. Contudo, no Brasil, durante o final do oitocentos, passou-se a se afirmar que a PGP ocorria nas diversas classes sociais, não restringindo-se apenas às abastadas.²⁴⁸ Segundo João Pedro de Albuquerque, por exemplo:

Um grande número de estatísticas provam [sic] com efeito que tanto está sujeito à paralisia geral dos alienados um intelectual, como um indivíduo de mediana condição, ou como um trabalhador braçal [...].

²⁴⁸ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896; FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910; VELLOSO, A. C. L. **Sobre a demencia paralytica na mulher**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912.

Entre os 45 doentes da nossa estatística 2 apenas entregavam-se a profissões liberais: 1 bacharel em direito, e 1 engenheiro civil.

O que deixamos dito refere-se às profissões encaradas debaixo do ponto de vista da preponderância de paralíticos gerais em indivíduos dados a excessos intelectuais, em indivíduos entregues aos lazeres das profissões liberais. [...] Pouco e pouco essas ideias se foram transformando e os alienistas modernos reconhecem que todas as classes sociais trazem o seu contingente mais ou menos forte às estatísticas de meningoencefalite crônica.²⁴⁹

Inicialmente, a visão neuropsiquiátrica de que a doença era *rara* nos coletivos considerados não-brancos também se disseminou em diferentes lugares do mundo, baseada, sobretudo, em estudos conduzidos nas colônias europeias (DAVIS, 2008; ENGSTROM; CROZIER, 2018; HURN, 1998: 69-134; SUMMERS, 2010). Contudo, a abolição da escravidão em nações latino-americanas, durante o oitocentos, somada ao contingente de indígenas presentes nestes territórios e à imigração europeia, alimentaram discussões que articulavam, entre outras coisas, a inserção dos negros e negras libertos(as) no convívio social, a miscigenação entre os povos brancos e não-brancos e a taxa de incidência de loucura nas diferentes nações (DALGALARRONDO, 1997: 19; ENGSTROM; CROZIER, 2018; SUMMERS, 2010). Tal contexto incentivava, assim, que as indagações acerca da natureza e da forma que a loucura assumia nesses grupos racializados fossem debatidas – isso, no momento em que a neuropsiquiatria se institucionalizava enquanto saber científico em diferentes países e, também, no Brasil (DALGALARRONDO, 1997: 19; ENGSTROM; CROZIER, 2018).

O primeiro estudante de medicina a articular com afinco a taxa de ocorrência da paralisia geral progressiva em indivíduos não brancos e processos históricos foi João Pedro de Albuquerque. Ele explicava que tal enfermidade seria a princípio mais comum nas “raças” ditas “civilizadas”, portanto, rara em indivíduos negros, árabes e “selvagens”. Segundo o médico, tais populações haviam, até então, vivido em “condições de grande atraso”, afastadas “das grandes lutas sociais, das perturbações, dos prélios políticos” e das “devastações da sífilis e do alcoolismo”. Por isso, figurariam “em insignificante escala nas estatísticas de paralisia geral”.²⁵⁰

Contudo, segundo o médico, as transformações trazidas pelos “avanços da civilização” contribuíram para a aproximação entre esses grupos e aqueles acreditados mais “civilizados” (lê-se, brancos), incluindo os primeiros nos “crescentes” contingentes de paralíticos. Em tais mudanças o médico incluía: “as transformações por que passa a vida social de um povo”, “as

²⁴⁹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 53-55.

²⁵⁰ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 34.

modificações do regime econômico”, “as invenções do século” e “a intensidade da luta pela vida nos tempos que decorrem”. Esses, entre tantos outros fatores, contribuíam para “determinar um desenvolvimento *extraordinário*, nos indivíduos predispostos, das diversas formas de alienação mental; e a paralisia geral não se tem eximido a isso”.²⁵¹

Quando falava especificamente sobre o caso dos Estados Unidos no período pós-abolição, justificava o aumento da incidência de PGP em negros(as), devido aos “apuros da civilização” em que se encontravam os recém-libertos. Entre tais situações adversas estava, de acordo com Albuquerque, “a transformação econômica e social que a emancipação dos escravos determinou” naquele país.²⁵² Assim, para o autor a paralisia geral passara a ser “observada com uma relativa frequência” em indivíduos de cor, nos EUA, em vista das “condições precárias em que vivem os negros, consequência da forte e intensa luta pela existência que levam travada e que é acarretada pelo terrível ódio que lhes vota o branco”.²⁵³

Sobre a realidade brasileira, o médico pontuava:

O que se tem dado no nosso meio social, as comoções porque temos passado nos últimos tempos, vêm de certo modo apoiar essas considerações. A emancipação dos escravos, contribuindo para *de chofre* nivelar a raça negra com a branca no terreno da concorrência pela vida, obrigando-a a uma atividade exagerada, sujeitando-a conseqüentemente quase que às mesmas condições de receptividade para as diversas formas patológicas mentais [...].²⁵⁴

A abolição da escravidão teria, assim, segundo o médico, “contribuído para o maior desenvolvimento da alienação mental no Brasil”, figurando “como causa ocasional em alguns casos de paralisia geral” em negros(as).²⁵⁵ Nota-se, contudo, uma diferença na interpretação de Albuquerque acerca das origens e da intensidade destes percalços nas sociedades estadunidense e brasileira – o “ódio” que os brancos(as) destinavam aos(às) negros(as) naquele país. Não ficam exemplificadas as situações em que se colocava em prática tal ódio, mas considerando o contexto no qual escreve o autor, provavelmente ele se referia às políticas segregacionistas e às atitudes extremamente violentas, por parte de brancos, que tinham como alvo a população negra

²⁵¹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 48, grifos meus.

²⁵² ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 49.

²⁵³ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 69.

²⁵⁴ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 50, grifos meus.

²⁵⁵ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 50, 61.

estadunidense (GAMBINO, 2008; SUMMERS, 2010). Albuquerque não mencionou quaisquer posturas de ódio com relação aos negros libertos por parte da população branca brasileira. Por isso, no Brasil, quando comparado aos EUA, os índices de paralisia geral progressiva eram mais baixos entre negros e negras.²⁵⁶

Nas passagens supracitadas fica claro que a inserção dos(as) negros(as) enquanto libertos nas sociedades ditas “civilizadas”, tanto a estadunidense, quanto a brasileira, para Albuquerque os amarrava a uma dinâmica na qual encontravam dificuldades para sobreviverem, contribuindo, assim, para que os mesmos adoecessem pela PGP. No cativeiro, segundo o discurso do médico, isso não ocorria – os(as) escravizados(as) não precisavam lutar pela sua sobrevivência, pois seus senhores os proviam com tudo. Segundo Martin Summers, muitos intelectuais norte-americanos e europeus acreditavam que a condição de escravizados dava aos negros e negras uma vida melhor do que a que teriam quando livres. Segundo tais intelectuais, os(as) recém-libertos(as) não conseguiriam acompanhar a vida em civilização, controlar seus vícios alcóolicos e sua promiscuidade sexual e responsabilizarem-se por seu próprio sustento sem um “mestre benevolente” (SUMMERS, 2010: 69). Segundo o autor,

No final do século XIX, médicos especialistas nos Estados Unidos e nas colônias europeias se baseavam na teoria da evolução para explicar as taxas crescentes de insanidade entre as “raças de pele escura”, especialmente entre a população negra recém-liberta. Essas explicações operavam a partir de premissas culturais e biológicas. Por um lado, [acreditava-se que] os negros tinham o sistema nervoso subdesenvolvido, e quanto maior seu em contato com a civilização, maior sua propensão às doenças mentais. Por outro, seu [suposto] baixo grau de civilização era considerado um fator importante que predispunha indivíduos de ascendência africana à loucura. Enquanto vivessem em um ambiente primitivo ou fossem controlados por uma raça mais civilizada, os negros se beneficiariam, metaforicamente falando, de uma imunidade natural às doenças mentais. Os problemas surgiriam quando esses grupos adentrassem a civilização como sujeitos com agência (SUMMERS, 2010: 70).

Com relação especificamente à PGP, o autor aponta que “médicos e psiquiatras [norte-americanos e europeus] defendiam o aumento na incidência de doenças como a tuberculose e a paralisia geral, associada à sífilis, como evidência de que a liberdade teve um efeito deletério sobre os indivíduos afro-americanos” (SUMMERS, 2010: 71).

²⁵⁶ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralytia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 69.

Lançando mão de argumentos utilizados por segmentos emancipacionistas, que nas décadas de 1860 e, sobretudo, na seguinte, defendiam a abolição lenta e gradual,²⁵⁷ alguns intelectuais brasileiros sustentavam, no contexto do pós-abolição, que a extinção da escravidão teria ocorrido de modo precipitado. De acordo com tal perspectiva, os(as) negros(as) libertos(as), uma vez incapazes de lidar com as adversidades da vida em liberdade e de adentrar a “civilização”, teriam sido retirados precocemente da “proteção” senhorial. Apesar de não explicitar tal ponto de vista em seu texto, é possível que Albuquerque fosse adepto de concepção similar. O médico associava o aparecimento da paralisia geral progressiva em negros(as) libertos(as), nos EUA e no Brasil, ao processo de abolição, o qual, segundo ele, teria demandado que esses, desprovidos da guarda de seu senhor, tivessem que, sozinhos, arcar com as dificuldades da sobrevivência, em diferentes esferas. Como fica claro na citação anterior, Albuquerque considerava que a abolição havia sido realizada “de chofre”, tornando-se um dos principais fatores responsáveis pelo aparecimento de “certas formas de alienação mental” na “raça negra” – formas que, de acordo com o médico, não tinham sido até então descritas em indivíduos de tal grupo.

Cabe ressaltar, a título de ilustração, as semelhanças entre as concepções ventiladas por Albuquerque e as sustentadas, por exemplo, pelo médico João Batista de Lacerda (1846-1915), então diretor do Museu Nacional (1895-1915). Na comunicação apresentada no Primeiro Congresso Universal das Raças (Londres, 1911), intitulada “Sobre os mestiços no Brasil”, Lacerda afirmava que

Depois da abolição, o negro entregue a ele próprio começou por sair dos grandes centros civilizados, sem procurar melhorar no entanto sua posição social, fugindo do movimento e do progresso ao qual não poderia se adaptar. Vivendo uma existência quase selvagem, sujeito a todas as causas de destruição, sem recursos suficientes para se manter, refratário a qualquer disciplina que seja, o negro se propaga pelas regiões pouco povoadas e tende a desaparecer de nosso território, como uma raça destinada à vida selvagem e rebelde à civilização (LACERDA, 1911 *apud* SCHWARCZ, 2011: 239).

²⁵⁷ A defesa de que a emancipação dos(as) escravizados(as) deveria ocorrer de modo lento e gradual pautava-se em diversos argumentos, entre os quais, destacavam-se as concepções de Perdigão Malheiros (1824-1881), o qual “achava efetivamente que os negros egressos do cativo eram moralmente incapazes de viver numa sociedade dita livre” (CHALHOUB, 1990: 141). Em seu “A escravidão no Brasil (1867)”, o jurista brasileiro perguntava qual seria o destino de “toda essa gente assim repentinamente solta da sujeição e das relações em que se achava? Deixá-los entregues a si, eles incapazes no geral de se regerem por causa da escravidão em que jazeram e do que seriam assim bruscamente retirados? A vagabundagem, os vícios, o crime, a prisão, a devassidão, a miséria, eis a sorte que naturalmente os esperaria” (MALHEIROS, 1867 *apud* CHALHOUB, 1990: 140-141).

Alguns anos depois, o médico sanitarista Belisário Penna (1868-1939) apresentava visão muito próxima no relatório referente à terceira expedição científica da qual fez parte. Promovida pelo Instituto Oswaldo Cruz e realizada durante o ano de 1912, a jornada percorreu o interior dos estados da Bahia, de Pernambuco, do Piauí e de Goiás, tendo sido chefiada pelo próprio Oswaldo Cruz e por Arthur Neiva (1880-1943):

A abolição do elemento servil, pela maneira precipitada como foi efetuada, além do abalo formidável produzido na economia pública e particular [...] concorreu de modo decisivo para a difusão e para o incremento dos vícios e das endemias que infestam as zonas rurais sertanejas do nosso vasto território. Foram centenas de milhares de indivíduos ignorantes e broncos, que, libertos do jugo, nem sempre humano, dos senhores, se espalharam para todas as direções, afundando-se legiões deles nas matas e nos sertões [...] entregues sem peias ao álcool e às orgias, sem a mais ligeira noção de higiene, animalizando-se, voltando ao estado selvagem dos seus antepassados [...].²⁵⁸

Assim, para o cientista, não mais sujeitos a “uma disciplina de trabalho”, nem “desfrutando de uma boa alimentação”, dos “cuidados” e da “proteção dos antigos senhores”, os libertos teriam passado a manifestar comportamentos “selvagens”, ressuscitando suas heranças africanas.²⁵⁹

A partir de uma lógica similar, inerente à suposta necessidade de tutela de indivíduos “negros”, “selvagens” em seu processo de inserção na vida em sociedade, Albuquerque fez referência ao trabalho de Duncan Greenlees. Greenlees foi um médico escocês, formado na Universidade de Edimburgo, e diretor do asilo da cidade de Cape Town, na África do Sul, então colônia britânica. Quando discorria sobre a incidência das doenças mentais nos povos que originalmente viviam no território em questão, Greenlees afirmava que

A paralisia geral, por outro lado, é tão rara entre nativos puros não-contaminados que pode ser considerada como praticamente desconhecida. [...] Essa ausência da paralisia geral não é um fato extraordinário quando consideramos o modo de vida simples desses nativos; *sem preocupações e sem [necessidade de] luta[r] por sobrevivência*, como é identificado para as cidades europeias. Viver uma vida a céu aberto, em um clima perfeito, com quantidade suficiente de comida simples e natural, não é de se esperar que [as] doenças que se originam da preocupação mental e da ansiedade devam se fazer evidentes.²⁶⁰

²⁵⁸ PENNA, B. **Saneamento do Brasil**. Rio de Janeiro: Tip. Revista dos Tribunais, 1918, p. 20.

²⁵⁹ Vale lembrar que João Pedro de Albuquerque também participou de uma das expedições realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz e foi 2º vice-presidente da Liga Pró-Saneamento do Brasil.

²⁶⁰ GREENLEES, T. D. Insanity among the Natives of South Africa. **Journal of Mental Science**, v. 41, n. 172, jan. 1895, pp. 71–78, p. 73, grifos meus.

Greenlees romantizava o modo de vida “selvagem”, retratando-o como cheio de abundância e desprovido de preocupações, onde a sobrevivência era fácil e pouquíssimo estressante. Em seu lugar de homem, europeu, branco e proveniente da elite, o escocês expressava uma ideia ocidentalizada do que seria a difícil luta pela sobrevivência, atribuindo e restringindo tais percalços às condições precárias que as classes baixas *européias britânicas* estavam submetidas no contexto pós-revolução industrial. Assim, para Greenlees e outros médicos, o adoecimento mental do “selvagem” estava diretamente ligado ao estreitamento de sua relação com o “homem civilizado” (DALGALARRONDO, 1997: 30; SUMMERS, 2010: 72).

Como mencionado anteriormente, os debates que adentraram o século XX acerca do papel da miscigenação na formação do povo brasileiro e os obstáculos que ela poderia representar para a civilização do país encontravam-se na agenda do período. O referido contexto assistiu ao acionamento da “elite intelectual no debate sobre os rumos da nação brasileira, com as instituições acadêmicas buscando produzir uma ciência que pensasse esse processo e nele atuasse” (VENANCIO, 2012: 36). As opiniões dos intelectuais acerca da potencial vitalidade ou degenerescência dos “mestiços”, no entanto, dividiam-se. No que diz respeito especificamente aos discursos médicos com relação a esse tópico, havia aqueles que, como Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906),²⁶¹ médico nascido na província do Maranhão e formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, viam na miscigenação um fator de degeneração e, conseqüentemente, de condenação para a população brasileira (LIMA, 2019: 157; SKIDMORE, 2012a: 102-108). Nina Rodrigues, além de fiar-se na inferioridade intelectual do negro africano, não acreditava viável colocar em prática qualquer acepção que buscasse provar a transitoriedade de tal inferioridade. Assim, o mestiço, que carregava a “influência negra”, representaria a degradação do futuro do país (SKIDMORE, 2012a: 106).

No ano em que escreveu seu famoso trabalho “Perturbações mentaes nos negros do Brazil” (1904), Henrique Roxo tornou-se diretor e lente interino do Pavilhão de Observação e da Cátedra de Clínica Psiquiátrica da FMRJ, professando as aulas da cadeira e acompanhando os diagnósticos estabelecidos no PO. No referido texto, o médico afirmava: “a paralisia geral é muito rara nos pretos. Pode mesmo ser tida como excepcional. Os casos em que foi consignada eram todos períodos terminais. A causa predominante foi a sífilis, havendo apenas um caso em

²⁶¹ Raimundo Nina Rodrigues nasceu em Vargem Grande (Maranhão). Formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1888, passando a clinicar por um curto período em São Luís. Em 1889, assumiu o cargo de Professor Adjunto da Cadeira de Clínica Médica na FMBA e, um ano depois, de Catedrático de Medicina Legal. Foi redator-chefe da *Gazeta Médica da Bahia*. Dedicou-se, sobretudo, ao tema da medicina-legal, articulando-o com a antropologia criminal e com teorias racialistas. Faleceu em 1906, em Paris (LOPES, s/d).

que a etiologia alcoólica foi assinalada”.²⁶² Roxo concluía que a demência, o alcoolismo e a idiotia eram os três tipos de alienação mental mais comuns em “pretos”; no outro extremo, encontrava-se a paralisia geral como a menos frequente. Segundo o médico, as três doenças mais comuns nesses indivíduos refletiam muito bem “os tributos da raça, que não evoluiu”:

Podemos mesmo asseverar que frequentíssimos eram os casos em que examinamos negros e a sua curteza mental se evidenciava. É fato comum, mas verdadeiro. Isso porém, tem perfeita explicação. *Não é a constituição física do preto, a sua cor escura que lhe marcam o ferrete da inferioridade. É a evolução que não se deu.* Ficaram retardatários. Ao passo que os brancos iam transmitindo pela herança um cérebro em que as dobras de passagem mais se aprimoravam, em que os neurônios tinham sua atividade mais apurada, *os negros que indolentemente se furtaram à emigração, em que a concorrência psíquica era nula, legavam a seus descendentes um cérebro pouco afeito ao trabalho, um órgão que de grandes esforços não era capaz.*²⁶³

Como já apontado por Venancio (2012), Henrique Roxo *não* baseava a inferioridade cerebral descrita acima, e para ele característica dos negros, “apenas nas ideias europeias do século XIX sobre o tipo humano primitivo imperfeito e degenerado” (VENANCIO, 2012: 37), muitas das quais enxergavam tais atributos desqualificantes a partir de um viés biológico determinista (SKIDMORE, 2012b: 66-72). Os argumentos de Roxo inspiravam-se fortemente na psicologia experimental²⁶⁴ de Wilhelm Wundt (1832-1920). Tal escola contemplava as “relações entre o ‘físico’ e o ‘mental’ na constituição da unicidade do humano” (VENANCIO, 2012: 34) e, conseqüentemente, no processo de adoecimento mental desse ser, que sofria influências de ambas as naturezas. Assim, para a autora:

A explicação de Roxo [para a inferioridade dos indivíduos negros] parece se dissociar de uma visada organicista mais superficial dos estigmas físicos aparentes – como a cor da pele – para adentrar na discussão sobre o cérebro e sua evolução, na medida em que geração após geração os neurônios seriam chamados a uma maior atividade, afirmando ainda que tal processo de evolução não teria ocorrido entre os negros (VENANCIO, 2012: 39).

²⁶² ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, anno XVIII, n. 16–19, abr.–mai. 1904, pp. 156–160; 170–172; 178–182; 190–192, p. 181.

²⁶³ ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, anno XVIII, n. 16–19, abr.–mai. 1904, pp. 156–160; 170–172; 178–182; 190–192, pp. 181–182, grifos meus.

²⁶⁴ Os estudos de psicologia experimental, neste momento, estiveram fomentados, sobretudo, pelos trabalhos do médico alemão Wilhelm Wundt (1832-1920). Wundt entendia que o *status* de ciência experimental da psicologia estava condicionado ao estudo dos processos mentais mais elementares, a saber, a sensibilidade, a percepção, a emoção e a volição, através dos quais o cérebro interpretava os estímulos externos (VENANCIO, 2012: 34).

Compreendendo a complexidade e as inspirações do pensamento de Henrique Roxo, que inseria as questões raciais em uma moldura organicista, destaco que o médico manteve um pessimismo com relação à capacidade de ascensão intelectual dos indivíduos de cor, ao contrário de outros colegas de profissão, como Juliano Moreira, ele próprio negro. Em última análise, Roxo defendia que, devido à sua *natureza indolente*, indivíduos negros haviam escolhido não emigrar e permanecer em condições nas quais o médico julgava ser inexistente “a concorrência psíquica”. Deste modo, transmitiram a seus descendentes “um cérebro pouco afeito ao trabalho, um órgão que de grandes esforços não era capaz”.²⁶⁵ Tal pensamento denota que o médico não rompia com o determinismo biológico presente em grande parte das teorias racializadas europeias, fazendo uso, contudo, de uma moldura científica diferente – a psicologia experimental de Wilhelm Wundt.

Antonio Carlos Penafiel, em sua tese “Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil”, defendida em 1904, criticava metodologicamente dois trabalhos que versavam sobre a incidência da alienação mental em pessoas negras. Um deles, assinado pelo Dr. Francisco Franco da Rocha (1864-1933),²⁶⁶ e intitulado “Apontamentos sobre a loucura na raça negra” (1897); o outro, “Perturbações mentaes nos negros do Brazil”, de autoria de Henrique Roxo. Sobre os textos, Penafiel afirmava abertamente:

Há um defeito no fundo destes dois trabalhos. A distribuição, que dão os autores nos quadros estatísticos, aos doentes em pretos, pardos e brancos, parece-me sumariamente vaga.

Quantos mestiços existem difíceis de serem alistados numa ou na outra das colunas respectivas dos pretos e pardos! A quantos podem chegar os exemplos que oferecem esta hesitação? [...]

Onde podem saber, quando menos rastrear, os cruzamentos de onde procedem os caracteres etnológicos de cada um? Uma estatística de loucos pelas raças deve ser feita, antes de mais nada, sob um critério antropológico.

Sem isto, confesso, com pena, que se possa ver o que custa a tarefa de profusa paciência aos pesquisadores, mas não pode ser a todos aproveitável.²⁶⁷

²⁶⁵ ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, anno XVIII, n. 16–19, abr.–mai. 1904, pp. 156–160; 170–172; 178–182; 190–192, p. 182.

²⁶⁶ Francisco Franco da Rocha nasceu em Amparo (SP). Doutorou-se na FMRJ, em 1890. Em 1893, retornou ao seu estado de origem, passando a atuar como médico no asilo de alienados localizado na capital paulista. Esteve diretamente envolvido nos projetos de criação de uma instituição para alienados acorde aos padrões do “alienismo moderno”, e cuja administração deveria ficar nas mãos de médicos. Tais demandas foram aquiescidas depois de alguns anos e o Hospital de Alienados do Juquery começou a funcionar em 1898, tendo Franco da Rocha como seu diretor, até 1923. O médico dedicou-se a temas como a loucura nos indivíduos negros(as), a medicina legal e a degeneração. Faleceu em 1933 (ALMEIDA, 2008; CUNHA, 1986).

²⁶⁷ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 33–34.

Penafiel sugeria que, na impossibilidade de se averiguar a verdadeira origem dos pacientes negros incluídos em suas estatísticas, Franco da Rocha e Henrique Roxo deveriam “transformar as colunas de pretos e pardos, quando mestiços uns e outros, em uma só, tanto mais que, em nota do seu folheto, assegura serem raríssimos em São Paulo os africanos, poucos destes sendo atacados de afecções mentais”.²⁶⁸ No Rio de Janeiro, defendia que ocorria o mesmo – para ele a incidência de alienação mental em “negros puros” era baixíssima: “Como o Dr. Roxo nada diz neste particular, talvez incluísse, por descuido, debaixo do rótulo de negros brasileiros, um ou outro exemplar raríssimo de preto puro da África”.²⁶⁹ Tendo “desencavado alguns representantes africanos” no material clínico do Hospital Nacional de Alienados, Penafiel afirmava sua “tendência ao desaparecimento” na Capital Federal. Apesar de Henrique Roxo afirmar que estava lidando apenas com “os reconhecidamente pretos” e não com “mestiços de qualquer natureza”, Penafiel não acreditava que os primeiros fossem, de fato, o que reconhecia como “pretos puros africanos”. Portanto, segundo o médico, Roxo deveria conduzir, além de uma análise quantitativa, uma análise qualitativa, capaz de contemplar o “critério etnográfico”, tão bem estudado pelo “sábio” professor Nina Rodrigues, a fim de distinguir de modo confiável os “pretos puros” dos “mestiços”.²⁷⁰

Penafiel justificava o desaparecimento do componente negro na população do Rio de Janeiro, “absorvido na raça branca”, entre outras coisas, através da crença de que os primeiros padeciam “preferencialmente” de doenças como a tuberculose, a varíola, a sífilis e o alcoolismo, em vista das condições de higiene nas quais viviam. Contudo, não era apenas com base neste fator que o médico descrevia a redução dos caracteres oriundos dos(as) negros(as) africanos(as) no contingente demográfico carioca:

É verdade que as condições higiênicas ajudam aquele desastre previsto por Agassiz e acorde com a lei de Darwin da luta pela existência.

Quando fisicamente parecem bem apurados estes mestiços, falham muitas vezes pelo lado intelectual. Quebram a previsão do velho historiador Visconde de Porto Seguro que dizia ser o brasileiro, produto daquelas três raças, a energia e intrepidez dos indígenas, o coração dos negros e a inteligência dos brancos.

Alguns antropologistas creem mesmo ser as épocas de mestiçagem as mais fecundas na criminalidade e corrupção dos costumes. No Rio de Janeiro, nas camadas sociais inferiores, esse tipo genuinamente nacional, o mulato [...] parece confirmar tal suposição. Às vezes, dotado de uma inteligência

²⁶⁸ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 34.

²⁶⁹ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 34.

²⁷⁰ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 34.

largamente desenvolvida e fantasiosamente vivaz tem a par dela pouca altura no senso moral e imoderado desenfreamento na lubricidade. Isso na generalidade dos mestiços do povo, representa o cruzamento da raça preta com a branca.²⁷¹

O médico acreditava, assim, que os “mulatos” pertencentes às classes baixas possuíam intelecto desenvolvido, mas apresentavam uma moral duvidosa e tendências sexuais exacerbadas com as quais não sabiam lidar, fazendo um mau uso desse intelecto. Apesar de não mencionar o termo degeneração, no final de sua fala, o autor deixa claro que tais atributos negativos do “tipo genuinamente nacional” eram produzidos através do processo de mestiçagem da população brasileira.

O interessante é que, alguns anos depois, Penafiel conferiu outro enquadramento ao “mulato”. A referida mudança pode ter se relacionado ao estreitamento de relações com Juliano Moreira, evidenciado pela publicação de um artigo assinado por ambos, em 1907. Relembrando, Moreira acreditava que a potencial degeneração de um indivíduo não estava atrelada à sua “raça”, mas às condições de educação e higiene sob as quais vivia (VENANCIO, 2004). Assim, a aproximação entre o diretor do Hospital Nacional de Alienados e Penafiel pode ter trazido novas perspectivas para o segundo, no que dizia respeito ao debate em questão.

No referido texto, a dupla reportava o caso de “um inteligente médico do exército”, filho de um europeu com uma mulher negra. Descreviam que os sintomas, típicos de um quadro de paralisia geral de tipo “exaltado” e apresentados pelo paciente, eram os mesmos apontados para os casos observados no Velho Mundo. Os autores concluía, assim, que a incidência da PGP, bem como a natureza dos seus sintomas psíquicos em um indivíduo, se demencial ou exaltada, não estava ligada à sua “raça”, mas ao seu grau de instrução e às (nocivas) influências da civilização às quais estaria submetido.²⁷² Enxerga-se aí a apresentação de um “mulato” médico, portanto, proveniente de uma elite intelectual e, muito provavelmente, também econômica. Para os doutores, sua “inteligência” constituía o elemento etiológico para seu adoecimento, pelo uso excessivo de suas faculdades mentais e/ou de jornadas exaustivas de trabalho intelectual. Tais causas em nada se encontravam relacionadas com aquelas que levavam os “mulatos” das classes pobres a serem vitimados pela paralisia geral. Esses o eram por sua suposta tendência hereditária ao alcoolismo e pelo trabalho braçal exaustivo. Além disso, o tipo “demencial” da

²⁷¹ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralisia geral dos alienados no Brasil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 38–39.

²⁷² MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827, p. 816.

PGP era frequentemente atribuído a indivíduos considerados de constituição intelectual inferior, ao passo que o “exaltado”, mais comumente associado àqueles que tinham sua existência povoada de experiências mais complexas, mais vívidas, portanto, capazes de gerar delírios mais grandiosos. Voltarei a este ponto adiante.

É importante pontuar, contudo, que os neuropsiquiatras diferenciavam a “inteligência” do médico do exército, apontada como fator causal da loucura, da “instrução”, que acreditavam que viria “livrar” os indivíduos de adoecerem mentalmente. A última seria uma instrução *orientada*, cujos princípios seriam desenvolvidos por um *expert* e baseados em diretrizes profiláticas – para os “mulatos” pobres, a higiene e o controle de sua moral; para os ricos, uma forma de dosar as exigências de seu intelecto. Ideias similares a essa já tinham sido expostas por Moreira na comunicação que apresentou junto a Afrânio Peixoto, no XV Congresso Internacional de Medicina, ocorrido em Lisboa em 1906.

Em chave de interpretação análoga, os autores argumentavam que uma pessoa branca criada em meio à ignorância higiênica estaria sujeita à loucura da mesma forma que uma pessoa negra desprovida deste tipo de educação. Ademais, a “imunidade” à PGP da qual, a princípio, gozavam certos povos “aborígenes” não deveria ser atribuída às suas características biológicas, mas ao seu modo de vida, que não era influenciado pelas “preocupações, [pel]os males e o excesso de trabalho intelectual do homem civilizado”. Segundo os médicos, “Se não conhecem o prazer dos gozos psíquicos, ignoram, em contrapartida, as depressões neurastênicas”.²⁷³ Assim, Moreira e Peixoto afirmavam que as diferentes formas de alienação mental, incluindo a paralisia geral progressiva, incidiriam em indivíduos desprovidos de instruções higiênicas e/ou submetidos às consequências degenerativas da civilização – ou seja, sua biologia não exercia papel determinante no processo em questão (VENANCIO, 2012: 37).

José Jesuino Maciel afirmava, na tese que defendeu em 1911, que alguns autores brasileiros já teriam “respigado” o “problema da raça” com relação à paralisia geral progressiva. Deste modo, as abordagens estatísticas, para ele ainda insatisfatórias, nada esclareciam acerca da questão. “Vultos de nomeada” se “debatiam” entre interpretações que conferiam grande peso à “raça” e/ou à “miscigenação” na etiologia das doenças mentais, como aquelas endossadas por Nina Rodrigues e Henrique Roxo, e outras que a encaravam como “expoente apenas do grau de civilização”, como as defendidas por Juliano Moreira. Contudo, ainda que reconhecendo a

²⁷³ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 804.

diversidade da opinião manifestada pelos “luminares” da medicina novecentista, Maciel dizia-se confuso – não compreendia o motivo pelo qual a PGP era pouco reportada em indivíduos negros, uma vez que, em sua opinião, “a raça negra” possuía uma “feição degenerativa”:

Atendendo que a sífilis constitui na quase totalidade a causa da paralisia geral e mais ainda que os indivíduos pretos mais vezes estão sujeitos à localização nervosa dessa moléstia, dada sua tara degenerativa, não compreendemos a razão da baixa percentagem de casos dessa moléstia em indivíduos com essa cor.²⁷⁴

Como já apontado por Wlamyra Albuquerque e outros autores, no período que se seguiu à promulgação da Lei Áurea e à proclamação da República, indivíduos recém-libertos adquiriram um *status* de “quase-cidadãos”, pois sua liberdade esteve longe de se constituir como sinônimo de igualdade (ALBUQUERQUE, 2014; LIMA, 2019; SCHWARCZ; MACHADO, 2018). A população negra, tratada como uma só, mas constituída de grupos heterogêneos, inseriu-se no trabalho no campo, disputando tais postos com imigrantes, e/ou no mercado informal nas cidades (CHALHOUB, 1986; MONSMA, 2016: 69-107). Após as festas pela abolição, celebradas em cidades como Rio de Janeiro e Salvador, os indivíduos libertos continuavam a ser excluídos socialmente através, por exemplo, de políticas públicas, como muitas das medidas higienistas levadas à cabo no final do século XIX e início do XX, na Capital Federal (ALBUQUERQUE, 2014; CHALHOUB, 1996).

Contudo, é importante ressaltar que tal exclusão não foi vivida de modo passivo pelos(as) negros(as) libertos(as) e seus descendentes. Estratégias de sobrevivência ao cativeiro e à vida em liberdade e de burla a mecanismos oficiais de exclusão eram postas em prática por esses indivíduos, desde o período em que viviam como escravizados(as), contribuindo sobremaneira pela aquisição de sua liberdade “oficial” (CHALHOUB, 1988; CHALHOUB, 1990; MACHADO, 1994; REIS, 1995/1996; REIS, 2000). Isso ocorreu, como pontuado pela historiografia, antes mesmo da “canetada da princesa”, acreditada, porém, por boa parte das elites brancas, como advinda principalmente de seus clamores (SCHWARCZ; MACHADO, 2018; SKIDMORE, 2012b). Assim, os trabalhos mais recente sobre escravidão chamam atenção para a não-linearidade do processo de abolição, evidenciando as mudanças no entendimento de conceitos, como o de “liberdade” e o de “gozo da cidadania”, ocorridas a partir do desenrolar do mesmo – “se o ponto de largada desse mesmo processo foi uma sociedade escravista em crise, o ponto de chegada foi a República higienizadora e civilizatória, capaz de

²⁷⁴ MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, pp. 8–9.

propor uma nova abordagem das liberdades e direitos civis dos afrodescendentes” (SCHWARCZ; MACHADO, 2018: 254). Tais mudanças de abordagem estiveram fomentadas pelos já mencionados discursos racializados, que, por sua vez, embasaram cientificamente, parte das retóricas que justificavam a exclusão dos recém-libertos (SCHWARCZ; MACHADO, 2018).

Na obra “A reprodução do racismo: fazendeiros, negros e imigrantes no oeste paulista, 1880-1914”, Karl Monsma caracteriza o racismo através do “essencialismo negativo, que define como intrínseca e duravelmente negativas as características internas de um grupo étnico, tais como moralidade, aptidões, inteligência e disposições. O essencialismo negativo serve para justificar a dominação ou exclusão do grupo assim definido” (MONSMA, 2016: 43). Não constitui objetivo deste trabalho dividir os autores aqui analisados em racistas e não-racistas, uma vez que é possível identificar em alguns de seus próprios discursos, como no de Nina Rodrigues (SKIDMORE, 2012a: 102-108) e Antonio Carlos Penafiel, contradições e transformações ao longo dos anos.

Entretanto, o que não se pode deixar de pontuar é que as visadas de João Pedro de Albuquerque e Henrique Roxo, defendidas em alguns de seus trabalhos, podem ser caracterizadas como racistas, no sentido colocado por Monsma (2016). A sociedade do pós-abolição exibia consigo o legado complexo de um sistema escravocrata, no qual indivíduos de cor eram vistos como inferiores, fosse biológica ou culturalmente, a despeito da aquisição de sua liberdade oficial. A escravidão envolveu muita exploração e sofrimento, em meio aos quais os escravizados e escravizadas lutavam dia após dia e através de inúmeras estratégias de resistência, não somente por sua sobrevivência e integridades *física e mental*, mas também para preservar sua cultura, suas crenças e sua forma de apreender o mundo. Mas isso não foi considerado um elemento decisivo na “luta pela vida”, tão recorrentemente referida por Roxo e Albuquerque. A agência desses indivíduos só foi reconhecida pela sua suposta ausência – a incapacidade de viver em “civilização”.

Contudo, como pontuam Carula (2016), Engel (2013), Gledhill (2016), Lima (2019), Venancio (2012), Skidmore (2012a), entre outros(as), na virada do século XIX para o XX os discursos intelectuais sobre a “raça” e os rumos da nação brasileira eram polifônicos. Como os pares latino-americanos, médicos brasileiros participaram ativamente de tais discussões, apropriando-se e ressignificando as teorias deterministas europeias e norte-americanas com as quais entravam em contato. Neste processo, muitos conferiam-lhes interpretações diferentes, inclusive desafiando, certas vezes, as concepções majoritariamente vigentes nos campos médicos internacionais (ANDERSON, 2014; CARRARA, 2004). Juliano Moreira defendia, por

exemplo, que a ocorrência da paralisia geral progressiva em nada se relacionava à “raça”, caracterizando o aumento da incidência da doença, na população brasileira, como sórdido resultado dos processos de desenvolvimento e modernização pelo quais passava o país. A perspectiva de Moreira, é importante ressaltar, viabilizava o alcance do objetivo de um país civilizado e, mais importante, dava lugar aos neuropsiquiatras nesta empreitada. Estes se engajariam na luta contra a degeneração, através da defesa da aplicação de medidas educativas e higiênicas – da *ciência*. Tal concepção, amadurecida por gerações futuras de médicos, materializou-se pela inserção de nomes como Ulysses Pernambucano e Arthur Ramos no campo educacional ao longo dos anos de 1920 (BEZERRA, 2013; RUSSO, 2002: 56).

2.7 “DESGRAÇADAS” E “BAILARINAS” – OS PERFIS MORAL E DE CLASSE ASSOCIADOS ÀS MULHERES PARALÍTICAS

Exibida pelo campo neuropsiquiátrico brasileiro nas primeiras décadas do novecentos como um dos principais fatores capazes de degenerar uma nação, a loucura era diagnosticada não somente a partir de referenciais físicos, mas também com base no desvio dos padrões comportamentais em voga. Tais padrões valorizavam, entre outras coisas, a capacidade para o trabalho e definiam como proibitivos hábitos e escolhas de vida consideradas nocivas, como o abuso de substância tóxicas, a exemplo do álcool, os excessos sexuais, a renúncia à maternidade (no caso das mulheres) e a homossexualidade (CUNHA, 1998; ENGEL, 1999; ENGEL, 2008; FACCHINETTI; CARVALHO, 2019; FACCHINETTI; CUPELLO, 2011; SANTOS; VERANI, 2010). Destoar dessas “regras” podia, frequentemente, caracterizar-se como evidência de loucura.

Ao estudar a literatura produzida por médicos britânicos, no período entre 1850 e 1880, Juliet Hurn (1998: 69-134) identifica o delineamento de um perfil masculino do paralítico, fortemente marcado por características como a tendência para os excessos sexuais e de trabalho e para o egoísmo. Deste modo, a irrupção da doença nesses sujeitos – considerados viris, ativos, trabalhadores no auge de sua produtividade – era atribuída às preocupações e/ou fracassos nos negócios, ao término de um casamento, ao luto, ao desemprego e/ou ao endividamento. Hurn explica que os médicos afirmavam identificar poucos casos da doença em mulheres, porque essas “não estavam sujeitas às esperanças e desapontamentos de uma vida vigorosa”, segundo eles (HURN, 1998: 83). A ocorrência da PGP em mulheres era registrada por esses cientistas justamente em moças pertencentes às classes trabalhadoras. Já naquelas pertencentes às elites,

a doença era considerada praticamente ausente. Assim, a autora analisa tal debate a partir de um viés não somente de gênero, mas também de classe. Ainda que as mulheres classificadas como prostitutas não ocupassem lugar de destaque nas discussões médicas britânicas sobre a paralisia geral progressiva, sua relação com os segmentos femininos e masculinos das camadas “subalternas” da população enfatizava aspectos relacionados à intemperança, que os psiquiatras britânicos consideravam própria desses grupos sociais (HURN, 1998: 83).

As fontes aqui analisadas apresentam certa diversidade nas ideias dos autores brasileiros com relação a este assunto, ao mesmo tempo em que evidenciam as mudanças ocorridas no enquadramento da PGP, em termos do perfil dos indivíduos em que ela seria mais facilmente diagnosticada. Tal mudança se desenrolava transversalmente às reinterpretações dadas às teorias sobre “raça” que tiveram lugar na virada entre os séculos XIX e XX e que deslocaram, em alguma medida, os alicerces do determinismo biológico nos conhecimentos sobre as doenças mentais. Como apresentei com relação às teorias racializadas, as concepções inerentes ao “tipo paralítico” também foram permeadas pela visão médica sobre as mulheres e os papéis sociais atribuídos a elas à época.

Até o início do século XX, as explicações dadas à baixa ocorrência da doença em indivíduos do sexo feminino continham variações, por conta da própria diversidade de causas associadas à paralisia geral. Rodrigues Ferreira relacionou os pequenos índices de PGP em mulheres com comportamentos considerados imorais para moças:

É que a mulher, geralmente, não se entrega à mesma vida ativa e devoradora que o homem. Desde, porém, que ela se afasta do caminho que lhe é traçado e atira-se a uma vida desregrada, entregando-se a excessos de toda ordem, ela está da mesma forma que o homem sujeita a ser mais tarde uma vítima da paralisia geral.

Se em todos os casos de paralisia geral feminina, indagarmos da história dessas *infelizes*, havemos de ver que todas elas tiveram um passado cheio de horrores.

Tivemos a ocasião de observar na Casa de Saúde de S. Sebastião, uma mulher afetada de paralisia geral. Para avaliarmos do passado dessa desgraçada, basta dizer que havia sido *bailarina*.²⁷⁵

Mattos Pitombo também justificava a pouca ocorrência da doença em mulheres pela suposta diferença com a vida levada pelos homens. O médico atribuía, ao contrário do que pensava sobre o trabalho masculino, pouco esforço intelectual e físico das moças aos ofícios que lhes cabiam: “Este fato explica-se pelos trabalhos intelectuais e físicos a que em muito

²⁷⁵ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, p. 9, grifos meus.

maior escala se entregam os homens”. E completava: “a maior parte [das paráliticas] são [sic] mulheres de uma vida depravada e cheia de horrores. É raríssimo serem atacadas mulheres pertencentes à classe abastada”.²⁷⁶

Duarte Nunes trazia o elemento biológico para a discussão, explicando que o cérebro feminino não se encontrava exposto a uma atividade tão intensa quanto o masculino. Por isso, as mulheres estariam menos sujeitas à paralisia geral:

Sabemos que a paralisia geral se observa dos 30 aos 60 anos e é mais comum no homem que na mulher. Ora, é precisamente esta a idade em que o cérebro se acha em completa atividade fisiológica e o homem *pelas condições de seu sexo* na luta pela existência, necessita maior trabalho cerebral e mais vezes que a mulher se sujeita à influência nociva das causas acima referidas.²⁷⁷

Fica claro que para Rodrigues Ferreira, Mattos Pitombo e Duarte Nunes, o que causava o adoecimento das mulheres pela paralisia geral progressiva era seu afastamento da vida considerada moralmente adequada a elas naquele momento – livre de elementos nocivos, sobretudo dos excessos alcóolicos e venéreos. A fala de Mattos Pitombo traz ainda uma especificidade nesse sentido – a associação indireta de “uma vida depravada e cheia de horrores” às mulheres das classes baixas da população brasileira. Voltarei a isso adiante.

O número de mulheres diagnosticadas como paráliticas, apesar de crescente, ainda era pequeno, segundo os médicos. É interessante pontuar, assim, que, provavelmente, esses doutores entendiam que a maior parte das moças vivia, *de fato*, em consonância com um modelo pudico, recatado, contido. Com os homens, ocorria o contrário. Uma existência povoada de excessos era considerada quase que natural a esses indivíduos, e atributos como os excessos de trabalho intelectual e físico tornavam óbvio seu processo de adoecimento pela PGP.

João Pedro de Albuquerque colocava uma visão mais matizada sobre o assunto, considerando que, na Europa:

A imunidade, de que parecia gozar o sexo feminino outrora, desapareceu completamente [...] e cada vez diminui mais a diferença da proporção que existe entre a paralisia geral dos alienados no sexo masculino e no feminino. A mulher [europeia] concorre hoje com os homens em quase todos os labores da vida; confina-se nas fábricas e atira-se aos trabalhos agrícolas; busca nos empregos comerciais, nas ocupações mineiras, e em certos países nas

²⁷⁶ PITOMBO, E. A. M. **Da paralytia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885, pp. 29.30.

²⁷⁷ NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 24, grifos meus.

ocupações liberais etc. meios de se manter. Ela se tem procurado nivelar ao homem mesmo nas profissões intelectuais e artísticas, e nos misteres políticos. Os problemas sociais que agitam fortemente a velha Europa, ela também os sente e coopera para resolvê-los. Por esse modo ela se acha atualmente quase que nas mesmas condições que tornam o homem suscetível de ser ferido pela meningoencefalite.²⁷⁸

Contudo, sua abordagem mudava com relação à mulher brasileira, tornando-se similar àquela manifestada por Mattos Pitombo:

Ora esta [a mulher brasileira] é muito menos sujeita à sífilis que aquele [o homem brasileiro]. E a proporção que a mulher pelas condições da vida moderna, mais sujeita se vai tornando à infecção pela sífilis, menos imune também se torna à paralisia geral.

Não carecemos repetir aqui as estatísticas demonstrativas de que é entre as mulheres *irregulares*, as mais sujeitas às devastações da sífilis e consequentemente, que a paralisia geral é mais comum.²⁷⁹

A sífilis já era, neste momento, aventada como uma das possíveis causas da PGP. Interessante, entretanto, é que Albuquerque identificava causas completamente distintas para o adoecimento de mulheres pela PGP na Europa e no Brasil. Enquanto o autor delineava um perfil de proatividade na luta pela sobrevivência e na tentativa de inserção sociopolítica para a mulher europeia, associava o adoecimento das moças “irregulares” brasileiras à sua maior susceptibilidade de contrair uma infecção sifilítica, ou seja, aos excessos sexuais.

Em chave interpretativa similar àquela exposta por Rodrigues Ferreira, Mattos Pitombo e Albuquerque, Antonio Carlos Penafiel afirmava que entre as mulheres diagnosticadas como paralíticas estavam mais comumente as “mestiças”: “isto porque estas são das *classes inferiores da sociedade*, mais expostas às causas múltiplas da periencefalite crônica difusa”.²⁸⁰ Ao exemplificar os ofícios das referidas mulheres, as caracterizava como “prostitutas”, “lavadeiras” e “casaleiras”, “sem instrução alguma”.²⁸¹

²⁷⁸ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 69.

²⁷⁹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 107-108, grifos do autor.

²⁸⁰ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 39, grifos meus.

²⁸¹ Muitas eram as categorias usadas pelos médicos para se referirem a mulheres prostitutas (ENGEL, 2004; NUNES, 1991; RAGO, 1985). Como já apontado por Nunes (1991: 68), muitos médicos utilizavam uma classificação para enquadrar a prostituição de homens e mulheres, durante a segunda metade do século XIX. Assim, na detalhada classificação que a autora tira da tese de doutoramento de Ferraz de Macedo, por exemplo, a prostituição é primeiramente dividida entre “pública” e “clandestina”. Dentro da “prostituição pública”, encontramos a classe das “díficeis” (“floristas”, “modistas”, “costureiras”, “vendedoras de charutos”, “figurantes de teatro”, “comparsas”, “isoladas em casas aristocráticas” e “reunidas em hotéis aristocráticos”), das “fáceis” (“prostitutas de colégios”, “de sobrados”, “de estalagens”, “de bordeis”) e das “facilimas” (“inferiores”,

Mas Penafiel foi além de seus colegas nas teorizações sobre a PGP e o sexo, relacionando de modo direto a suposta condição de inferioridade nervosa das mulheres com a doença. Para ele, o fato de que poucas delas eram acometidas pela PGP explicava-se não somente por que se encontravam “menos expostas às causas criadoras de tal afecção”, mas também devido a elementos da “fisiologia” feminina:

Com efeito, a lei da evolução toca a fisiologia encefálica e a capacidade cerebral fica ainda no estado mórbido graduada pelo concurso desse elemento pessoal; – o sexo [...].

Foram as imposições e talvez os erros da sociedade que, nas contínuas épocas da história, marcaram à mulher mais reduzidos exercícios cerebrais, deixaram-na atrás relativamente às faculdades mentais do homem.²⁸²

Tal visão era compatível com as teorias evolucionistas neolamarckianas que vigoraram no início do século XX. Segundo elas, o meio (social e natural) seria capaz de interferir na constituição física dos indivíduos. Às mulheres eram atribuídas, segundo o médico, funções que exigiam “reduzidos exercícios cerebrais” – o pouco uso do órgão em questão, assim, teria interrompido sua “evolução”. Ainda de acordo com Penafiel, muitas paráliticas não eram diagnosticadas como tais devido às características “enganosas” e “superficiais” que podiam assumir os sintomas da doença que as acometia:

Em muitas paráliticas mesmo, as dificuldades do diagnóstico apuram o tino do alienista carecendo o olhar dele de ser bastante penetrante e prático para enxergar nas incongruências de um estado mórbido do sistema nervoso o que está a denunciar o síndrome [sic] p. g. progressiva.

E, como acontece às mulheres, há de fatalmente ser com os indivíduos de cultura cerebral mais pobre e com os casos de p. g. juvenil e infantil.²⁸³

Fundamentando o valor dos neuropsiquiatras enquanto profissionais especialistas, Penafiel continuava a expressar sua crença na ideia de que a biologia nervosa feminina era menos desenvolvida que a do homem. Segundo ele, isso se evidenciava, também, nas feições diferenciadas que os sintomas da paralisia geral progressiva assumiam em cada um dos sexos:

“reformadas ou gastas” e “De zungus”). Dentro da “prostituição clandestina”, o médico posiciona as seguintes categorias: “1ª classe em boas condições” (“viúvas”, “casadas”, “divorciadas” e “solteiras”); “1ª classe em baixas condições” (“livres”, “libertas” e “escravas”) e “2ª classe” dividida em “práticas antifásicas nas mulheres” (“doutrinas lesbianas”, “coitos contra a natureza” e “onanismo”) e “sodomia ou prostituição masculina” (“pederastas ativos, passivos, mistos”) (MACEDO, 1872: 74 *apud* NUNES, 1991: 68).

²⁸² PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 41-42.

²⁸³ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 42-43.

Logo, em alguma coisa privativa à *inferioridade do cérebro*, reside o fundamento de ser menos característica e mais rara, no sexo feminino, a meningoencefalite crônica difusa.

Esta é a regra. Não só a p. g. é menos frequente, na mulher, como apresenta aqui alguns caracteres especiais.

Insisto na importância de tal diferença, pois tem um valor dos mais consideráveis.²⁸⁴

De acordo com o autor, nos homens o “delírio expansivo” caracterizava-se como “mais rico em sintomas”, já nas mulheres esses eram “de uma indigência muitas vezes notável”. Assim, a forma da paralisia geral que muitos chamavam de “simples”, “tranquila” ou “demencial” seria mais comum em indivíduos do sexo feminino. Isso também contribuía, segundo Penafiel, para que muitas paralíticas recebessem inicialmente diagnósticos equivocados, como os de “demência” e “alcoolismo crônico”.²⁸⁵ A paralisia geral progressiva decorria, em ambos os sexos, das “mesmas perturbações inflamatórias ou degenerativas do córtex e hemisférios” e, segundo o médico, os elementos capazes de provocar tais lesões materiais não diferiam entre homens e mulheres. Assim, Penafiel concluía que a pobreza dos delírios das paralíticas, quando comparados àqueles manifestados por homens acometidos pela doença, provava “a inferioridade do cérebro da mulher”.²⁸⁶

Quando escreveu com Juliano Moreira, alguns anos depois, Penafiel continuava a acreditar na inferioridade cerebral feminina. Segundo ele, a diferença no contingente de homens e mulheres que adoeciam pela PGP devia-se: “talvez ao fato de que nossas mulheres *ainda* não tenham entrado em competição com o sexo masculino, nos negócios e na vida pública”.²⁸⁷ Tal visão, ao mesmo tempo em que as distanciava da chance de adoecimento pela referida moléstia, refletia-se também no próprio diagnóstico das poucas mulheres consideradas paralíticas. Isso ocorria através de tentativas de qualificação e quantificação dos delírios de grandeza, um dos principais e mais patentes sintomas da referida moléstia. Moreira e Penafiel argumentavam que a forma “tranquila” da paralisia geral era a mais comum em indivíduos do sexo feminino.²⁸⁸ Na

²⁸⁴ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 43, grifos meus.

²⁸⁵ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, p. 44.

²⁸⁶ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyisia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 43-44.

²⁸⁷ MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827, p. 817, grifos meus.

²⁸⁸ MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao

sessão de agosto de 1910 da SBNPML, Moreira apresentou duas irmãs diagnosticadas como paralíticas dizendo tratar-se de dois casos curiosos, pois “Não só o delírio de grandeza é *mais exuberante do que é habitual em tais casos* como ainda porque uma remissão chegou a pôr por alguns dias uma certa dúvida no diagnóstico”.²⁸⁹

Em sessão ocorrida dois anos depois, Ernani Lopes discutia um caso de PGP em uma mulher sexagenária negra, que dera entrada no Pavilhão de Observação com quadro de demência, e para a qual foi proposto o diagnóstico de “demência alcoólica”. Quando a paciente foi transferida para o HNA e observada por Lopes, o médico afirmava ter notado os sintomas clínicos de alcoolismo, humor alegre, falta de autocritica e de consciência de sua moléstia, alucinações auditivas, problemas na escrita, quadro demencial, distúrbios pupilares e tremores nos lábios. Alguns de seus colegas, como Faustino Esposel e Plínio Olinto, sugeriram outros diagnósticos, baseados nos quadros de alcoolismo e demência reportados por Lopes. Contudo, o último insistiu que a paciente era paralítica, afirmando que o fato de não apresentar delírios ambiciosos e/ou megalomaníacos ao extremo seria mesmo uma característica da paralisia geral feminina.²⁹⁰

Assim, conclui-se que os feitiços dos delírios na mulher paralítica eram de natureza e intensidade diferentes daquelas identificadas pelos neuropsiquiatras brasileiros para os homens acometidos pela mesma enfermidade, como colocado por Hurn (1998) para a Grã-Bretanha. Além disso, o comportamento dos indivíduos do sexo masculino era considerado mais agitado, enquanto o das moças e senhoras mais “tranquilo”, outro elemento que fazia com que fossem, frequentemente, enquadradas na forma demencial da doença.²⁹¹

José Ataliba Ferraz de Sampaio (1910: 32) também defendia que a PGP vitimava menos as mulheres por se encontrarem menos expostas aos fatores “determinantes” da afecção, a saber, “surmenage, emoções, traumatismos cranianos, intoxicações e infecções diversas”.²⁹² Deixando de lado os demais elementos, Ferraz de Sampaio julgava, contudo, ser a sífilis a causa

estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827.

²⁸⁹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Agosto, 1910, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 8, n. 1 e 2, 1912b, pp. 384–385, p. 384.

²⁹⁰ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Julho, 1912. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 8, n. 1 e 2, 1912c, pp. 407–414.

²⁹¹ VELLOSO, A. C. L. **Sobre a demencia paralytica na mulher**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 1.

²⁹² SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralysis geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 36.

decisiva no aumento do contingente de doentes paralíticos, especialmente, entre as mulheres provenientes das classes baixas:

Esta diferença [na ocorrência da PGP em homens e mulheres] explica facilmente o fato que, em igualdades de condições sociais, a sífilis desenvolve-se com muito mais facilidade no homem do que na mulher, isto é, nas classes mais elevadas; *nas camadas inferiores* a diferença existente entre um sexo e outro é muito menor, porque a infecção sífilítica se apresenta mais ou menos equilibrada em ambos os sexos.²⁹³

Quando analisam as mudanças nas relações de gênero nos discursos publicados em revistas médicas e de variedades entre 1920 e 1940, Facchinetti e Carvalho (2019) argumentam que a identificação de excessos no comportamento feminino “era ainda mais notória no caso das mulheres brasileiras”. Baseadas nos escritos de Sérgio Carrara (1997), as autoras relacionam tal visão às concepções da hiper hiperestesia sexual associada, sobretudo, à população mestiça que aqui vivia. Discutindo trabalhos de médicos como Henrique Roxo, Facchinetti e Carvalho identificam na documentação médico-psiquiátrica novecentista uma relação de causa e efeito entre a “rebeldia” da mulher, contra seu “destino natural”, e o aparecimento de diferentes formas de alienação mental nas mesmas:

À falta de se conformarem com seu destino, essas mulheres “desobedientes”, “irritáveis” e de “sexualidade e desejos excessivos”, certamente fruto de uma “educação viciosa”, insistiram em lutar contra a sua natureza e, por isso, adoeciam (Puech, 1907:352). Os documentos clínicos estão repletos de mulheres que “cometeram” excessos de leitura inadequada; de moças que tiveram instrução “em demasia” e, como resultado, ficaram desequilibradas entre uma “inteligência que prejudica” e a desobediência de seus “deveres sociais” (Roxo, 1906: 130) (FACCHINETTI; CARVALHO, 2019: 10).

As publicações citadas pelas autoras e aquelas analisadas neste trabalho denotam uma polifonia nos discursos sobre os papéis atribuídos a homens e mulheres pelos neuropsiquiatras das viradas entre os séculos XIX e XX. O termo “ainda” utilizado por Moreira e Penafiel sugere a ideia de que, ao menos um dia, para esses médicos, as mulheres seriam capazes de ocupar as mesmas posições de luta sociopolítica que os indivíduos do sexo masculino. Através das narrativas de Cunha (1998) e de Facchinetti e Carvalho (2019) é possível enxergar que o estilo de vida feminino que ganhava novos contornos, passando a abranger cada vez mais atividades intelectuais, era constantemente patologizado pelo discurso médico. Contudo, isso parecia não

²⁹³ SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 36-37, grifos meus.

ocorrer sob o enquadramento da paralisia geral nas fontes que analisei. Em outras palavras, as mulheres “letradas” da elite aparentemente não eram enquadradas como paráliticas pelo discurso médico. Tampouco o eram as mulheres de classe pobre que ganhavam a vida no ambiente calorento e esfalfante das fábricas cariocas – ao menos, essas não eram apresentadas como trabalhadoras braçais (CHALHOUB, 1986; MONTELEONE, 2019; VENANCIO, 2001; WEID; BASTOS, 1986). Estaria o escrutínio médico enquadrando as mulheres no diagnóstico em questão a partir, somente, da etiologia de uma vida desregrada? Na falta de um *corpus documental* que me auxilie a responder essas perguntas, deixo-as como questionamentos dignos de investigação em potenciais trabalhos futuros.

A partir das análises aqui feitas, fica claro que alguns médicos que atuavam no Rio de Janeiro consideravam inferior a constituição cerebral das mulheres. Isso as colocava em uma posição de improvável adoecimento pela paralisia geral progressiva, ao contrário das moças europeias, que já haviam diversificado suas posições nos círculos sociais e políticos, para além dos papéis habitualmente atribuído a elas. Contudo, uma vez que as brasileiras se entregassem aos “excessos da vida”, insubordinando-se às regras sociais que lhes eram impostas, estariam mais próximas de se tornarem vítimas da paralisia geral. Contudo, resalto, de acordo com a perspectiva médica estudada, que tal atitude não estava prevista entre as mulheres pertencentes às camadas mais abastadas da população, ideia que poderia conferir às pacientes com PGP não somente uma identidade (i)moral, como também de classe.

Desde meados do oitocentos, alguns estudiosos consideravam a sífilis *uma das possíveis* causas da paralisia geral progressiva. As primeiras teses no Rio de Janeiro que tocam em tal assunto ou sequer chegam a considerar a doença venérea entre os possíveis fatores etiológicos da doença, ou não conferem à mesma qualquer posição de destaque.²⁹⁴ Pontuo, assim, que nenhum dos autores citados considerava a sífilis como causa *exclusiva* da PGP, trazendo à baila outros elementos decorrentes do processo civilizatório, como já mencionado. Para tal posição contribuiu, certamente, o fato de que, neste período, quando a bacteriologia recém-chegada no Brasil consistia em um campo controvertido, não era comum atribuir-se causa exclusiva a nenhuma doença.

²⁹⁴ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883; NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890; PITOMBO, E. A. M. **Da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885; SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884.

A relação de causa e efeito entre a sífilis e a paralisia geral sofreu, contudo, reviravoltas na virada dos oitocentos para os novecentos. A exemplo de João Pedro de Albuquerque, alguns médicos defendiam que a doença venérea era “um dos maiores fatores etiológicos da paralisia geral”, mas desde que interferisse sobre “um terreno predisposto”.²⁹⁵ Já outras publicações não condicionavam a ação da sífilis, como fator causal da PGP, a qualquer predisposição.²⁹⁶ José Ataliba Ferraz de Sampaio, por exemplo, argumentava que “a sífilis que prepondera[va], [...] [como] o fator mais poderoso da paralisia geral”.²⁹⁷ A mudança de tal quadro decorreu, em grande medida, dos novos estudos realizados pelo campo da bacteriologia e da sorologia, entre eles, o desenvolvimento da punção lombar como técnica diagnóstica, a descrição da bactéria causadora da sífilis por Fritz Shaudinn e Erich Hoffmann, em 1905, e a elaboração da reação de Wassermann como diagnóstico da doença, em 1906. Entretanto, antes de discutir os desdobramentos destes eventos na produção do conhecimento neuropsiquiátrico sobre a paralisia geral progressiva, é preciso entender um pouco melhor os elementos, referenciais e discursos a partir dos quais se deu o estreitamento da associação etiológica da sífilis com a PGP. Assim, olhemos um pouco, primeiro, para as concepções acerca da referida doença venérea, que vigiam na virada dos séculos XIX e XX.

2.8 A SÍFILIS NO BRASIL NO FINAL DO NOVECENTOS E INÍCIO DO SÉCULO XX – UM PANORAMA

A historiografia aponta como as controvérsias acerca da origem da sífilis remontam às primeiras menções à doença, e como a crença em seus desdobramentos severos emergiu

²⁹⁵ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 107; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 6; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. *Journal of Mental Science*, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da demencia paralytica no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827, p. 815.

²⁹⁶ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 14; PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 50-62; ROXO, H. Perturbações mentaes ligadas à arterio-esclerose. *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins*, anno 2, n. 3, set. 1906b, pp. 197–212, p. 211; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 35; VELLOSO, A. C. L. **Sobre a demencia paralytica na mulher**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 10.

²⁹⁷ SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralyssia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 35.

conforme se desenvolviam os estudos sobre ela (CARRARA, 1996a; 1996b; 2004; FLECK, 2010; NIXON; SERVITJE, 2018; QUÉTEL, 1992; PIETRZAK-FRANGER, 2018). Desde pelo menos o século XV, intelectuais pertencentes a diversas sociedades – em cujo bojo, acreditava-se, havia se originado o “mal” em questão – lutaram por desarticular essa ofensiva imagem (CARRARA, 1996b: 101; QUÉTEL, 1992: 33-34). Durante o século XIX, a ideia de que a sífilis seria originária do continente americano floresceu nos círculos internacionais (QUÉTEL, 1992: 34-40). No tocante ao povo brasileiro, tal ideia contribuiu para que a doença passasse a ser articulada às características biológicas, sociais e morais, as quais, pensava-se, eram inerentes a grande parte das pessoas que aqui vivia. Essas características eram amplamente responsabilizadas pelo feitiço específico, altamente devastador, que, de acordo com alguns, a sífilis assumia no país. A doença seria, assim, segundo parte da literatura internacional sobre o tema, “uma espécie de atributo dos brasileiros” (CARRARA, 1996a: 392).

No entanto, médicos que aqui atuavam divergiam sobre as origens da sífilis – alguns, de fato, acreditavam que a doença seria originária do continente americano, outros, porém, “apontavam claramente o caráter discriminatório e estigmatizante” dessa hipótese (CARRARA, 1996a: 394). Segundo Carrara, a aceitação cada vez maior de que a sífilis teria realmente se originado neste continente desencadeou um processo de negociação “geopolítica simbólica”, empreendido, sobretudo, por sifilógrafos brasileiros. Muitos deles advogavam, com base na literatura produzida no período do “descobrimento”, que a sífilis seria americana, porém, desconhecida no Brasil até a chegada dos europeus, no início do século XVI. Segundo esses médicos, apenas a partir de meados desse século é que a literatura sobre o país passara a referir manifestações que poderiam ser interpretadas como formas cutâneas da sífilis, identificadas nas peles de indígenas, os quais neste território vivam. As referidas manifestações patológicas seriam, segundo os médicos, mais um dos produtos nocivos do contato, que se tornara ordinário, desses últimos indivíduos com europeus e africanos (CARRARA, 1996a: 395).

Pautada neste discurso, a ideia de que a sífilis teria provindo do Velho Continente, principalmente, através de franceses e portugueses, ganhou forte adesão no cenário nacional e internacional, durante os anos de 1920, ainda que permanecessem opiniões divergentes. Como pontua Carrara, “aqui [...] melhor do que em qualquer outro lugar do mundo, teria aplicação a máxima ‘civilização igual a sifilização’” (CARRARA, 1996a: 395). Assim, “a reflexão sifilográfica brasileira conseguiu a extraordinária façanha de fazer com que a sífilis pudesse ser simultaneamente americana, como queriam os mestres europeus, e europeia, como queriam os americanos” (CARRARA, 1996a: 396).

Como discutido anteriormente, o campo neuropsiquiátrico também lançou mão da articulação entre civilização e loucura para justificar o suposto aumento do número de alienados(as), incluindo paráliticos(as), no Brasil. Em consonância com a lógica dos sifilógrafos, no que dizia respeito à sífilis, a ideia de um alto contingente de casos de loucura também caracterizava uma nação como “civilizada”. Adiante, demonstrarei que o estabelecimento da etiologia sifilítica da PGP não substituiu completamente esta concepção; ela apenas complexificou e reforçou-a, já que o “mal venéreo” também era considerado um produto do processo civilizatório (BATISTA, 2015: 24-42).

A virada entre os séculos XIX e XX assistiu à consolidação da ideia de que, assim como outras enfermidades, a sífilis se manifestava de modo extremamente devastador em regiões de clima quente – tema esse que, como já discutido, foi também bastante caro aos debates acerca da incidência das doenças mentais, e que teve como opositores neuropsiquiatras como Juliano Moreira, Antonio Carlos Penafiel e Afrânio Peixoto. Associada, desde muito, à emergência de costumes imorais advindos da colonização e do desenvolvimento da escravidão no país, a perspectiva defendida por muitos intelectuais, de que a sífilis era um produto da sexualidade exacerbada do brasileiro, esteve pautada em especificidades climáticas e raciais atribuídas à população brasileira (AMADOR, 2015: 33-46). Tal visão iria perdurar, entre os sifilógrafos, até, pelo menos, a década de 1920, quando esses começaram a se apropriar de modo diferente dessas ideias (SOUZA, 2011: 215-216). Nesse momento, Oscar da Silva Araújo (sifilógrafo) afirmava, por exemplo, que, desde o final dos oitocentos, o maior número de cancros extragenitais era identificado, no Rio de Janeiro, em indivíduos brancos, principalmente em portugueses. Assim, os aparentes excessos sexuais teriam sido herdados de costumes de populações majoritariamente brancas, originárias do hemisfério norte (CARRARA, 1996b).

Discuti neste capítulo que tal concepção também fez parte dos discursos sobre a inexistência de diferenças na incidência da paralisia geral progressiva nos trópicos e nos países de clima frio e temperado. Juliano Moreira chegou a apontar que a tendência ao desenvolvimento da PGP por imigrantes não estaria relacionada à mudança do clima, mas às “taras degenerativas” que teriam emigrado da Europa corporificadas nos mesmos (VENANCIO; FACCHINETTI, 2005).²⁹⁸ Com relação à ideia de que os povos habitantes das áreas mais quentes apresentavam maior predisposição ao desenvolvimento de elementos indicativos de degeneração, como os excessos venéreos, Moreira e Penafiel deixavam claro que

²⁹⁸ Para mais detalhes sobre o pensamento de Juliano Moreira, nesse sentido, mas posteriormente, ver: MOREIRA, 2005[1925].

esses não surgiam por conta das temperaturas elevadas, mas que originavam-se de fatores inerentes à individualidade de cada um (JACOBINA, 2014: 462-463).

O editorial do periódico *Folha Médica*, publicado em 1922, atribuía a suposta sexualidade exacerbada do brasileiro não ao clima tropical, mas à incapacidade dos indivíduos de controlarem tal impulso em decorrência da falta de instrução sobre como fazê-lo (CARRARA, 1996a: 402-403). Segundo Carrara, “Efetivamente, a partir da década de 1920, os sifilógrafos brasileiros enfatizarão, sobretudo, a influência que fatores sócio morais – ignorância, pobreza, imoralidade do meio social, herança escravocrata etc. – teriam sobre a “necessidade sexual”, produzindo os excessos”. Assim, muitos sifilógrafos não questionariam a ideia “da hiperestesia sexual do brasileiro”. Entretanto, o deslocamento da responsabilização desse “problema” de elementos deterministas, como clima e “raça”, para fatores passíveis de uma intervenção “esclarecida”, por parte da ciência, conferiria lastro ao discurso de que a medicina (SOUZA, 2011), e especialmente a sifilografia, seriam campos do conhecimento conhecedores do instrumental teórico-prático para se levar a cabo tal intervenção (CARRARA, 1996a: 404).

Com relação ao discurso psiquiátrico sobre as doenças mentais, que incluía considerações sobre a paralisia geral, Juliano Moreira foi um que defendeu ideias similares, ao longo do século XX. Como vimos, Moreira não acreditava que o adoecimento mental estivesse ligado à “raça” à qual pertenciam os ditos alienados, e atribuía-o a elementos educacionais e higiênicos. Neste aspecto, residiria a importância do médico especialista, do *neuropsiquiatra* – profissional qualificado e indicado para elaborar e gerir políticas de profilaxia, que contivessem o processo de adoecimento do povo brasileiro pela loucura. É importante ressaltar também o papel de Juliano Moreira na desestruturação da ideia de que a sífilis assumia feições ainda mais malignas e deformantes no clima tropical.

Essa desarticulação esteve ligada, em muito, ao processo de separação entre o “mal venéreo” e outras doenças de contornos sintomáticos similares. Certos médicos, inclusive, culpavam os “erros de diagnóstico” pela construção da ideia da exacerbada malignidade da sífilis no Brasil, advogando que a doença exibia, na realidade, manifestações “muito mais benignas que as da própria sífilis europeia” (CARRARA, 1996a: 397). Moreira também contribuiu amplamente para a reorganização das classificações nosológicas e individuação da sífilis. Seus interesses sobre a doença datam da elaboração de sua tese de doutoramento, “Etiologia da Sífilis Maligna Precoce” (1891). No texto, Moreira reclamou da confusão que muitos médicos faziam entre a doença e outras enfermidades, afirmando que em países de climas *variados* ocorriam tanto o tipo maligno precoce, quanto o tipo benigno da sífilis. Entre

1895 e 1900, escreveu sobre a diferenciação entre diversas moléstias que acometiam a pele, como o botão do Oriente (ou botão de Biskra), a leishmaniose e a boubá e a própria sífilis (JACOBINA, 2019: 31; 42-44; MUÑOZ, 2015: 81-82).

No final do século XIX, a sifilografia emergiu como especialidade, institucionalizando-se a partir do desenrolar de uma série de eventos. Entre eles, esteve a fundação da revista *União Médica*, em 1881, “dedicada prioritariamente a pressionar as autoridades para que tomassem medidas sanitárias contra a progressão da *sífilis* no país” e da qual participou Antônio José Pereira da Silva Araújo (1853-1900),²⁹⁹ considerado um dos precursores da sifilografia no Brasil (CARRARA, 1996b: 82). Silva Araújo também se engajou de modo direto no processo de criação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, dando aulas na referida instituição (BENCHIMOL, 1996; MALAQUIAS, 2016: 741). A Policlínica fora fundada não somente com o objetivo de tratar gratuitamente doentes pobres, através de atendimento ambulatorial e domiciliar, mas também de constituir um espaço de condução de estudos experimentais e de ensino das especialidades médicas, entre elas a sifilografia. Na instituição, que passou a funcionar em 1882, Silva Araújo, além de chefiar o Serviço de Doenças de Pele e Sífilis e o Laboratório de Microscopia, conduziu estudos experimentais e instituiu um curso de especialização em dermatologia e sifilografia, formando outros especialistas que atuaram durante as primeiras décadas do século XX, como Aureliano Werneck Machado (1863-1929)³⁰⁰ e Eduardo Rabello (1876-1940)³⁰¹ (CARRARA, 1996b: 80-86).

No ano de 1882, além do início do funcionamento da Policlínica, foram criadas as Cátedras de Sifilografia nas Faculdades de Medicinas do Rio de Janeiro e da Bahia (BATISTA, 2015: 106-116). Contudo, no Rio de Janeiro, a cadeira só viria a focar os estudos sobre a

²⁹⁹ Antônio José Pereira da Silva Araújo nasceu em Salvador. Formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1874. Mudou-se para o Rio de Janeiro durante os anos de 1880, engajando-se na fundação do periódico “*União Médica*” e na criação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Considerado forte adepto dos ideais pasteurianos, Silva Araújo fez parte do grupo de médicos fortemente comprometidos com os estudos bacteriológicos e parasitológicos durante o século XIX. Faleceu em 1900 (ANTÔNIO JOSÉ PEREIRA DA SILVA ARAÚJO, s/d; MALAQUIAS, 2016).

³⁰⁰ Aureliano Vieira Werneck Machado nasceu em Valença (RJ). Formou-se na FMRJ em 1886 e foi auxiliar de Silva Araújo na Policlínica Geral do RJ, participando do processo de formação do pensamento de gerações de médicos que frequentaram os cursos de seu mestre. Werneck Machado também foi reconhecido por seu interesse na cultura e produção científica germânica, compondo o “grupo dos cinco germanistas”, junto com Oswaldo Cruz, Silva Araújo, Salles Guerra e Alfredo Porto. Foi Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia. Substituiu Silva Araújo depois de sua morte na direção da Policlínica Geral. Faleceu, em 24 de setembro de 1929 (CARRARA, 1996b: 84, nota 11; 87).

³⁰¹ Eduardo Rabello nasceu em Barra Mansa (RJ). Doutorou-se na FMRJ, em 1903, e nos anos seguintes inseriu-se como auxiliar-técnico do Laboratório de Bacteriologia da FMRJ e na direção do Serviço de Doenças de Pele e Sífilis da Policlínica Geral de Botafogo. Neste último, substituiu Juliano Moreira. Em 1906, ficou em primeiro lugar no concurso para Catedrático de Dermatologia e Sifilografia da FMRJ, junto com Fernando Terra. Contudo, assumiu o primeiro, que colocou Rabello como encarregado da organização do Laboratório de Clínica Dermatológica. Participou do processo de criação da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (1912), tornando-se seu presidente de 1925 a 1940. Faleceu em 1940 (CARRARA, 1996b: 89-90).

sífilis após a morte de seu primeiro catedrático, João Pizarro Gabizo (1845-1904), uma vez que, aparentemente, seus interesses residiam mais nas investigações sobre a “lepra”. A FMRJ tornou-se um espaço mais devotado aos estudos sobre a sífilis depois que assumiu o novo catedrático, Fernando Terra (1865-1940), que nomeou Eduardo Rabello como responsável pela organização do Laboratório de Clínica Dermatológica (CARRARA, 1996b: 89-90). Por fim, em 1912, criou-se a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, órgão que viria articular tanto sifilógrafos que atuavam na Faculdade de Medicina e na Policlínica, quanto pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, como Artur Moses (1886-1967),³⁰² e psiquiatras que atuavam no Hospital Nacional de Alienados, como Juliano Moreira e Antônio Austregésilo (1876-1960)³⁰³ (CARRARA, 1996b: 89-90). Tais intelectuais, especialmente os dois primeiros, desempenharam papéis de protagonismo na produção do conhecimento sobre a paralisia geral.

A década de 1920 constituiu-se como um momento em que floresceu a luta antivenérea no Brasil, quando se levou a cabo o primeiro programa nacional de combate à doença, liderado por Eduardo Rabello (CABRAL, 2013). Na segunda metade da década de 1900, Rabello passou a auxiliar técnico do Laboratório de Bacteriologia da FMRJ e, em 1914, foi enviado por Carlos Seidl (então diretor da Diretoria Nacional de Saúde Pública) para a Europa, a fim de estudar as medidas postas em prática nos programas de profilaxia do “mal venéreo”. Um ano depois, Rabello tornou-se professor substituto da Cátedra de Dermatologia e Sifilografia e, no início dos anos de 1920, diretor geral da recém-criada Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV), comandando a campanha nacional contra tais enfermidades. A instituição da IPLDV deu-se no contexto de aprovação do novo Regulamento Sanitário que, além de reorganizar a estrutura da saúde pública no Brasil e de criar a inspetoria, fez obrigatória a frequência na disciplina e a aprovação no exame de clínica dermatológica e sifilográfica na FMRJ. Tais medidas, somadas à fiscalização e a coibição do “charlatanismo” nas práticas de

³⁰² Artur Moses formou-se na FMRJ, em 1908, defendendo a tese intitulada “Do diagnóstico de moléstias infectuosas pela reação de Bordet-Gengou”. Foi assistente do IOC entre 1908 e 1917, quando assumiu o cargo de biólogo e, a seguir, de Chefe do Serviço Veterinário no Ministério da Agricultura até 1921. Foi Livre Docente da Cátedra de Microbiologia da FMRJ e Médico Adjunto do Serviço Clínico do Hospital da Santa Casa da Misericórdia. No final da década de 1920, se tornou primeiro Presidente Emérito da Academia Brasileira de Ciências. Faleceu em 1967 (SILVA, 2011: 31-32; 86).

³⁰³ Antonio Austregésilo Rodrigues de Lima nasceu em Recife (PE). Gradou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1899. Em 1902, começou a trabalhar na Santa Casa da Misericórdia, na Policlínica de Botafogo e, entre 1904 e 1910, no Hospital Nacional de Alienados. Em 1909 foi nomeado Professor Substituto da Cátedra de Clínica Médica, Patologia e Clínica Propedêutica da FMRJ e, em 1912, Professor Catedrático da recém-criada Cadeira de Neurologia da mesma faculdade. Austregésilo também foi presidente da Academia Nacional de Medicina (1935-1937; 1945-1947; 1949-1951), da Academia Brasileira de Letras (1939) e Deputado Federal pelo estado de Pernambuco (1922-1930). Faleceu em 23 de dezembro de 1960 (MUÑOZ, 2015: 32).

combate e tratamento da sífilis (que deveriam ser feitas via IPLDV), outorgaram “especiais poderes” à figura já então consolidada do sifilógrafo (CARRARA, 1996b: 91-94).

Carrara julga “que se deva considerar, de um modo geral, bem-sucedida a implantação da sifilografia no Brasil” e que tal sucesso se deu, em muito, à construção de um tipo de “sífilis nativa”, inerentemente brasileira. Sua capacidade de comprometer a “raça” tornava ainda mais latentes “os malefícios sociais da doença” e, conseqüentemente, a importância da sifilografia para o desenvolvimento e o progresso do país (CARRARA, 1996b: 99). Caso se fizesse uma política sanitária e educativa bem dirigida (por sifilógrafos), o Brasil podia ser eugenicamente redimido, “purificado”, no prazo de poucas gerações. As “raças” que compunham sua população exibiriam, então, seus atributos positivos, apenas momentaneamente mascarados pelas deletérias conseqüências de certas doenças, como a sífilis, e de certos costumes perniciosos, como o excesso sexual que a mesma desencadeava. Assim,

Se os médicos reforçavam a crença de o país ser particularmente sifilizado, isso não apenas consolidava o papel que eles próprios se atribuíam de salvadores da raça e da nacionalidade, mas também fazia com que suas intervenções sanitárias fossem vistas como adequadas e eficazes para atingir tal objetivo (CARRARA, 1996a: 405-406).

É importante ressaltar que o campo da sifilografia se institucionalizou no mesmo momento em que a neuropsiquiatria perseguia o mesmo objetivo. A relação entre sífilis e doença mental desempenhou papel fundamental na concretização do anseio neuropsiquiátrico, o que pretendo mostrar a seguir, através do exemplo da PGP. João Carlos Teixeira Brandão, primeiro Diretor da Assistência Médica e Legal de Alienados e Catedrático Permanente da Clínica Psiquiátrica da FMRJ atuou na Policlínica Geral do Rio de Janeiro (CARRARA, 1996b: 89), estabelecendo contato com os estudiosos que se dedicavam às pesquisas sobre a sífilis, bem como com suas ideias sobre as características e a epidemiologia do “mal venéreo”. Juliano Moreira, futuro diretor do HNA e da AMLA, foi encarregado do Serviço de Moléstias da Pele da Policlínica de Botafogo, criado em 1904, e substituído por Eduardo Rabello alguns anos depois (CARRARA, 1996b: 89). Assim sendo, pode-se enxergar um intercâmbio entre as concepções de sifilógrafos, como Rabello, e de neuropsiquiatras como Moreira no que diz respeito à forma como entendia-se aspectos relativos à paralisia geral e a importância do desenvolvimento de estudos sobre esta doença.

2.9 A CIRCULAÇÃO DAS PRIMEIRAS IDEIAS ACERCA DA ETIOLOGIA SIFILÍTICA DA PARALISIA GERAL PROGRESSIVA

Em meados do século XIX o venereologista americano radicado na França Philippe Ricord (1800-1889)³⁰⁴ descreveu três estágios para a sífilis (doença que ele já diferenciara da gonorreia, e que o francês Léon Bassereau (1810-1887) distinguiu do cancro mole): o primário, o secundário e o terciário. Ricord afirmava que o estágio terciário da enfermidade poderia emergir *anos* após a infecção inicial, e caracterizava-se pela presença de lesões em diversos órgãos do corpo, como ossos, coração, fígado e *encéfalo*. As características patológicas dessas lesões foram bem estabelecidas com base no diagnóstico *post mortem*, nos anos seguintes, através de pesquisas desenvolvidas, fundamentalmente, por cientistas alemães (HURN, 1998: 92-93).

Porém, as controvérsias em torno da identificação das manifestações do estágio terciário da sífilis, descrito por Ricord, não eram poucas. Inúmeras e inespecíficas formas de expressão sintomática do “mal venéreo” eram reconhecidas à época. Na tentativa de contornar essa problemática, médicos recorriam à observação da resposta do paciente a terapias específicas aplicadas contra a doença, sobretudo aquelas baseadas no mercúrio. Desde, pelo menos, o século XIV até o início do século XX, o mercúrio caracterizou-se como um dos principais tratamentos contra a sífilis. Se fosse observada melhora nos sintomas do paciente depois da administração de compostos elaborados com tal metal, estava caracterizado um caso da doença venérea. No século XIV, ao constituir-se como técnica para a identificação da sífilis, tal prática influenciou sua própria caracterização, edificando uma forma de enquadrá-la, que Ludwick Fleck batizou de “entidade nosológica empírico-terapêutica”. Todos os quadros que respondessem ao tratamento específico eram considerados casos de sífilis (FLECK, 2010: 42-44).

Conforme as ideias de Ricord circulavam, surgiam na literatura especializada uma série de casos identificados como de “sífilis cerebral”, descritos a partir de lesões no cérebro e/ou nas meninges, e cujos efeitos seriam paralisia local ou hemiplegia,³⁰⁵ lesões no nervo craniano,

³⁰⁴ Philippe Ricord nasceu em Baltimore (EUA). Foi para Paris pela primeira vez em 1820 e trabalhou como médico externo (sem receber vencimentos) no *Hôpital du Val-de-Grace*. Deixou a referida instituição para estudar com o cirurgião do *Hôtel-Dieu* Guillaume Dupuytren (1777-1835) e terminou seus estudos no *Hôpital de la Pitié*, com Jacques Lisfranc (1790-1847), doutorando-se em 1826. Em 1831, assumiu um posto no Hospital de Doenças Venéreas (*Hôpital des Vénériens*), onde permaneceu por 30 anos. Faleceu em 1889 (ORIEL, 1989; PASHKOV; BETEKHTIN, 2014).

³⁰⁵ O quadro de hemiplegia caracteriza-se pela ocorrência de paralisia em um dos lados do corpo.

convulsões e/ou manifestações chamadas de “loucura sintomática” (*symptomatic insanity*), caracterizada como expressões psíquicas delirantes (HURN, 1998: 93-94). As primeiras conexões estabelecidas entre sífilis e PGP foram publicadas por Friedrich von Esmarch (1823-1908)³⁰⁶ e Peter Willers Jessen (1793-1875)³⁰⁷, em 1857, e encontraram bastante resistência por parte de médicos na França e na Grã-Bretanha. Os cientistas alemães afirmavam terem observado, no asilo de Hornheim, na região de Schleswig, que pertencia à Dinamarca naquele momento, oito (de nove) doentes paralíticos com antecedentes sifilíticos (KRAGH, 2017). Ambos sugeriram, assim, que: “tais fatos provavelmente justificam a hipótese de que a sífilis fundamenta a demência paralítica” (ESMARCH; JESSEN, 1857 *apud* KRAGH, 2017: 1). Entretanto, Esmach e Jessen não foram categóricos em suas conclusões, já que estavam atentos para o fato de que o pequeno número de enfermos observado poderia facilmente servir como argumento para o questionamento das estatísticas que produziram. Ademais, a hipótese colocada pela dupla germânica ignorava o argumento, defendido por muitos médicos, de que os doentes acometidos de PGP não respondiam ao tratamento sifilítico e, por isso, não podiam constituir casos de sífilis (HURN, 1998: 93-95; KRAGH, 2017: 2).

Ao longo da segunda metade do século XIX, outros médicos – entre os quais dinamarqueses, suecos, noruegueses e alemães – conduziram pesquisas que apontavam uma média de 80% a 90% de paralíticos infectados previamente pela sífilis, apuração que os levou às mesmas conclusões publicadas por Esmarch e Jessen anos antes (KRAGH, 2017). Assim, engrossando a fileira dos estudos estatísticos acerca da controvérsia, tais investigações deslocavam o foco dos médicos da busca por “evidências” patológicas, para a tentativa de se estabelecer “evidências” numéricas que comprovassem a relação causal entre sífilis e PGP. Para isso também contribuiu o fato de que não foram encontradas similaridades entre as lesões encefálicas consideradas típicas da PGP e as sifilíticas (KRAGH, 2017: 2). Tais controvérsias, acerca da natureza das lesões que a sífilis poderia provocar no cérebro e as lesões consideradas características da PGP, começaram a se dissolver apenas em meados da década de 1910.

³⁰⁶ Johannes Friedrich August von Esmarch nasceu em Tönning. Iniciou seus estudos de medicina na Universidade de Kiel, terminando-os em Göttingen. Em 1849, foi nomeado Catedrático na Universidade de Kiel e a seguir promovido a um cargo de cirurgião durante a guerra dos Ducados de Elba. Ao final da guerra, retornou a Kiel, onde assumiu a direção da Clínica Cirúrgica da cidade (1854) e do hospital geral. Tornou-se também professor de Cirurgia na mesma universidade (1857-1899). Em 1866, foi nomeado membro da Comissão dos Hospitais Militares e Superintendente das atividades cirúrgicas nos hospitais de Berlim. Morreu em 1908 (MOJICA, 2007).

³⁰⁷ Peter Willers Jessen nasceu em Flensburg. Estudou medicina em Göttingen, Kiel e Berlim. No final de seus estudos em Berlim, Jessen passou a frequentar o *Charité* e a clínica psiquiátrica de um de seus professores Ernst Horn (1774-1848). Em 1820, foi nomeado para a direção do asilo de Schleswig-Holstein, no qual ficou até 1845. Tornou-se também Professor Titular da Universidade de Kiel (1833). Em 1845 abriu sua própria clínica privada, batizada de Hornheim. Faleceu em 1875 (KIRCHHOFF, 1921; KREUTER, 1996).

Assim, a relutância em se aceitar uma íntima relação entre sífilis e paralisia geral também residia na crença de que as lesões *post mortem*, características da segunda, não se enquadravam nas molduras do que se considerava uma lesão “tipicamente sífilítica” à época. Assim, Hurn (1998: 96) destaca que a aceitação mais ampla da teoria etiológica sífilítica da paralisia geral progressiva envolveu não somente a ampliação das investigações acerca desta última, mas, sobretudo, as mudanças na forma como a própria sífilis passou a ser enxergada pela medicina. Na Europa, tal mudança foi protagonizada pelo sífilógrafo francês Jean Alfred Fournier (1832-1914),³⁰⁸ cujas concepções acerca da doença venérea influenciaram em ampla medida o pensamento médico brasileiro. Sua figura esteve intimamente relacionada à consolidação do campo da sifilografia no Brasil – seus trabalhos circularam de modo amplo entre os médicos dedicados aos estudos das doenças venéreas no país, contribuindo para a elaboração de uma retórica que teria, entre outros objetivos, a institucionalização do campo do conhecimento em questão (CARRARA, 1996b).

Referindo-se aos casos de sífilis terciária reportados em números crescentes na literatura, Fournier defendia fervorosamente a ideia de que a sífilis representava, cada vez mais, uma ameaça à sociedade. A doença demandava medidas profiláticas urgentes, uma vez que seu potencial mórbido se revelava progressivamente mais amplo, ultrapassando os domínios estabelecidos até então e penetrando até as estruturas corpóreas mais profundas. Contudo, Fournier não foi inicialmente um adepto da teoria da etiologia exclusivamente sífilítica da paralisia geral. Em trabalho publicado em 1879, o médico francês afirmava que os pacientes observados pelos defensores de tal ideia eram, na realidade, exemplos de casos de sífilis terciária cerebral com sintomas clínicos muito similares aos da PGP. Assim, para designar tais casos, Fournier cunhou o termo “pseudo-paralisia geral de origem sífilítica”, afirmando que poderiam ser facilmente identificados a partir da administração da medicação antissifilítica e da observação da melhora do quadro desses enfermos (HURN, 1998: 99-100).

Apesar de tal resistência, o sífilógrafo não excluía a existência de *alguma* relação entre ambas as doenças. Segundo ele, a sífilis seria capaz de produzir consequências que transcendiam as lesões patológicas já descritas para ela, perturbando o organismo de modo inespecífico e generalizado. A ideia de que a sífilis desencadeava a vulnerabilidade da economia

³⁰⁸ Jean Alfred Fournier nasceu em Paris. Em 1854, iniciou seus estudos em medicina, sob supervisão de Philippe Ricord no *Hôpital du Midi*. Em 1863, tornou-se Professor *Agrégé* na Faculdade de Medicina de Paris e, cinco anos depois, chefe de um dos serviços do *Hôpital Louchette*. Em 1876, passou a atuar no Hospital de Doenças Venéreas de St. Louis, onde ficou até 1902. Em 1880 tornou-se Catedrático de Sífilis e Moléstias da Pele e, em 1901, fundou o *Société de Prophylaxie Sanitaire et Moral*, que promovia programas educacionais de controle da sífilis na França. Faleceu em 1914, em Paris. Em 1946, a França criou um selo para levantar fundos para a luta antivenérea com o rosto de Fournier (BEESON, 1924; FRESQUET, 2007; HAAS, 1998).

corpórea a outras infecções, debilitando-a e preparando o “solo” encefálico para outros processos mórbidos, já era disseminada. Entretanto, nesse momento tal noção se tornava mais sofisticada e complexa, passando a embasar a origem formal do termo “diátese sifilítica”,³⁰⁹ concepção essa cujo recorrente uso médico refletia a expansão dos domínios de influência da doença (HURN, 1998: 99-100).

No Rio de Janeiro, teses em cujo título constava o termo “sífilis cerebral” também começaram a ser elaboradas como trabalhos de doutoramento na FMRJ. Em 1882, um trabalho defendido na Cadeira de Clínica Interna, de autoria de Francisco Betim Paes Leme (?-?)³¹⁰ afirmava:

Desde a dor mais benigna até a nevralgia mais violenta, desde o mais ligeiro enfraquecimento da locomoção até a paralisia mais completa; desde a simples inquietação nervosa até a hipocondria mais profunda e a mania mais furiosa, a sífilis pode trazer à cena quando se assesta no encéfalo.³¹¹

Referindo-se aos sifilógrafos como os responsáveis pela identificação e tratamento da sífilis cerebral, Paes Leme lamentava que seu reconhecimento fosse difícil, uma vez que a doença não possuía um sintoma exclusivo e que o sentimento de vergonha associado à ideia de portar a sífilis complicava ainda mais o trabalho do médico:

Como pois conhecê-la? [...] Eis o que procurarão os sifilógrafos, e conquanto não se possa à primeira vista e rapidamente afirmar na presença de um paralítico, que se trata de um sifilítico ou não, contudo depois de certos esclarecimentos poder-se-á dizer com maior ou menor certeza se é ou não a *diátese sifilítica* a causa dos sintomas apresentados pelo doente. [...]

Nas indagações tem o médico que lutar com a vergonha do doente, que oculta o mais possível a existência do cancro, negando pertinazmente aquilo que eles julgam ser uma desonra.³¹²

³⁰⁹ Em medicina, o termo “diátese” designa a predisposição de um indivíduo para desenvolver determinadas doenças. A expressão “diátese sifilítica” referia-se, assim, à capacidade que, acreditava-se, a sífilis tinha que desencadear outras doenças.

³¹⁰ Francisco Betim Paes Leme formou-se na FMRJ em 1882 e, em 1883, tornou-se Médico da Comissão Sanitária da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Foi também Delegado de Higiene da freguesia do Engenho Velho (Rio de Janeiro) (1886-1889). Em 1925, participou da fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas tornando-se seu presidente por um ano (1925-1926). Em 2000, a referida entidade criou um prêmio com o nome de Paes Leme (CARVALHO, 2012; DAUWE; KIGLER; MADUREIRA, s/d; GUERRA, 1996).

³¹¹ LEME, F. B. P. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, p. 3.

³¹² LEME, F. B. P. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, pp. 3-4, grifos meus.

Contudo, discordando de Fournier, Paes Leme afirmava que o uso da medicação específica não era tão categórica na exclusão do diagnóstico de sífilis, uma vez que, em muitos casos, a mesma já teria “produzido lesões tão profundas, que impossível é removê-las mesmo com a medicação mais enérgica”.³¹³ Assim, mesmo que o quadro do doente não respondesse ao tratamento antissifilítico, isso não necessariamente deveria ser interpretado como um indício de que tal estado sintomático não tivesse a sífilis como sua causa; pelo contrário, o “mal venéreo” já teria se instaurado de tal modo no organismo, que suas consequências patológicas seriam de reversão impossível ou muito difícil.

Paes Leme dividia a sífilis cerebral em seis formas distintas: “cefalalgia”; congestiva; epiléptica; mental; afásica e parálitica (“paralisia geral dos alienados de origem sifilítica” ou “pseudo-paralisia dos alienados, de Fournier”). Para ele, deveria haver um meio-termo entre aqueles que acreditavam que a sífilis seria a única causa da paralisia geral, e, portanto, não viam sentido em designar duas denominações diferentes para manifestações sintomáticas de origem comum; e os defensores da ideia de que a ocorrência do “mal venéreo” em paralíticos gerais seria apenas uma coincidência:

Além, porém, desta paralisia geral dos alienados de origem sifilítica e em tudo semelhante à outra paralisia produzida por outras causas, a sífilis cerebral produz uma moléstia que conquanto apresente alguns sintomas idênticos ao da outra moléstia contudo diferencia-se por alguns outros; foi a esta moléstia que Fournier deu o nome de pseudo-paralisia dos alienados.³¹⁴

De acordo com Paes Leme, a pseudo-paralisia geral (de Fournier) e a paralisia geral “verdadeira” (que, para ele, *poderia* ter diversas origens, entre elas a sífilis), apesar de compartilharem certos sintomas, poderiam ser diferenciadas através dos seguintes sinais:

Fonte: LEME, F. B. P. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, pp. 22-25.

| Paralisia geral “verdadeira” | Pseudo-paralisia geral (de Fournier) |
|--|---|
| Ausência de cefaleia | Cefaleia |
| Ausência de vertigens | Vertigens |
| Acessos convulsivos no estágio final da doença | Acessos convulsivos no princípio da moléstia |
| Delírio de grandeza pronunciado | Ausência de delírio de grandeza |
| Tremores muito pronunciados, especialmente no lábio superior | Tremores pouco pronunciados, raramente observados no lábio superior |

³¹³ LEME, F. B. P. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, p. 4.

³¹⁴ LEME, F. B. P. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, p. 22.

Divergindo do colega Paes Leme, Gabriel Philadelpho Ferreira Lima (?-?), que defendeu seu trabalho na Cadeira de Clínica Médica, só admitia três formas de sífilis cerebral: “cefalalgia”, convulsiva e parálitica, que poderiam se sobrepor ou aparecerem de modo isolado. Sobre a última, Ferreira Lima dizia que “tem por caráter desde as simples perturbações motoras e sensitivas até a paralisia geral”.³¹⁵ No que dizia respeito à diferenciação dos dois quadros (pseudo-paralisia geral e paralisia geral “verdadeira”), concordava com Paes Leme, apontando de forma muito similar meios de distingui-las.

Ambos os trabalhos deixam transparecer as características de continuidade com as concepções anteriores e a complexidade do processo através do qual os médicos passaram a aceitar a etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva. Como já mencionado, embora Fournier tenha criado o termo “pseudo-paralisia geral”, não negava a relação entre a sífilis e a paralisia geral progressiva “verdadeira”. Assim, citando o próprio, além de outros médicos franceses, Ferreira Lima aventava duas hipóteses para os casos de indivíduos com sífilis que apresentavam paralisia geral “verdadeira” – a de que essa seria uma coincidência ou a de que a o quadro de sífilis teria evoluído para uma PGP:

Abandonada a hipótese da simples coincidência, como questão muito secundária, resta saber se a sífilis pode produzir a meningo-periencefalite difusa.³¹⁶ *Para mim é uma questão vencida: a sífilis pode produzir a meningo-periencefalite difusa, cujo quadro clínico é a paralisia geral [“verdadeira”] [...].*

É sabido que a sífilis, quanto mais grave é e quanto mais adiantadas são as suas lesões, tanto mais tende a localizar-se e a concentrar-se; mas não quer isto dizer que nunca poderá produzir lesões muito mais graves e extensas, não [...] À vista, pois, da sífilis trazer tais lesões, não há razão para que deixe de trazer a meningo-periencefalite difusa [...] não admira que a sífilis, *caprichosa como é em suas manifestações*, produza essa enfermidade trazendo como quadro clínico a paralisia geral.³¹⁷

Para sustentar suas afirmações, o autor citava uma observação que um grupo de médicos franceses, entre eles Philippe Ricord, havia discutido. Essa referia-se a uma mulher diagnosticada com paralisia geral, mas que já havia recebido tratamento para combater uma infecção sífilítica do próprio Ricord. Após sua morte, foi examinado seu tecido cerebral e, os achados da análise “mostra[vam] quanta influência teve a sífilis nas lesões cerebrais [...] à vista

³¹⁵ LIMA, G. P. F. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, p. 33.

³¹⁶ (Meningo)periencefalite era um dos termos médicos utilizados para fazer referência às lesões anatomopatológicas usualmente identificadas nos quadros diagnosticados como de paralisia geral progressiva.

³¹⁷ LIMA, G. P. F. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, pp. 44-45, grifos meus.

de semelhante fato não pode haver mais lugar para a dúvida; é pois certo que a sífilis também produz a paralisia geral [“verdadeira”].³¹⁸ Além das considerações sobre a ampla natureza das lesões encefálicas feitas pelo autor, é importante ressaltar que em seu trabalho também fica evidente o discurso mapeado por Carrara (1996) no meio sifilográfico – o referente ao amplo número de formas de manifestação da sífilis. Tal retórica, vale ressaltar novamente, sustentava ideias mais gerais sobre o real perigo do “mal venéreo” e as necessidades de se empreender medidas de combate ao mesmo, orientadas por médicos especialistas, sobretudo, sifilógrafos.

Entretanto, durante a última década do oitocentos, Fournier mudou sua opinião acerca do assunto, muito por conta das reflexões que fez sobre o potencial hereditário³¹⁹ da sífilis. A ideia de que a doença poderia ser transmitida à prole é, segundo Hurn, “tão velha quanto a história da própria doença” (HURN, 1998: 101). Contudo, a emergência da figura do heredo-sifilítico certamente engrossou o elo entre o “mal venéreo” e a ameaça da degeneração, como discutirei adiante. Em 1894, Fournier coletou dados estatísticos referentes a pacientes paralíticos e que, segundo ele, relacionavam de modo convincente essa com a sífilis. O médico passou a defender, então, não que a última pudesse ser *uma* das causas da primeira enfermidade, mas que a sífilis constituía-se como o *principal* fator etiológico da paralisia geral progressiva (HURN, 1998: 102).

Deste modo, o sifilógrafo francês cunhou o termo “parassífilis” para designar doenças que seriam de *causa*, porém, não de *natureza* sifilítica. Em outras palavras, doenças como a paralisia geral progressiva e a tabes teriam na sífilis sua causa principal, a despeito de manifestarem-se de modo diferente daquele tradicionalmente atribuído ao “mal venéreo”. Hurn afirma que o conceito de parassífilis pode ser considerado um *update* da noção de diátese sifilítica. De certa forma, esse indicou uma consolidação da expansão dos domínios da doença venérea, uma vez que passou a ser amplamente utilizado por diversos médicos. Contudo, como demonstram as fontes aqui analisadas, parece que o uso do conceito de parassífilis demorou a chegar ao vocabulário neuropsiquiátrico carioca, assim como tardou a sair dele. Os primeiros autores que dedicam integralmente suas teses à PGP posicionaram-se de diferentes formas: ou negaram-se a assumir que a sífilis *per se* seria capaz de causar a paralisia geral ou sequer mencionavam a primeira doença como causa da segunda.³²⁰

³¹⁸ LIMA, G. P. F. **Do diagnóstico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882, p. 47.

³¹⁹ É importante ressaltar que “hereditário” aqui refere-se a um elemento que podia ser passado dos pais aos filhos, e ao qual, hoje, nos referiríamos como “congênito”.

³²⁰ FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883, pp. 7-8. Como demonstrado no capítulo anterior, na tese Pitombo (1885), por exemplo, há um intenso debate sobre as categorias de “demência paralítica” e “loucura

Deste modo, Fournier, antigo oponente das estatísticas aferidas por cientistas alemães relacionando sífilis e paralisia geral, lançava mão da mesma estratégia numérica para defender suas novas concepções. Em “*Les Affections Parasyphilitiques*” (“As afecções parassifilíticas”), publicado em 1894, o francês apontava que entre 66% e 80% dos casos de paralisia geral aos quais teve acesso indicavam a existência de uma infecção sífilítica anterior. Advogando uma nova definição do “mal venéreo”, fomentada, sobretudo, pela expansão da ascendência da sífilis sobre os corpos, Fournier destacava a urgência e centralidade da implementação de medidas profiláticas (já que as afecções parassifilíticas não respondiam à terapêutica mercurial). E, em consequência disso, a importância premente da sífilografia para a saúde pública (HURN, 1998: 103-110). Porém, o cientista francês parecia estar atento às potenciais disputas que suas ideias poderiam fazer eclodir entre “sua” especialidade e o campo da neuropsiquiatria, por exemplo, quando advogava um trabalho conjunto entre médicos com diferentes expertises.

Naquele momento, na Grã-Bretanha, por exemplo, psiquiatras tentavam lidar com as incongruências entre as evidências estatísticas e as características patológicas e terapêuticas da sífilis, ao contrário de neurologistas, que aceitaram rapidamente o link entre essa e a *tabes*. Hurn atribui tais contrastes de posicionamento às diferenças nas dinâmicas de produção de estudos sobre as doenças psíquicas/nervosas em ambos os campos. Segundo a autora, a neurologia britânica consolidou-se como especialidade em meio às conquistas de espaços institucionais que permitiram a produção de estudos confirmadores da relação de causa e efeito entre a sífilis e a *tabes*. A condução de tais pesquisas era relativamente simples, ocorrendo nos pequenos hospitais que prestavam assistência a *tábidos*. Além disso, a princípio, tais pacientes retinham sua lucidez, o que facilitava a coleta de informações sobre uma potencial infecção sífilítica prévia (HURN, 1998: 113-115).

As dinâmicas com relação ao campo psiquiátrico britânico eram diferentes. As instituições de alienados abrigavam um contingente muito maior de pacientes – grande parte dos quais, segundo os médicos, não se encontrava em condições psicológicas de emitir um julgamento adequado de seus antecedentes pessoais. Ademais, psiquiatras que atuavam em instituições asilares diziam-se atribulados com a carga de afazeres burocráticos, restando-lhes,

paralítica”. Entre as causas da primeira, o autor sequer menciona a sífilis; sobre a segunda, afirma: “Alguns alienistas que acreditam que a sífilis é uma das causas de loucura paralítica têm empregado o mercúrio, porém Ball opõe-se a esse emprego, no que achamos razão de ser em vista de acreditarmos que a sífilis não determina a loucura paralítica”. NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890, p. 15; PITOMBO, E. A. M. **Da paralysis geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885; SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralysis geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884.

assim, pouco tempo para a pesquisa (HURN, 1998: 113-119). No que dizia respeito à paralisia geral progressiva, apesar de haver médicos que simpatizavam com a ideia de uma relação causal com a sífilis, expoentes da psiquiatria britânica como Thomas Clouston negavam-na totalmente. Ignorando os estudos germânicos já publicados, Clouston justificava tal posicionamento através da suposta falta de estatísticas contundentes. Assim, tais médicos continuavam a recorrer a uma ampla gama de fatores para explicar as origens da paralisia geral (DAVIS, 2008: 199; HURN, 1998: 115-119).

A pressão para que se revisse tal posicionamento começou a se intensificar por parte dos médicos adeptos da ideia da sífilis como principal causa da PGP. Durante os últimos anos do século XIX, a última concepção parecia se tornar cara a um número cada vez maior de psiquiatras britânicos. Hurn associa tal mudança de opinião aos novos enquadramentos dados às possíveis formas de expressão do “mal venéreo” e à ampliação de sua esfera possível de intervenção nos corpos – visões essas massivamente veiculadas nas obras de Alfred Fournier, como já comentado. A partir deste momento, novas evidências passaram a depor a favor da sífilis como causa primordial da paralisia geral. Além da descrição da doença em jovens (que não haviam sido suficientemente expostos aos “excessos da civilização” para tornarem-se paralíticos), foram elaborados novos estudos que articulavam a incidência do “mal venéreo” e da PGP a partir de outras lógicas. Em 1899, por exemplo, o psiquiatra alemão Richard Von Krafft-Ebing realizou experimentos em que inoculou pacientes diagnosticados como paralíticos com o “vírus” sífilítico. Esses não desenvolveram os sintomas da última doença, o que levou o médico a afirmar que já estavam contaminados com ela (DUARTE, 1989; HURN, 1998: 115-119).

Segundo Davis (2008), as considerações feitas pelo psiquiatra alemão Émil Kraepelin foram, a partir de 1904, decisivas para a aceitação da ideia de que a sífilis seria a única causa da paralisia geral progressiva entre psiquiatras escoceses. Como já mencionado, o paradigma da multicausalidade, antes aceito como teoria etiológica para diferentes doenças, passou a dividir espaço com a emergência da bacteriologia em meados do século XIX. Apesar das discordâncias entre Louis Pasteur e Robert Koch, os estudos conduzidos por ambos os cientistas conferiram lastro às teorias que enxergavam os micróbios como causa das patologias. Contudo, como já apontado por Edler (2011: 122), tais teorias não eram incompatíveis com as visões ambientalistas acerca do que provocava os quadros de adoecimento. É exatamente esta ideia que sustento, neste capítulo, com relação à paralisia geral. As apreciações de Kraepelin, referidas por Davis, inserem-se na vertente do pensamento bacteriológico que valorizava a produção de evidências laboratoriais para sustentarem as etiologias dos quadros patológicos. A

descrição da bactéria transmissora da sífilis, em 1905, o desenvolvimento da reação de Wassermann, a partir de 1906, e a publicação dos resultados dos experimentos conduzidos por Noguchi e Moore, em 1913, foram eventos que contribuíram para a aceitação da etiologia sífilítica da paralisia geral (DAVIS, 2008: 199-204) e serão contemplados especificamente adiante. Contudo, esses não foram os únicos. É verdade que a partir do desenvolvimento das referidas técnicas, associações entre ambas as doenças foram feitas através da aplicação reações de fixação do complemento e da identificação da bactéria sífilítica no cérebro de parálíticos. Mas as estatísticas elaboradas a partir dos princípios de observação clínica também contribuíram significativamente para aproximar etiologicamente a sífilis da PGP. Vejamos como.

2.10 “ATUANDO NUM TERRENO PREPARADO” – A CORRELAÇÃO ENTRE A SÍFILIS E PGP NO CÍRCULO NEUROPSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO

Assim como Juliet Hurn (1998) afirma para o caso da Grã-Bretanha, no Rio de Janeiro, a aceitação da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva não pode ser caracterizada como uma mudança que ocorreu de modo súbito. As convicções dos neuropsiquiatras que atuavam no Distrito Federal acerca das causas efetivas da PGP não foram *substituídas* “da noite para o dia”, através de um processo que apagou todo e qualquer resquício das ideias que vigiam, e, muito menos, visando qualquer objetivo, *a priori*, de legitimação. Como também já discutido, enxergo os médicos, cujos discursos são neste trabalho analisados, como cientistas. Esta categorização implica, de fato, em se considerar suas aspirações sociopolíticas enquanto grupo profissional que se formava. Contudo, sem se enquadrar a construção da “lógica científica” desses atores a partir de um viés teleológico, como se todo e qualquer pensamento ou convicção fosse elaborado intentando-se o objetivo de legitimação e/ou aquisição de prestígio social.

Até então, os argumentos da medicina mental em prol da ideia de uma etiologia sífilítica para a paralisia geral baseavam-se, predominantemente, nos trabalhos estatísticos produzidos no mundo e que, acreditava-se, comprovavam a ocorrência da sífilis em parálíticos (DAVIS, 2008; KRAGH, 2017; HURN, 1998; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2014). A associação entre ambas as doenças era feita a partir do registro de sinais ou vestígios clínicos que indicassem a presença, concomitante ou não, das duas enfermidades em pacientes. Nesse sentido, Hurn (1998: 95-96) aponta que a estatística contribuiu como ferramenta de legitimação para os estudos psiquiátricos, tendência essa que exerceu influência sobre diferentes campos da

medicina durante o século XIX. Aliás, segundo Caponi (2012), Edler (2011) e Ferreira (1994), as ferramentas e concepções provenientes do campo da estatística foram fundamentais para o processo de objetivação do conhecimento produzido por diferentes ramos das ciências, especialmente, daqueles ligados ao estudo das populações e das formas de se controlar seus contingentes.

No caso do Brasil, o trabalho que encontrei que explora de modo mais contundente tal vertente é a referida tese de João Pedro de Albuquerque (1896). É importante ressaltar que não havia neste momento uma produção de estatísticas nacionais de modo sistematizado sobre as doenças mentais. Assim, quando falo em “estatísticas”, não me refiro necessariamente a fontes produzidas por órgãos governamentais. O primeiro passo para que fossem produzidos dados mais volumosos e seriados nesse sentido foi o estabelecimento da primeira classificação brasileira de doenças mentais, que ocorreu apenas no final da primeira década do novecentos. No início do capítulo sobre o tema da “parassífilis”, Albuquerque afirmava que esse era dos mais controvertidos e que não havia acordo entre os neuropsiquiatras acerca da relação causal entre sífilis e PGP. Ainda que reconhecendo as divergências entre eles, o médico argumentava que se apoiou em diferentes números para tentar dirimir tais dúvidas, e apresentou dados de sífilíticos entre pacientes paralíticos em países como Inglaterra, Rússia, Estados Unidos, Suécia, Dinamarca e Alemanha, produzidos durante a segunda metade do século XIX.³²¹

No Hospital Nacional de Alienados, Albuquerque especificava que haviam sido identificados 13 sífilíticos “certos” e 1 “provável”, entre 45 paralíticos, totalizando 28,8% de casos de sífilis e paralisia geral. Em seguida, completava sua matemática com a seguinte afirmação: “Há a considerar que não foi possível conseguir-se informações dos antecedentes pessoais de 16 dos [45] doentes: abstração feita desses 16 casos eleva-se a proporção da nossa estatística a 44,8% (sífilis certa)”.³²² Para a Casa de Saúde do Dr. Eiras identificou-se, entre os 38 paralíticos gerais tratados de 1880 e 1887, 11 sífilíticos (27,94%). Entretanto, Albuquerque considerava “que em 10 doentes os dados anamnésicos eram completamente desconhecidos e se deduzirmos esse número do que ficou anteriormente referido será então de 39,28%”.³²³ O médico trazia ainda outro argumento em favor da ideia da etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva. Baseado no reconhecimento da pouca incidência da doença em “populações

³²¹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 95-100.

³²² ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 106.

³²³ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyssia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, p. 106.

agrícolas” e em religiosos, pontuava que a PGP era desconhecida ou rara nesses grupos, assim como a sífilis.³²⁴

Segundo Albuquerque, os franceses Gilbert Ballet (1853-1916)³²⁵ e Pierre Marie (1853-1940)³²⁶ desacreditavam que o exame anatomopatológico e os elementos clínicos e terapêuticos permitiam que se associasse sífilis e paralisia geral progressiva. Para a dupla francesa, as lesões cerebrais encontradas em sífilíticos e em paralíticos eram de natureza díspar, e entre os elementos clínicos apresentados pelos pacientes nem sempre se identificavam sobreposições. Contudo, Albuquerque discordava da lógica da terapêutica específica, que falava contra a relação etiológica entre a sífilis e a PGP. Recorrendo ao conceito de parassífilis, defendia que a lesão encefálica encontrada em casos de paralisia geral seria provocada pela infecção sífilítica. Deste modo, ainda que suas características não fossem iguais, sua gênese era comum. Segundo ele, depois de instauradas as lesões de origem sífilítica, a terapêutica não teria mais ação sobre o desenrolar do quadro patológico e, por isso, o tratamento não fazia efeito. Albuquerque assim concluiu a questão:

Somos de parecer [...] que a paralisia geral seja uma consequência da sífilis, atuando porém sobre um terreno predisposto, apto à produção da moléstia [...].

A questão, cremos, em breve estará resolvida: o maior rigor nas pesquisas, o cuidado nas necropsias e a *educação sífilítica* são já de natureza a se poder considerar que é a sífilis uma das causas mais frequentes na produção da paralisia geral progressiva *desde que atua [sic] em terrenos preparados* [...].

Em resumo: 1º Baseados em fatos de natureza diversa podemos sustentar ser a sífilis um dos elementos que mais elevada escala contribuem para o desenvolvimento da paralisia geral dos alienados *em um terreno apropriado, apto à sua produção*. 2º É a sífilis que, nas estatísticas que possuímos sobre a paralisia geral no Brasil, ocupa o 1º lugar como causa ocasional.³²⁷

³²⁴ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 109-110.

³²⁵ Gilbert Ballet nasceu em Ambazac (Haute-Vienne). Estudou medicina em Limoges e Paris. Foi Assistente de Charcot na *Salpêtrière*, em 1882. Em 1884, tornou-se médico na mesma instituição e, dois anos depois, professor da Faculdade de Medicina de Paris. Em 1890, foi nomeado Diretor do Departamento de Neurologia e Psiquiatria, na *Salpêtrière*. Em 1907, tornou-se Professor Titular da Cadeira de História da Medicina da Faculdade de Paris e, em 1909, de Clínica das Doenças Mentais em *Saint-Anne*. Faleceu em 1916 (HAUSTGEN, 2016; VAYRE, 2007).

³²⁶ Pierre Marie nasceu em Paris. Em 1878, tornou-se interno na Faculdade de Medicina da mesma cidade, sob a supervisão de Jean-Martin Charcot. Doutorou-se em 1883, e foi promovido a Professor *Agrégé* na referida faculdade, em 1889. Em 1897, foi nomeado médico no *Bicêtre*, permanecendo no cargo até 1907, e fundando um departamento de neurologia que ficou internacionalmente conhecido. Em 1907, foi nomeado para a Cadeira de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de Paris. Em 1918, passou a Catedrático de Neurologia da *Salpêtrière*, posto que havia sido ocupado por Charcot. Faleceu em 1940 (COHEN, 1953; PEARCE, 2004).

³²⁷ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 110; 112, grifos meus.

Como aponte, muitos médicos não utilizavam de modo acrítico as estatísticas para corroborar certos dados, mostrando-se conscientes da limitação do método em questão. Porém, ainda que procurando demonstrar tal ciência ao indicar a discrepância entre os números produzidos, Albuquerque lançava mão de um tratamento aos dados estatísticos que favorecia a importância da sífilis como causa da paralisia geral progressiva, e fazia isso de modo consciente, explicando a interpretação que deu aos números. Do total de doentes diagnosticados com PGP, era subtraída a parcela referente àqueles sobre os quais não havia informação sobre antecedentes sífilíticos. Deste modo, a porcentagem de sífilíticos entre os paralíticos aumentava, conferindo *destaque* a essa proporção, o que não ocorreria se o médico tivesse dividido seu universo amostral em quatro categorias (sífilíticos certos, sífilíticos incertos, não-sífilíticos e sem informação). Este último tipo de abordagem já estava, no momento, prevista no quadro teórico-metodológico da estatística, como apontado pelo próprio autor, quando se refere ao trabalho do francês Emmanuel Régis. Régis reportava, segundo Albuquerque, um percentual de 6,6% de sífilíticos “incontestáveis” entre 318 paralíticos. Tal porcentagem foi apontada pelo francês a partir da divisão dos doentes de PGP em quatro categorias: sem informação (288); sífilis provável (1); sífilis certa (21); não sífilíticos (8).³²⁸

Ainda relacionado à produção das estatísticas, um segundo ponto que gostaria de destacar refere-se aos motivos utilizados por Albuquerque para o “desconhecimento” acerca da existência (ou não) de um componente venéreo nesses pacientes. Assumindo que havia situações em que os indivíduos e/ou seus familiares de fato desconheciam, ou não possuíam condições mentais para afirmar se haviam sido vítimas de uma infecção sífilítica, o médico cogitava também o falseamento dos “fatos” por parte dessas pessoas e a incapacidade dos médicos (generalistas) de identificarem a incidência pretérita do “mal venéreo”. Albuquerque argumentava que alguns autores “exageravam”, vendo a sífilis em qualquer lugar, ao passo que outros minimizavam ou negavam por completo sua incidência.³²⁹ Aí residiria a importância da *expertise* médica, capaz, segundo ele, de enxergar a sífilis nas situações nas quais sua presença teria de fato ocorrido.

Durante a segunda metade do século XIX, as descrições dos danos causados por muitos dos “infinidamente pequenos” na saúde de homens e mulheres ganharam forte inspiração a partir, especialmente, dos estudos conduzidos, na França e na Alemanha, por cientistas como

³²⁸ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 106-107.

³²⁹ ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896, pp. 106-107.

Louis Pasteur Robert Koch. Assim, no momento em que Albuquerque defendeu sua tese, a ideia de que grande parte das doenças se originava, na realidade, não de várias, mas apenas uma causa já era amplamente aceita por certos campos médicos. O novo paradigma consolidou-se a partir da identificação bem-sucedida de micróbios como agentes etiológicos de diferentes patologias humanas.

No que dizia respeito à sífilis, a busca pelo patógeno só começou a dar frutos nos anos de 1904 e 1905. Neste momento, o médico alemão John Siegel (1861-1941)³³⁰ anunciava que havia encontrado o agente etiológico da sífilis – um protozoário. Por conta da importância que teria a descoberta de Siegel, autoridades sanitárias germânicas decidiram que outros testes deveriam ser conduzidos nos laboratórios de instituições públicas de saúde daquele país (FLECK, 2010: 57). Assim, em uma reunião em fevereiro de 1905, Fritz Schaudinn (1871-1906),³³¹ à época conselheiro da Secretaria Imperial de Saúde, foi designado para procurar o diretor da Clínica Dermatológica do Hospital *Charité* (Berlim), Edmund Lesser (1852-1918). Lesser lidava com doenças dermatológicas e venéreas e aceitou colaborar com os estudos que seriam conduzidos para verificar os resultados de Siegel. A Clínica Dermatológica doou o material patológico necessário para a condução dos novos testes e Lesser indicou seu primeiro assistente, o dermatologista Paul Erich Hoffmann (1868-1959),³³² para auxiliar Schaudinn nas pesquisas. No dia 3 de março de 1905, os dois cientistas conseguiram identificar “no líquido fresco do tecido de uma pápula sífilítica” a ocorrência de espiroquetas “muito tênues e de grande mobilidade, bem visíveis apenas com os melhores recursos óticos [sic]”, a chamada *Spirochaeta pallida* (FLECK, 2010: 57).

A partir desta publicação, Schaudinn e Hoffmann, mas sobretudo o primeiro, passaram a ser reconhecidos como os que haviam, pela primeira vez, conseguido identificar o micróbio

³³⁰ John Siegel nasceu em Stade (Baixa Saxônia). Estudou medicina em Freiburg e Bonn e, em 1889, tornou-se clínico geral em Britz (subúrbio proletário de Berlim). Trabalhou na identificação dos agentes etiológicos de diferentes doenças, estudando com Franz Eilhard Schulze (1840-1921). Durante a Primeira Guerra, trabalhou em um hospital de campanha e, depois do fim do conflito, parece não ter exercido mais a atividade científica *sensu stricto*. A partir de 1931, passou a trabalhar como clínico em Freiburg, onde faleceu 10 anos depois (LINDENMANN, 2001).

³³¹ Fritz Schaudinn nasceu em Röseningen (Prússia Oriental). Tornou-se zoólogo especialista em parasitologia e foi supervisionado por F. E. Schulze. Trabalhou na identificação do microrganismo causador da sífilis, mas dizia-se insatisfeito com seu trabalho na Secretaria Imperial de Saúde, privado de conduzir suas pesquisas da forma como gostaria. Em 1905, aceitou um convite para transferir-se para Hamburgo. Foi submetido a uma operação de emergência a bordo de um navio durante o retorno de um congresso, em 1906. Faleceu pouco tempo após sua chegada (LINDENMANN, 2001).

³³² Paul Erich Hoffman nasceu em Witznitz (Pomerânia). Formou-se em medicina pela Academia Militar de Berlim e foi nomeado para exercer funções na Clínica Universitária, sob a supervisão de Edmund Lesser. Em 1909, tornou-se diretor da Policlínica Dermatológica da Universidade de Halle e, um ano depois, assumiu a direção da Clínica Universitária que tratava doenças da pele, em Bonn. Foi professor Emérito da Universidade da mesma cidade, membro honorário de diversas associações científicas e editor e coeditor de periódicos. Faleceu em 1959, em Bonn (BLUMENTHAL, 1959).

da sífilis. Contudo, tratando a produção do conhecimento científico como uma atividade coletiva, Ludwick Fleck chama atenção para o fato de que

Mesmo assim e apesar de “mais que 100 autores, nos mais variados produtos da sífilis,” terem encontrado *Spirochaeta pallida*, a secretária, que foi o verdadeiro descobridor, manteve-se muito reservada: “Num relatório da secretária de saúde ao secretário do ministério público [...] revisado e assinado por Schaudinn na qualidade de correlator, [...] expõe-se de que a conclusão de enxergar na *Spirochaeta pallida* o agente da sífilis não é sem justificativa.” É dessa maneira tão cautelosa, tão sóbria, tão obediente que o colégio dos servidores públicos trabalhou e julgou, ao qual deve ser atribuído o título de descobridor do agente da sífilis. Dessa mesma maneira tão cautelosa, tão sóbria, tão obediente, os descendentes espirituais daqueles o apresentam até hoje (FLECK, 2010: 57-58).

Fleck considera que o trabalho de Schaudinn emergiu inserido no conceito de sífilis de sua época, (n)o qual o cientista “atuou” e “ampliou”. Mas para Fleck, Siegel também teria identificado, com base em outros referenciais, um agente para a doença em questão. O que diferenciou, segundo ele, os desdobramentos díspares que os estudos dos dois cientistas teriam foram elementos relacionados às tradições de pensamento dominantes à época, bem como às dinâmicas de funcionamento dos campos científicos (FLECK, 2010: 57-58). As tentativas de se formar o pódio das descobertas científicas faz pouco sentido do ponto de vista das propostas teórico-metodológicas dos campos de estudo da História e da Sociologia das Ciências. Tal postura esvazia a complexidade e a riqueza dos processos em questão, ignorando igualmente sua natureza dinâmica e complexa. A descrição do microrganismo causador da sífilis é um exemplo que ilustra bem tal posicionamento, uma vez que, para ele, contribuíram diferentes cientistas. O evento, estudado por Fleck, também traz à luz o quanto as forças que gerem a difusão dos “fatos científicos” interferem na aceitação ou rejeição dos mesmos e, conseqüentemente, dos feitos que assumem.

O(a) leitor(a) pode estar agora se perguntando como a bactéria sífilítica interferiu na produção do conhecimento sobre a paralisia geral progressiva. Pois bem, quando colocado em evidência, o *Treponema pallidum* confirmou a viabilidade do desenvolvimento de uma reação sanguínea para o diagnóstico da sífilis, a partir da ideia de que os doentes infectados carregariam, em seu sangue, anticorpos para o referido microrganismo (LÖWY, 1993). Tal lógica também valeria para aqueles(as) acometidos(as) pela paralisia geral progressiva e por outras formas de sífilis nervosa, uma vez que já se acreditava que a doença venérea teria importante papel no desencadeamento de outros quadros mentais, a exemplo da sífilis cerebral e da tabes.

Refletindo sobre as explicações para o crescimento do foco conferido à PGP por parte dos neuropsiquiatras durante o período analisado, os pesquisadores Sérgio Carrara e Marcos Carvalho atribuem-no ao potencial de legitimação dos ideais da psiquiatria organicista alemã que a doença apresentava (CARRARA; CARVALHO, 2010). A partir, sobretudo, do início do século XX, o círculo neuropsiquiátrico carioca revelou forte sintonia com o pensamento kraepeliano, no que dizia respeito aos entendimentos acerca das enfermidades da mente. Neste momento, e dentre as inúmeras mudanças organizacionais trazidas pela proclamação da República para a saúde pública brasileira, Juliano Moreira passou a dirigir o Hospital Nacional de Alienados e, posteriormente, também a Assistência Médica e Legal de Alienados. Moreira vinha realizando diferentes incursões ao Velho Continente desde recém-graduado e um dos destinos mais frequentes do médico baiano foi precisamente a Alemanha. Em terras germânicas, Moreira teve contato direto com médicos que ficariam famosos por seus estudos relacionados às moléstias mentais, entre eles, Emil Kraepelin (MUÑOZ, 2015). Deste modo, para Carrara e Carvalho, o estabelecimento de uma causa *principalmente* sífilítica para PGP funcionou como uma ferramenta, da qual lançou mão o campo da medicina mental, para legitimar um conjunto de teorias sobre as doenças nervosas. Essas postulavam, entre outras coisas, que tais enfermidades possuíam, *de fato*, um fundo biológico, assim como outras doenças (CARRARA; CARVALHO, 2010).

Apesar da convicção médica de que os sífilíticos carregavam anticorpos para a bactéria transmissora da doença em seu sangue, não se obteve sucesso em demonstrar de modo direto tal correlação. Assim sendo, cientistas de diferentes nacionalidades, com destaque, mais uma vez, para alemães e franceses, incumbiram-se do esforço de comprovar a existência de tais anticorpos de modo indireto, através da chamada reação de fixação do complemento (LÖWY, 1993: 75-76). No próximo capítulo, exporei, de modo simplificado, como se deu tal engajamento. Além disso, discutirei como a retórica sobre a importância do laboratório teve papel significativo no processo de consolidação do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro. Analisarei o referido discurso quando articulado, sobretudo, à paralisia geral progressiva, e evidenciarei outros elementos, além do desenvolvimento de uma reação sorodiagnóstica para a sífilis, que contribuiram para o estreitamento do laço etiológico entre essa e a PGP.

2.11 A LOUCURA NO CAMINHO DO PROGRESSO BRASILEIRO – DEBATES ENVOLVENDO A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA NO CONTEXTO DE CONSOLIDAÇÃO DO CAMPO NEUROPSIQUIÁTRICO CARIOCA

A categoria da paralisia geral progressiva consolidou-se durante o final do século XIX e início do XX na Capital Federal, sob o recorrente discurso de que a incidência da doença na população brasileira aumentava. O consenso acerca de que seus sintomas físicos e mentais eram fundamentais em sua caracterização não foi abalado pela constatação de que as manifestações psíquicas podiam assumir formas distintas/mistas – a saber, delirante e/ou demencial. A ideia de que os sinais psíquicos estariam sempre em sintonia com o físico marcou significativamente os contornos dessa entidade nosológica, que passaria a figurar entre as categorias de doença mental presentes na classificação psiquiátrica brasileira de 1910. Os casos de demência desacompanhados de delírio, que começaram a ser identificados e questionados a partir dos debates encabeçados por Jules Baillarger, não pareciam uma “ameaça” à jurisdição neuropsiquiátrica sobre a PGP no Rio de Janeiro. Em meio às discussões sobre a inconstância e sobreposição dos sintomas da doença, os médicos adotaram a decomposição da paralisia geral em diferentes formas clínicas da *mesma* doença. Essa, contudo, só poderia ser reconhecida por um profissional especialista – o neuropsiquiatra – e seus sintomas tratados, preferencialmente, em uma instituição especializada.

Diversos médicos explicitavam que o diagnóstico da PGP não seria tarefa fácil para profissionais sem *expertise* no conhecimento neuropsiquiátrico, especialmente o diferencial. As relações estabelecidas entre o alcoolismo e a paralisia geral, por exemplo, ilustravam bem a retórica com relação à importância dos referidos especialistas. No que dizia respeito à etiologia da segunda doença, certos médicos, como Márcio Nery, mostraram-se grandes defensores da ideia de que o álcool seria a principal causa da internação de paralíticos no HNA.³³³ Ao lado do abuso de bebidas espirituosas, a sífilis também adentraria o conjunto das causas mais patentes da paralisia geral progressiva. Entre outras coisas, o discurso acerca de seus profundos efeitos deletérios transformava a doença venérea em “perigo nacional” e explicava o aumento dos índices da PGP no Rio de Janeiro. Acreditava-se que os excessos alcoólicos e venéreos representavam, por si só, duas das maiores causas da degeneração do povo brasileiro, impedindo a nação de desenvolver-se. Assim, para que se freasse o adoecimento pela paralisia geral, era preciso que se controlasse estes “maus hábitos” através de medidas de educação e higiene, desenvolvidas pelas diferentes especialidades médicas. Como apontarei no próximo capítulo, tal retórica ficará mais clara ao longo da segunda década do século XX, sobretudo nos relatórios de Juliano Moreira, enquanto diretor da AMLA.

³³³ NERY, M. A Loucura Alcoolica e seu tratamento. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, ano VII, n. 1, jan. 1893a, pp. 2–3, p. 2.

É importante destacar as inserções institucionais de ao menos alguns dos médicos que produziram discursos relativos ao processo de enquadramento da PGP, influenciando-o de modo significativo. João Carlos Teixeira Brandão, Márcio Philadelfiano Nery e Henrique de Britto Belford Roxo foram Catedráticos de Clínica Psiquiátrica, o que significa que suas ideias permearam, substancialmente, o conhecimento lecionado acerca das doenças mentais, incluindo aquele referente à paralisia geral progressiva. Isso fica claro no texto que Roxo produziu a partir do curso que ministrou em 1905 e, posteriormente, nas edições subsequentes de seu “Manual de Psychiatria” (1921, 1925, 1938 e 1946). Juliano Moreira não foi professor, mas enquanto diretor, sobretudo do HNA, teve intenso contato com os estudantes. Através de tal convívio, Moreira expunha suas concepções sobre a loucura e em alguns casos influenciava a escolha dos objetos sobre os quais versariam as teses de doutoramento destes estudantes. Na falta de fontes que detalhem estas relações, os prefácios dos referidos trabalhos deixam clara tal influência.

João Pedro de Albuquerque (1896: III), médico que participaria das expedições do IOC, durante a década de 1910, declarou seus: “agradecimentos [...] aos professores Teixeira Brandão e Márcio Nery que me facilitaram a leitura de várias publicações em que se apoia este trabalho”. Já Antonio de Castro Leão Velloso, futuro inspetor médico escolar no DF, denotava-se influenciado pelos pensamentos kraepelianos nas concepções que expôs em seu trabalho. O estudante agradecia a Juliano Moreira, por “prodigalizar-lhe conselhos”, e a Ulysses Vianna (personagem que aparecerá adiante), quem “guiou cada passo na feitura deste trabalho, fornecendo-se outrossim o precioso material de seu laboratório”.³³⁴ Mathias (2017a) aponta que Velloso, enquanto colunista do jornal *Correio da Manhã*, ventilou críticas negativas à edição de 1921 do anteriormente mencionado manual de Henrique Roxo. Velloso comparava o referido manual com uma obra de autoria de Teixeira Brandão, “Elementos de Psiquiatria Clínica e Forense” (1918), “ênfatizando que ambas apresentavam mau uso da língua vernácula” (MATHIAS, 2017a: 130). Roxo manifestou-se em tom de “meia culpa” e a querela entre ambos os médicos se estendeu por mais algumas páginas da imprensa. Apesar não envolverem diretamente a paralisia geral, é importante ressaltar as dissidências entre os pensamentos ventilados por Roxo – herdeiro intelectual de muitas das ideias defendidas Brandão e Nery – e por Moreira, cujo pensamento parece ter orientado certos pontos da tese de Velloso. Mathias considera a atuação de médicos a exemplo de Moreira, Roxo, Nery e Brandão como “decisiva para o ensino e a formação de novos especialistas. [...] A relação professor-aluno, além de

³³⁴ VELLOSO, A. C. L. **Sobre a demencia paralytica na mulher**. Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 6.

construir um arcabouço intelectual, motiva os últimos a estabelecerem posicionamentos e selecionarem os conteúdos em virtude da posição e influência recebida dos mestres” (MATHIAS, 2017a: 24).

A definição da paralisia geral progressiva também foi marcada por teorias que abriam brechas nas concepções deterministas que associavam o clima tropical e a “raça” aos processos de adoecimento mental. Isso fica claro nas concepções ventiladas por Juliano Moreira e, posteriormente, por Antonio Carlos Penafiel. A filiação do último ao grupo de Moreira foi bastante forte, fazendo-se interessante apontar as mudanças verificadas nas concepções de Penafiel. Essas parecem ter ocorrido entre o momento em que o médico publica sua tese de doutoramento e alguns anos depois, quando escreve um artigo sobre a paralisia geral progressiva com Juliano Moreira. Penafiel foi uma figura de grande proeminência, tendo atuado como político, professor e higienista. Sua retórica acerca do aumento dos casos de paralisia geral no Rio de Janeiro era forte, contudo, não foi possível articular sua atuação pública às tentativas de controle da doença.

Como pontuado neste capítulo, as concepções de Henrique Roxo e Juliano Moreira, sobretudo as racializadas, divergiam em aspectos significativos. Uma vez influenciado intelectualmente pelas ideias de Brandão e Nery, Roxo foi adepto de concepções, sobretudo, francesas e italianas sobre alienação mental, “raça” e miscigenação. Tais referenciais sofreram substanciais influxos dos ideais alemães, durante o início do século XX, como também pontuado por Facchinetti e Muñoz (2013) e por Venancio (2012). Contudo, ainda que também motivado pela psiquiatria experimental wundtiana, Roxo reteve elementos cruciais do alienismo francês, “especificamente as teorias de Magnan, que havia influenciado as interpretações de Teixeira Brandão, de quem Roxo foi discípulo” (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013: 248). Para Magnan os estigmas da degeneração eram permanentes e, muitos deles, estariam de fato atrelados à “raça” de um indivíduo. O pensamento de Roxo sobre a incidência da paralisia geral em pessoas negras reflete bem as concepções do alienista francês, diferindo daquela manifestada por Moreira. O último nunca associava o adoecimento mental ao fator “raça”; sempre o correlacionava ao nível de instrução *orientada* que detinha o indivíduo. Assim, para Moreira o problema da degeneração da população brasileira seria, no limite, uma questão de instrução, especialmente profilática, sobre as maneiras de se distanciar do alvo da alienação mental (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013).

A ocorrência da paralisia geral progressiva em indivíduos do sexo feminino foi explicada, em muitos casos, através de lógicas que se ancoravam fortemente nos papéis de gênero, na “raça” e/ou no comportamento moral estabelecido para grupos de mulheres, pela

sociedade burguesa carioca de fins do século XIX e início do XX. Desse modo, muitos médicos acreditavam que, no sexo feminino, a PGP manifestava-se, sobretudo, nas moças pobres, “mestiças” e “da vida”, cujo quadro clínico era enquadrado através de uma suposta constituição cerebral débil, pouco criativa – demente. O homem paralítico, por outro lado, era considerado um indivíduo ativo, trabalhador, viril, cheio de imaginação, a qual, quando adoecido, se refletia em seus exuberantes delírios de grandeza. Esses tornavam-se paralíticos em decorrência dos infortúnios da vida social e profissional que sua biologia lhe teria imposto como monopólio. O homem adoecia por sua proatividade e por tentar cumprir seu papel socioeconômico. Já a mulher, encontrava-se em tal situação, segundo os neuropsiquiatras, por sua suposta insubordinação aos padrões socio-morais em voga.

A afirmação feita por Clementina Cunha (1981: 14), de que a crença na inferioridade biológica feminina estava presente nas “histórias de mulheres em situações de internamento”, se reflete no processo diagnóstico de algumas daquelas identificadas como paralíticas pelos médicos cujos trabalhos são aqui analisados. Em parte, esses enxergavam diferenças nos motivos de adoecimento das mulheres europeias e das brasileiras, trazendo à baila o “teor” de civilização, lê-se “capacidade cerebral”, de cada um destes grupos. Tais mulheres eram, em um primeiro momento, iguais dentro da categoria naturalmente estabelecida de “mulher”. Entretanto, por trás das ideias médicas mais elementares edificavam-se “fronteiras entre universos de classe” e, eu diria, também de cor e nacionalidade, “a partir de comportamentos necessariamente diversos de mulheres de diferentes origens e lugares sociais” (CUNHA, 1998: 15).

Baseada na pobreza de informações sobre as pacientes negras e provenientes das classes populares que encontrou nos prontuários do Hospital do Juquery, Cunha afirma que os casos dessas mulheres instigavam pouco o interesse médico, ao contrário do que ocorria com as internas provenientes da elite. Com relação à documentação clínica do Hospital Nacional de Alienados, Facchinetti pontua o contrário:

Os prontuários de pensionistas são muito pouco preenchidos. Parece que o que aqui prepondera é uma postura de cumplicidade e respeito em relação à família do interno, um evidente cuidado de esconder as “chagas” que transparecem na própria ausência de dados, tornando sua estada no hospício quase invisível do ponto de vista burocrático. [...] Os pensionistas ou são brancos ou não é preenchida a coluna referente a este dado. [...] Apenas não-pensionistas [...] é que passam pelo escrutínio e descrições das observações – pelo menos no nível da escrita (FACCHINETTI, 2005: 41-42).

Nas páginas de teses e artigos acadêmicos sobre a paralisia geral progressiva, as mulheres “de vida fácil”, provenientes das classes populares, também foram privadas do direito de permanecerem anônimas. Protagonizaram papéis de destaque, mas destituídos de qualquer *glamour*, nas sessões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, onde seus casos eram “avaliados”. Infelizmente, tais fontes são lacônicas no tocante às ações e apreensões dessas mulheres, as quais, segundo os médicos, tornaram-se paralíticas por conta de sua vida “desregrada”, povoada de excessos, sobretudo, venéreos.

Deste modo, o estabelecimento das referidas relações – adoecimento, “raça” e sexo – expressa, acorde às perspectivas de Rosenberg (1997), que a construção de categorias científicas – neste caso, a paralisia geral – não somente é permeada por visões de mundo decorrentes das inserções sociais, políticas e culturais dos(as) cientistas, mas também que tal processo fornece subsídios para que os pesquisadores sustentem ou rejeitem tais concepções. É premente ressaltar, contudo, que o presente trabalho enxerga as percepções médicas sobre as “raças” e os sexos como edificadas e legitimadas por diversas teorias concebidas historicamente, e no âmbito dos mais variados campos de produção do conhecimento, incluindo o da medicina (VENANCIO, 2004: 284-285).

A maior parte do *corpus documental* analisado até aqui evidencia, de forma clara, a relação que neuropsiquiatras estabeleceram entre civilização e loucura. A paralisia geral, apesar de não ser a única forma de doença mental atribuída fundamentalmente aos processos de urbanização e modernização das sociedades, fomentou de modo significativo as discussões médicas sobre este tópico, sendo as nações qualificadas como *modernas* e *avançadas* aquelas que apresentavam grande número destes doentes. Muitos dos médicos que atuavam no Rio de Janeiro manifestavam preocupação específica com os índices “crescentes” da PGP no país, que, mais cedo ou mais tarde, engrossariam, segundo eles, as fileiras de degenerados que impediriam o progresso da nação. Como discutirei no próximo capítulo, a ideia de que a sífilis seria a causa primeira da paralisia geral progressiva ganhou proeminência ao longo das primeiras décadas do século XX, fortalecendo as abordagens biológicas passíveis de serem conferidas à loucura (CARRARA; CARVALHO, 2010). Em vista da produção de estatísticas que evidenciavam tal relação, bem como do desenrolar de eventos que ocorreram no espaço do laboratório, o “mal venéreo” viria a *degenerar duplamente* os(as) pacientes diagnosticados com PGP, que, além de loucos, eram agora, também, sífilíticos(as).

CAPÍTULO 3

Civilização e “sifilização” – o processo de aceitação da etiologia sifilítica da paralisia geral progressiva no primeiro quartel do século XX

Firmemente escudados nas opiniões e ensinamentos dos mestres brasileiros e estrangeiros, apoiados nos dados *irrefutáveis* de laboratório, abordamos a questão da etiologia da demência parálitica que tanta celeuma levantou entre os cientistas até que houvesse uma *certa* uniformidade de opiniões. Certamente não apresentamos inovações [...] não obstante, abraçando a teoria moderna e a mais aceitável nos meios científicos e que ao nosso ver não padece dúvida, *ainda mais tendo o laboratório como poderoso auxiliar*, confirmando dia a dia a etiologia da demência parálitica, acreditamos por todos os motivos ser a sífilis o *fator preponderante* da afecção de Bayle.³³⁵

As tentativas de objetivar os processos de enquadramento e diagnóstico da paralisia geral progressiva foram nesta tese analisadas desde os primeiros movimentos de caracterização da doença, ainda no século XIX. Tais tentativas ocorreram no bojo da busca mais ampla, empreendida por diferentes campos médicos, de inserir a produção do conhecimento sobre as doenças humanas a partir de molduras anatomopatológicas e estatísticas, as quais, se acreditava, eram objetivas e, portanto, genuinamente científicas (PORTER, 1995; PORTER, 1999). Como expus nos capítulos 1 e 2, o alienismo e, mais tarde, a neuropsiquiatria também buscaram se apropriar desses referenciais, a fim de conquistar seu lugar enquanto *ciência médica* institucionalizada. Os esforços de caracterização da paralisia geral progressiva estiveram, assim, inscritos na dinâmica. Iniciada no âmbito das correntes alienistas do século XIX, tal dinâmica consolidou-se a partir de novas abordagens da neuropsiquiatria no novecentos, provenientes, sobretudo, das práticas laboratoriais informadas pelos paradigmas da bacteriologia, da imunologia e da sorologia (DAVIS, 2008; ENGSTROM, 2013; HURN, 1998).

Espaços de experimentação encontram-se presentes na medicina desde pelo menos o século XVI, o que muito se deveu à chamada Revolução Científica ocorrida naquele momento (BYNUM, 2006: 93). Segundo William F. Bynum (2006: 92-94), tanto aqueles que trabalhavam em hospitais, como os adeptos e praticantes da medicina preventiva costumavam associar suas atividades à ciência e, conseqüentemente, aos referenciais de objetividade que, acreditava-se, estavam implicados na produção do conhecimento científico. Contudo, ao longo dos séculos seguintes, os espaços de experimentação sofreram modificações expressivas, e grande parte deles passou a ser referida como “laboratório”. Durante o oitocentos, período no

³³⁵ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 117, grifos meus.

qual as mudanças ocorridas nesse ambiente têm relevância para o presente trabalho, a multiplicação dos laboratórios, bem como as transformações ocorridas em seus aparatos, desenrolaram-se, principalmente, em dois territórios específicos – o germânico e o francês (BYNUM, 2006; KREMER, 2002; LENOIR, 2002; WEINDLING, 2002).

Como anteriormente comentado, já no século XIX as universidades e os institutos alemães caracterizavam-se como locais onde o ensino encontrava-se fortemente articulado às pesquisas acadêmicas. Professores universitários, grande parte dos quais gerenciava também laboratórios de investigação, tinham liberdade para ensinar o que acreditavam ser mais relevante para a formação dos alunos. Os estudantes, por sua vez, tinham o privilégio de frequentar todo os cursos que acreditavam mais importantes para seu processo de instrução formal (BYNUM, 2006: 95). Os institutos eram destinados à realização de pesquisas em áreas específicas e, mesmo atrelados às universidades, seus diretores possuíam mais autonomia para orientar as investigações e formar seu *staff* do que chefes de departamentos universitários nos EUA ou na Grã-Bretanha, por exemplo (BYNUM, 2006: 95).

Na França, o cenário era bastante diferente. O processo de formação médica encontrava-se centralizado nos hospitais, cuja reputação, segundo Bynum (2006: 103), sugeria que o conhecimento ali produzido “não se encontrava baseado em investigações laboratoriais”. Deste modo, cientistas franceses, como François Magendie (1783-1855), conduziram seus estudos experimentais em laboratórios montados em espaços privados, como suas próprias residências ou no exterior. Muitos desses pesquisadores formavam-se nas faculdades de medicina e precisavam dividir suas primeiras experiências docentes, que ocorriam, frequentemente, fora das universidades, com a prática clínica e com a experimentação (BYNUM, 2006: 103-104). A carreira experimentalista do próprio Louis Pasteur (1822-1895) começou em um laboratório doméstico e, apesar de ter terminado seus dias como diretor de um instituto, esse não foi criado pelo Estado francês ou por qualquer universidade (BYNUM, 2006: 108). Entretanto, é importante ressaltar que as dinâmicas díspares através das quais as pesquisas experimentais se desenvolveram na França e em terras germânicas não impediu que as descobertas feitas em ambos os territórios cruzassem o Atlântico e fossem apropriadas por cientistas brasileiros (BENCHIMOL, 1995).

O laboratório consistia em um espaço controlado, onde a alteração dos elementos considerados relevantes para a performance de um experimento estaria sob o domínio dos cientistas que ali atuavam. Deste modo, acreditava-se que naquele ambiente seria possível não somente aplicar, mas conceber conjuntos de regras que permitiriam a replicação de experimentos realizados por cientistas em qualquer lugar do planeta. Incluída como parte dessa

lógica, estava também a ideia de que o laboratório e seus instrumentos forneciam formas de se “traduzir” os desfechos das investigações de forma objetiva e universal. Assim, movimentos de padronização de experimentos laboratoriais foram desencadeados de forma massiva, especialmente durante a primeira metade do século XX. A objetividade que se supunha presente nas técnicas de diagnóstico de doenças e de identificação de seus agentes causadores passava por processos de negociação, que envolviam interesses econômicos, esforço de monopólio profissional por categorias como a classe médica, entre outros (FLECK, 2010; LÖWY, 1993; MAZUMDAR, 2003).

O universo dos “infinitamente pequenos” foi desvelado pelo trabalho conjunto de campos como a patologia, a microscopia, a bacteriologia, a sorologia, a imunologia e a zoologia. Nas primeiras décadas do século XX, muitas das doenças humanas já haviam sido correlacionadas com microrganismos. O exemplo do *Treponema pallidum*, apresentado no final do capítulo anterior, é um caso considerado de sucesso nesse sentido. Até os primeiros anos do novecentos, a neuropsiquiatria permanecera alheia a este paradigma. Nenhum microrganismo fora descrito e/ou aceito como causa principal de qualquer doença mental e a etiologia de muitas dessas enfermidades permanecia atribuída aos excessos e aos “maus modos” advindos do processo civilizatório. Por causa disso, em geral, o diagnóstico e a avaliação dos sintomas psíquicos eram ainda considerados processos pouco objetivos e de difícil realização por parte de profissionais que não *experts* nas moléstias mentais. Lembra-se do exemplo das lesões atribuídas à paralisia geral progressiva, passíveis de reconhecimento apenas através de autópsias, ou seja, após a morte do paciente, conduzidas por especialistas (BYNUM, 2006). No momento em que o campo neuropsiquiátrico buscava legitimação no Rio de Janeiro, seus profissionais, que estavam no topo deste movimento, apostavam no laboratório como espaço capaz de consolidar, assim como o fez com outras áreas médicas, o potencial científico da neuropsiquiatria, ampliando a sua credibilidade como especialidade (JACOBINA; GELMAN, 2008; FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013; MUÑOZ, 2015).

Mencionei que a sífilis passou a figurar entre as causas da paralisia geral progressiva desde a segunda metade do século XIX. Contudo, longe de ser considerada a única ou a principal causa da PGP, ela aparecia entre seus *inúmeros* fatores etiológicos, como era próprio das teorias médicas do período, assentadas na multicausalidade. Ao longo do século XX, uma série de pesquisas conduzidas, justamente, no âmbito do laboratório tiveram impacto significativo sobre o processo de produção do conhecimento sobre a paralisia geral progressiva. O desenvolvimento da punção lombar como técnica terapêutica e diagnóstica; a elaboração de análises citológicas do líquido cefalorraquidiano; a descrição do agente sifilítico; a criação dos

protocolos das reações de fixação do complemento, especialmente da reação de Wassermann, e a observação do *Treponema pallidum* no cérebro de paráliticos gerais constituem exemplos de eventos que contribuíram para que o enquadramento da PGP sofresse mudanças, sobretudo, no que dizia respeito à sua etiologia e diagnóstico (ARMAS, 2000; BECHTER, 1995; CARRARA; CARVALHO, 2010; DAVIS, 2008; GRANADA, 2014; HURN, 1998; KRAGH, 2017; PEARCE, 2012; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2014; STEWART *et. al.*, 2017). Contudo, o processo de aceitação desta ideia foi paulatino e não necessariamente cumulativo – a reação proposta por Wassermann e seus colaboradores teve seus protocolos intensamente discutidos até, pelo menos, o período do entreguerras. Além disso, o paradigma bacteriológico, base dos três referidos experimentos, não parecia ser incompatível com a teoria da multicausalidade, ao menos para os neuropsiquiatras que atuavam na Capital Federal.

As demandas inerentes à inserção dos espaços laboratoriais em instituições de saúde brasileiras se desenrolaram em paralelo com os debates acerca das relações entre a paralisia geral e os processos de modernização pelos quais o Brasil passava.³³⁶ Deste modo, a neuropsiquiatria brasileira buscava emergir enquanto *ciência médica* não somente através da apropriação de diferentes referenciais considerados científicos à época, mas também pelo potencial de interferência de seus profissionais no processo de desenvolvimento e civilização do país, enquanto médicos *especializados*. O objetivo do presente capítulo é evidenciar a complexidade do processo de recepção da etiologia sifilítica da paralisia geral progressiva, trazendo à tona os diferentes fatores envolvidos em seu desenrolar. Para isso, deve-se considerar os discursos entoados pelos campos sifilográfico e neuropsiquiátrico brasileiros a respeito do papel da sífilis no processo de degeneração da população que aqui vivia. Tal relação de causa e efeito foi bastante conveniente por ratificar a importância do profissional especialista nas doenças mentais para o processo de construção de uma nação saudável.³³⁷ Ao mesmo tempo em que competiam por espaço, a sifilografia e a neuropsiquiatria também criavam alianças que se refletiam na condução de estudos colaborativos e na participação em sociedades médico-científicas comuns, das quais faziam parte médicos pertencentes a essas e outras especialidades, como a Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal e, mais tarde, a Liga Brasileira de Higiene Mental.

³³⁶ MOREIRA, J. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. **Gazeta Medica da Bahia**, Salvador, v. 33, n. 10, abr. 1902, pp. 439–450.

³³⁷ A paralisia geral progressiva não foi a única doença mental em cuja causa residia a sífilis. Assim, quando afirmo que a referida enfermidade forneceu ao campo neuropsiquiátrico subsídios para a legitimação de sua importância, não excluo a possibilidade de que tal viés tenha sido explorado pelos profissionais em questão também a partir de outras formas de sofrimento mental. Contudo, a análise desse discurso com relação a outras doenças psíquicas está para além dos objetivos do presente estudo.

3.1 “DA NECESSIDADE DA FUNDAÇÃO DE LABORATORIOS NOS HOSPITAES”³³⁸

Como já documentado pela historiografia, a importância dos laboratórios começou a ser levantada pelo campo neuropsiquiátrico brasileiro a partir do início do século XX (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013; JACOBINA; GELMAN, 2008; MUÑOZ, 2014; MUÑOZ, 2015). Em 1902, enquanto era Catedrático Substituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Bahia, Juliano Moreira publicou um texto na *Gazeta Médica da Bahia*, defendendo a criação de laboratórios nos hospitais de todo o país. O médico utilizou como argumento os avanços científicos que considerava decorrentes da implementação desse tipo de espaço no âmbito dos campos psiquiátricos internacionais, com os quais teve contato durante suas viagens à Europa (JACOBINA; GELMAN, 2008: 1087-1088). Moreira falava também do grande valor dos laboratórios para a elucidação de aspectos inerentes à etiologia das doenças – o que auxiliaria, em muito, segundo ele, a melhor orientação das terapêuticas – e para o ensino médico brasileiro:

A Gazeta Médica espera das Faculdades de Medicina do País e das Casas de Misericórdia do Rio e da Bahia a reforma dos estudos clínicos, nos centros oficiais de ensino, por isso que daí resultará a convicção da necessidade de serem instalados laboratórios clínicos ao lado dos hospitais em todo o território nacional.³³⁹

Segundo, Jacobina e Gelman (2008: 1088), em um texto subsequente, Juliano Moreira teria feito referência ao artigo supracitado,

Ao comentar que os laboratórios haviam surgido em todo o país, até mesmo em centros de pesquisas autônomos como o Instituto de Patologia Experimental, em Manguinhos. Após a morte de seu mestre, [Afranio] Peixoto (1933) comentou que essa conferência, publicada na *Gazeta Médica da Bahia* e transcrita em várias outras publicações científicas, resultou na criação de vários serviços em hospitais do país. A Faculdade de Medicina da Bahia, por exemplo, chegou a criar seu Instituto de Clínicas, um conjunto de laboratórios que dava apoio diagnóstico aos diversos serviços (p. 83). Outro exemplo da influência de Juliano Moreira e desse artigo em particular: o professor Aristides Novis, diretor do Hospício São João de Deus, depois renomeado Hospital Juliano Moreira, utilizou como referência essa conferência e o respectivo artigo para reivindicar e obter, junto ao governo estadual, a criação do laboratório de análises clínicas do referido manicômio (JACOBINA; GELMAN, 2008: 1088).

³³⁸ MOREIRA, J. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. **Gazeta Medica da Bahia**, Salvador, v. 33, n. 10, abr. 1902, pp. 439–450.

³³⁹ MOREIRA, J. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. **Gazeta Medica da Bahia**, Salvador, v. 33, n. 10, abr. 1902, pp. 439–450, p. 450.

É importante ressaltar, contudo, que a retórica de Juliano Moreira estava inscrita em um movimento mais amplo, que atingia a medicina de um modo geral, haja vista o discurso muito parecido já antes entoado por Oswaldo Cruz, por exemplo (BENCHIMOL, 1990). Como contextualizam Facchinetti e Muñoz (2013: 243-250), o desenvolvimento de estudos no campo da bacteriologia na virada do século XIX para o XX impactou a forma como intelectuais pensavam o futuro da nação brasileira e buscavam maneiras de lidarem com os problemas atribuídos a ela, como sua suposta tendência à degeneração.

Nas primeiras décadas do século XX, principalmente a partir da Primeira Guerra e da intensificação do debate nacionalista, parte dessa *intelligentsia* acreditava que as supostas indolência e inferioridade biológica do povo brasileiro eram, na realidade, derivadas das péssimas condições de saúde e educação nas quais se encontrava grande parte dos indivíduos que compunham nossa nação (LIMA; HOCHMAN, 1996). Registros produzidos pelas expedições organizadas pelo Instituto de Manguinhos, nas primeiras décadas do noventa, descreveram as precárias condições sanitárias e educacionais nas quais viviam as populações dos “sertões” brasileiros. Participaram dessas incursões médicos que se ocuparam em pensar políticas para a mudança deste cenário, buscando, para tanto, o apoio do Estado, e em estreito diálogo com a produção científica nacional e internacional (LIMA; HOCHMAN, 1996).

Cabe lembrar também que na virada entre os séculos XIX e XX, o perfil do intelectual brasileiro sofreu modificações significativas. Tais mudanças decorreram, entre outras coisas, de reestruturações no ensino superior, incluindo o ensino médico, em fins da década de 1870, e que foram ampliadas com o advento da República. Inspiradas, sobretudo, no modelo universitário alemão, as referidas mudanças pregavam o ensino livre nas faculdades e evidenciavam a importância da formação do especialista – daí a criação de uma série de novas cátedras na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, entre elas a Cadeira de Clínica Psiquiátrica (EDLER, 2015; FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013: 244).

Nesse contexto o “problema nacional” ganhou novas feições. Acreditava-se que poderia ser solucionado a partir de políticas de higiene pública e educação, implementadas nas áreas urbanas do país, assim como nas zonas rurais e interioranas. No Rio de Janeiro, as políticas pensadas por cientistas, encabeçados, especialmente, por Oswaldo Cruz e seu grupo, seguiam os moldes previstos nas cartilhas higiênicas e da medicina laboratorial, materializando-se, por exemplo, no conjunto de intervenções sócio-estruturais carreadas pela chamada Reforma Passos (BENCHIMOL, 1990; BENCHIMOL, 1992). Entretanto, a reforma urbana e a paralela reforma sanitária capitaneadas por Oswaldo Cruz ocasionaram forte reação por parte da

população carioca, descontente com medidas que julgava invasivas do ponto de vista físico e moral, como as intervenções feitas em suas propriedades. Um dos catalisadores da revolta difusa do período foi a aprovação da obrigatoriedade da vacina antivariólica (BENCHIMOL, 1992).

A neuropsiquiatria integrou os debates sobre os rumos e projetos para a república que acabara de surgir. Dentre esses debates, fez parte a retórica de Juliano Moreira sobre a importância dos laboratórios, a qual se refletiu nas mudanças ocorridas no sistema de assistência a alienados do país que se estenderam ao longo dos primeiros 30 anos dos noventa (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013: 246; PORTOCARRERO, 2002). Em 1903, Moreira tornou-se diretor do Hospital Nacional de Alienados e, como forte adepto dos ideais da neuropsiquiatria germânica, sobretudo da corrente kraepeliana, foi um dos grandes responsáveis pela difusão dessas interpretações sobre as doenças mentais no Brasil (ODA, 2010). Além disso, Moreira também buscou incorporar elementos do modelo empreendido por Kraepelin, especialmente aquele formulado na Clínica de Munique, na formação de médicos especialistas em neuropsiquiatria no Rio de Janeiro. Segundo Facchinetti e Muñoz, ao longo do tempo no qual Moreira permaneceu como diretor do dito hospital e da Assistência Médica e Legal de Alienados (AMLA),

A estrutura física da instituição foi modernizada por meio de instalações de equipamentos médico-laboratoriais que seguiam os padrões propostos por Kraepelin em sua Clínica de Munique. Assim, [Moreira] criou novas seções e pavilhões especializados, além da instalação de um laboratório anatomopatológico [...] e do Dispensário Afrânio Peixoto (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013: 246).

Kraepelin, bem como muitos de seus colaboradores, acreditavam que um estudo frutífero das doenças neuropsiquiátricas deveria associar aspectos *clínicos* e *laboratoriais*. Segundo Muñoz (2015), a trajetória médica de Kraepelin contribuiu muito para que ele entrasse em contato com tal referencial e passasse a considerá-lo fundamental nas análises das doenças mentais, bem como dos(as) pacientes vitimados por elas. Emil Kraepelin, nasceu na Pomerânia Ocidental, em 1856, e começou a cursar medicina durante a década de 1870, quando as ideias de Wilhelm Griesinger se encontravam na ordem do dia nos debates psiquiátricos germânicos (PEREIRA, 2007). Como evidenciei no capítulo 1, Griesinger possuía uma concepção bastante materialista das formas de doença mental, a despeito de reter, em seu pensamento, elementos das correntes consideradas “metafísicas” da medicina germânica. Tal concepção materialista, ou organicista, refletia-se em especial nas suas ideias sobre a paralisia geral. Contudo, como

também já discutido, os debates sobre a PGP levantaram questionamentos à ideia, defendida por muitos médicos, de que anatomia patológica seria a pedra de roseta do alienismo. Alguns desses profissionais, a exemplo de Griesinger e, mais tarde, do próprio Kraepelin, não tardaram a perceber isso, e continuaram a dar grande peso à clínica nas investigações acerca das doenças mentais (ENGSTROM; CROZIER, 2018).

No contexto de ascensão e consolidação das perspectivas de Griesinger, Kraepelin terminou seus estudos médicos, mais especificamente, em 1878, passando pelas Universidades de Leipzig e Würzburg. Desta forma, iniciou sua carreira como docente e pesquisador chamando atenção para a importância de se conjugar os paradigmas da anatomia patológica à clínica. Tal abordagem “mista” do estudo das doenças mentais influenciou bastante a forma como Kraepelin estruturou sua agenda de pesquisa ao longo de sua carreira, como apontarei a seguir (ENGSTROM, 2003). No ano em que se formou, Kraepelin começou a trabalhar como assistente de Bernard Gudden (1824-1866) na Clínica de Psiquiatria da Universidade de Munique. Gudden era um grande estudioso da anatomia patológica do cérebro, tendo se dedicado muito às análises histológicas do órgão em questão (MUÑOZ, 2015: 60-62). Enquanto trabalhou com Gudden, Kraepelin conheceu o também anatomista Paul Flechsig (1847-1929), com quem viria colaborar em Leipzig. Entretanto, Kraepelin entendia que Flechsig não dava a devida atenção ao acompanhamento clínico de seus pacientes, herança das ideias de Griesinger valorizada por Gudden. Kraepelin via na psicologia experimental de Wilhelm Wundt uma ferramenta importante nesse sentido, e Flechsig, pouco adepto das teorias wundtianas, pareceu ter se ressentido do interesse manifestado por seu subordinado (ENGSTROM; WEBER, 2005).

Kraepelin foi demitido de seu posto e seguiu para Dorpat, onde iniciou sua carreira como professor na Clínica de Psiquiatria da Universidade local, em 1887. Em Dorpat, começou a colocar em prática um modelo de pesquisa sobre as doenças mentais que combinava a clínica e o laboratório (MÜLLER *et al.*, 2006). Segundo Muñoz, o psiquiatra alemão

Encabeçou o movimento de retorno à clínica e às tecnologias médicas de quantificação e de exame. Além disso, não abriu mão das pesquisas científicas e anatomopatológicas. Porém, elas deveriam integrar um conjunto de diferenciadas formas de produção do conhecimento sobre as desordens mentais. [...] Individualmente e isoladamente, os saberes não explicariam a complexa trama das desordens mentais. Era preciso utilizar, associadamente, todos os saberes científicos, instrumentos, métodos e tecnologias disponíveis para que os novos avanços pudessem ser alcançados na explicação da psicopatologia e no aperfeiçoamento das nosologias (MUÑOZ, 2015: 63).

Esta visão de Kraepelin encontrou eco na forma como Juliano Moreira entendeu as investigações sobre as enfermidades mentais, como apontarei a seguir. Antes disso, gostaria de tratar um pouco mais da trajetória do psiquiatra germânico. Em 1890, Kraepelin assumiu o posto de Catedrático de Clínica Psiquiátrica da Universidade de Heidelberg. Ali formou uma equipe com diferentes especialistas para empreender uma agenda de pesquisas sobre as moléstias psíquicas mais afinada com suas convicções, e desenvolveu seus famosos *Zählkarten*, ou “cartões diagnósticos”. Tal material tinha como propósito o acúmulo de dados sobre a evolução clínica dos pacientes, cruzando-os com outros achados, a exemplo dos anatomopatológicos e laboratoriais. Porém, a estadia de Kraepelin em Heidelberg foi conturbada – ele se deparou com uma série de desafios, principalmente no que dizia respeito à sua autonomia para coletar dados dos pacientes. Em 1903, recebeu um convite para assumir a Cátedra de Clínica Psiquiátrica de Munique, que aceitou sob a condição de ter total independência, tanto ele quanto a equipe que montaria na nova instituição (MUNDT, 1992).

Do *staff* de Kraepelin em Munique faziam parte médicos assalariados e não assalariados, os quais se dedicavam não somente à pesquisa, mas também ao ensino (HIPPIUS; MÜLLER, 2008). No que dizia respeito às necessidades estruturais da clínica, o médico alemão pontuava:

Além das 4 salas de exame médico para serviço diário, oferecemos mais de 2 escritórios, dedicados [...] sobretudo ao exame de sangue e outros fluidos corporais, entre os quais recentemente o fluido cefalorraquidiano nos alcançou uma importância muito considerável. [...] Na maior medida, providenciou-se espaço e estrutura para a pesquisa anatômica (KRAEPELIN, 1905: 38-39 *apud* MUÑOZ, 2015: 65).

De acordo com Muñoz, (2015: 65), durante o processo de estruturação da clínica em questão, “jovens médicos foram atraídos até Munique e se afinaram com o projeto kraepeliano”, vindo a compor sua equipe alguns anos depois. Porém, Kraepelin também levava consigo alguns de seus antigos colaboradores, a exemplo do renomado histologista Alois Alzheimer. Alzheimer possuía visão similar à de Kraepelin, de que modificações anatomopatológicas eram evidência de grande parte dos quadros psiquiátricos mórbidos, de maneira que, em breve, o microscópio solucionaria as incógnitas da neuropsiquiatria (GUPTA, 2003; WEBER, 1997). Ele tornou-se médico sênior na Clínica de Munique, cargo que lhe atribuía as funções de diretor na ausência de Kraepelin. Além disso, dirigiu, até 1912, uma de suas divisões, que ficaria internacionalmente conhecida – o Laboratório de Neuropatologia. Nesse ano, Alzheimer também assumiu a Cátedra de Psiquiatria da Universidade de Breslau, região que hoje pertence

à Polônia. O “braço direito” de Kraepelin também foi mentor de Felix Plaut (1877-1940),³⁴⁰ um dos jovens médicos que integrou a divisão do Laboratório de Sorologia da Clínica de Munique em 1904 (HIPPIUS; MÜLLER, 2008; MUÑOZ, 2015: 65-67). Plaut possuía profundo interesse pelos estudos sorológicos das doenças mentais, o que, muito provavelmente levou-o a colaborar dois anos depois com August von Wassermann nas análises do LCR de paráliticos gerais, como apontarei adiante.

É possível apontar sobreposições na forma como Kraepelin enxergava a constituição estrutural e da equipe da Clínica de Munique e a maneira como Juliano Moreira procurou edificá-las no Hospital Nacional de Alienados (HNA). No HNA, e, mais tarde, na Assistência Médica Legal dos Alienados (AMLA), Moreira também buscou formar uma equipe com profissionais que possuíam expertise em diferentes áreas médicas, como a cirurgia, a pediatria, a oftalmologia, a sifilografia, entre outras. Além disso, empreendeu mudanças físicas significativas na primeira instituição – além de melhorias nas dependências para os alienados, conduziu obras em espaços que pretendeu adequar para pesquisas científicas, a exemplo do Laboratório Anatomopatológico (MORAES, 2020).

Para Muñoz (2015: 68), “Na segunda metade do século XIX, a psiquiatria alemã havia deixado de ser construída no trabalho clínico das instituições asilares, passando a ser, primordialmente, uma produção acadêmica das universidades alemãs e de suas clínicas hospitalares”. Na era do alienismo, como apontei no primeiro capítulo, já havia a tendência de formação de discípulos entre médicos que atuavam em asilos para alienados, a exemplo do que ocorreu entre Pinel, Esquirol, Georget e outros. Entretanto, nos processos de delimitação do campo neuropsiquiátrico, a influência exercida por mentores e professores sobre estudantes teve como característica a expansão da interdisciplinaridade desses grupos, inclusive no Rio de Janeiro. Apesar de Juliano Moreira não chegar a ser professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi diretor do Hospital Nacional de Alienados, que abrigava o Pavilhão de Observação, local onde ocorriam as aulas de Clínica Psiquiátrica. Internos e estagiários trabalhavam e conduziam suas investigações clínicas e laboratoriais em ambos os espaços. Assim, Moreira exerceu ingerência, como já apontei, nos temas dos trabalhos de doutoramento dos jovens doutores, bem como nas concepções que os últimos defendiam em seus textos.

³⁴⁰ Felix Plaut estudou medicina em Genebra, Berlin e Munique, graduando-se em 1902. Trabalhou na Clínica Psiquiátrica de Munique, sob a supervisão de Emil Kraepelin e no *Robert Koch Institut*, em Berlim. Grande parte das investigações desenvolvidas por Plaut versava sobre o líquido cefalorraquidiano, as aplicações da reação de Wassermann na psiquiatria e o tratamento das doenças mentais de fundo sífilítico (OBITUARIES, 1940).

O trabalho de doutoramento, realizado no HNA, e ao qual pertence a epígrafe deste capítulo é um exemplo disso. Em sua introdução, o estudante Allú Marques Vianna homenageia não somente a Teixeira Brandão e Henrique Roxo (Catedráticos Permanente e Substituto de Clínica Psiquiátrica, respectivamente), mas também a Ulysses Vianna, Juliano Moreira, Bueno de Andrada, que envolveu-se ao longo de toda sua carreira com o tema da sífilis hereditária, e Mario Pinheiro, que, como veremos, foi um dos diretores do Laboratório Anatomopatológico do HNA:

Incansável e solícito, o Dr. Ulysses Vianna, concorreu para que alguma coisa de aproveitável, apresentássemos: a estatística devemos ao seu valiosíssimo auxílio, assim como à sua bondade devemos a grande parte da literatura que consultamos.

Cumpre-nos agradecer ao ilustre Prof. Teixeira Brandão que nos distinguiu como um dos seus internos, as sábias lições que nos ministrou e que tanto nos aproveitaram. Sobremaneira penhorados, pelas atenções que nos dispensou aqui deixamos os protestos da nossa gratidão e sincera homenagem ao Prof. Juliano Moreira, honra e gloria da Psiquiatria Brasileira. [...]

Patenteamos ao distinto Prof. Henrique Roxo, junto de quem trabalhamos como interno, o penhor de nossos agradecimentos e admiração; de admiração pela sua competência, de agradecimento pelo muito que por nós fez.

Aos dignos Assistentes do Instituto de Neuropatologia, Drs. Pedro Pernambuco e Bueno de Andrada, aos Drs. Gustavo Riedel e Mario Pinheiro, do Hospital de Alienados que tanto concorreram para o esclarecimento de alguns pontos deste trabalho.³⁴¹

Muñoz articula a influência exercida por mestres sobre seus alunos através da publicação de trabalhos colaborativos com eles. Um exemplo disso é o já discutido artigo escrito por Juliano Moreira e Antonio Carlos Penafiel sobre a paralisia geral progressiva, publicado no periódico britânico *Journal of Mental Science*.³⁴²

Voltando novamente ao projeto de Kraepelin, a constituição de uma equipe interdisciplinar foi uma maneira de reunir os elementos que acreditava primordiais para o desenvolvimento de investigações sobre as psicopatologias e para formar um legado teórico-metodológico, através da difusão de técnicas e metodologias que considerava fundamentais e apropriadas para a condução das ditas investigações: “Esse processo de transmissão do conhecimento garantia a renovação do quadro de cientistas da Clínica de Munique” (MUÑOZ, 2015: 76).

³⁴¹ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, pp. 7–9.

³⁴² MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da demencia paralytica no Brasil. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827.

Os modelos instaurados por Kraepelin, parcialmente em Heidelberg e em Munique, com maior sucesso, influenciaram em muito aquele que Juliano Moreira viria a propor para a AMLA. Moreira já havia viajado para a Europa em duas ocasiões, entretanto, segundo Muñoz, foi sua segunda estadia no Velho Continente a maior responsável pelo entusiasmo do médico baiano pelas concepções defendidas pelos cientistas germânicos acerca da alienação mental, bem como aos modelos de ensino e pesquisa neuropsiquiátrica instaurados naquele país (MUÑOZ, 2015: 85). Moreira tornou-se diretor do Hospital Nacional de Alienados em 1903, ano em que foram votadas a Lei de Assistência a Alienados e uma segunda lei que previa o aumento dos fundos destinados ao HNA.³⁴³ Depois de aprovadas, ambas viabilizaram modificações organizacionais e estruturais na instituição em questão, entre elas, a criação de novos pavilhões e dependências, que visariam ao melhor atendimento das necessidades dos internos (ENGEL, 2001; FACCHINETTI; REIS, 2014). A construção de um novo necrotério, com uma sala de autópsias padronizada, melhoraria as condições de realização das análises *post mortem* e a elucidação de alguns diagnósticos (FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013). O aumento do número de campos informativos nas fichas de entrada do Pavilhão de Observação e nos prontuários dos pacientes tinha por finalidade colher mais dados sobre os mesmos (MUÑOZ; FACCHINETTI; DIAS, 2011).³⁴⁴

Nos primeiros relatórios como diretor do Hospital Nacional de Alienados, Moreira continuou incentivando a construção de mais laboratórios em instituições de assistência mental. Segundo ele, sem esse tipo de instalação não seria possível estudar as doenças neuropsiquiátricas de maneira adequada e eficaz. Parcialmente atendidas, as demandas de Moreira, inspiradas no modelo que Kraepelin instaurara na clínica de Munique, trouxeram mudanças significativas para a prática neuropsiquiátrica no país durante o primeiro quartel do século XX (CAPONI, 2012; FACCHINETTI; MUÑOZ, 2013; MORAES, 2020; PORTOCARRERO, 2002). Em termos de *staff*, em seus primeiros anos como diretor da

³⁴³O decreto nº 1.132 publicado em 22 de dezembro de 1903 reorganizava a Assistência a Alienados não apenas no DF, mas em todo o país. A legislação estabelecia, entre outras coisas, as atribuições do referido órgão, norteara os trâmites de admissão dos pacientes, previa certos direitos para aqueles enquadrados como doentes mentais, traçava as condições para a criação de instituições de assistência a alienados (públicas ou privadas) em todo o território nacional e determinava a criação de comissões para fiscalizar tais estabelecimentos (SAIOL, 2016: s/p).

³⁴⁴ Segundo Muñoz, estabelecer uma articulação entre os cartões diagnósticos (*Zählkarten*) implementados por Kraepelin, as fichas de entrada do Pavilhão de Observações e os prontuários clínicos do Hospital Nacional de Alienados é algo complexo. Os dados dos pacientes eram coletados por Kraepelin de modo contínuo, mesmo que esses viessem transferidos de/para outras instituições. Assim, nas ocasiões de reinternação, ia-se montando um dossiê com todos os documentos relativos ao histórico de doença do indivíduo. Já no Pavilhão de Observação e no Hospital Nacional, uma nova ficha de entrada era criada toda vez que o(a) doente era ali admitido(a). Apesar disso, o autor nota que, de fato, a partir de 1903, momento em que Moreira torna-se Diretor do HNA, edifica-se um maior esforço no sentido de ampliar as informações detidas sobre os(as) pacientes avaliados(as) em suas dependências (MUÑOZ, 2015: 88-95).

instituição o médico baiano formou uma equipe de profissionais pertencentes a diferentes especialidades, para atuarem no HNA. Raul Leitão da Cunha (1881-1947),³⁴⁵ por exemplo, autor de uma das primeiras teses defendidas na FMRJ sobre a punção lombar, possuía reconhecida *expertise* na área da anatomia patológica, tendo sido nomeado chefe do Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional, em 1905.

Não consegui rastrear o ano preciso de criação do Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional de Alienados. Contudo, as fontes que analisei mostram que o referido espaço sofreu significativas mudanças físicas e organizacionais durante os primeiros anos do novecentos, momento em que Juliano Moreira passou a diretor do HNA. No relatório referente ao ano de 1905, Moreira afirmava:

Concluída no correr do ano próximo passado a adaptação dos locais destinados aos serviços anatomopatológicos, lá foram instalados os aparelhos importados para tal fim. Com o que temos hoje é possível realizar trabalhos de utilidade para a ciência. No correr do ano o número de exames úteis ao diagnóstico nos doentes aqui recolhidos, foi de 277 químicos e 581 microscópicos. *Se nenhuma contribuição original sair deste laboratório, só os serviços que ele presta à elucidação de certos diagnósticos e à verificação da eficácia de certos tratamentos, bastariam para justificar largamente a despesa feita para provê-lo.*³⁴⁶

Em fins de março de 1905, Raul Leitão da Cunha foi nomeado diretor do referido laboratório, tomando posse no dia 29 do dito mês.³⁴⁷ Em seu resumido relatório a Juliano Moreira, narrou suas experiências iniciais como chefe do Laboratório Anatomopatológico e dos outros dois espaços anexos a ele – o necrotério e o Museu Anatomopatológico:

V. Ex. sabe, melhor do que ninguém, quanto era desorganizado, então, o serviço que me foi entregue. Naturalmente, meses foram gastos para a regularização dos trabalhos, os quais ainda não me satisfazem completamente, e instalação conveniente dessas três sessões.

³⁴⁵ Raul Leitão da Cunha formou-se na FMRJ em 1903, viajando em seguida para a Europa, onde especializou-se no campo da anatomia patológica. Deixou a direção do Serviço Anatomopatológico do HNA para assumir como Professor Substituto na FMRJ, em 1907. Durante as décadas de 1920 e 1930, foi vereador e depois deputado pelo Distrito Federal, Diretor da FMRJ e Reitor da Universidade do Brasil. Entre 1945 e 1946, substituiu Gustavo Capanema na pasta da Educação e Saúde. Faleceu no Rio de Janeiro em 1947 (CUNHA, s/d).

³⁴⁶ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 7, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

³⁴⁷ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 44, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

Dispensio-me de comentar esse ponto, porque V. Ex., assistiu, sempre de perto, ao progressivo evoluer de nossos trabalhos. [...]
No laboratório anatomopatológico nada existia, além de alguns aparelhos, quase todos em mal estado, não poucos, mesmo, imprestáveis, reunidos em uma sala que absolutamente não se prestava aos fins que hoje lhe deram, pois, sobre ser pequena e encerada, não tinha sequer uma torneira onde se pudesse colher água, ou um bico onde fosse possível obter um pouco de gás!
Hoje, o trabalho é feito em uma sala espaçosa, perfeitamente adequada à sorte que tem, e onde foram instalados aparelhos modernos para preparações histológicas, todas sofrivelmente deterioradas, graças à demora despropositada, que tiveram nos armazéns da alfândega.
Para completar a instalação é indispensável o trabalho de um carpinteiro hábil. Terminando isso só haverá motivo para louvar o nosso administrador, cujos esforços e boa vontade nos primeiros meses da faina, foram realmente extraordinários.³⁴⁸

Entre os elogios destinados à gestão de Moreira com relação a este espaço, Leitão da Cunha afirmava que entre abril e dezembro de 1905 teriam sido realizados no laboratório quatro exames no sangue de alienados, sem, contudo, especificá-los. Sobre o necrotério, agradecia a Moreira por ter ampliado “as atribuições do guarda-portão [do HNA] entregando-lhe o desempenho das funções de auxiliar do serviço de necropsias”.³⁴⁹ Leitão da Cunha mostrava-se ciente desta “associação disparatada”, a qual, é importante destacar, não dizia respeito à atuação do guarda-portão na mencionada função, mas ao acúmulo de seu posto de auxiliar do necrotério com o de porteiro do HNA:

Urge, portanto, que ao Sr. Aureliano, *incontestavelmente com particular habilidade e muito gosto para este mister*, sejam confiadas, exclusivamente, as funções que incumbam ao servente do necrotério, e, depois quem saberá quando? Guarda do biotério, passando a quem melhor as puder desempenhar as funções de guarda-portão.³⁵⁰

Sobre o Museu Anatomopatológico, Leitão da Cunha reclamava, sobretudo, dos recipientes nos quais encontrou as peças anatômicas no momento em que assumiu como diretor.

³⁴⁸ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 44. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

³⁴⁹ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 47. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

³⁵⁰ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 47, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

Quando recebeu os vasilhames adequados, tratou, ele mesmo, da transferência dos exemplares em questão, verificando:

Com grande pesar, que tal só seria conseguido mercê do sacrifício parcial, e, em alguns casos, total deles. Sua retirada só foi possível depois de sua mutilação dentro do próprio continente. Foi assim que se perdeu *a bela coleção de encéfalos de parálíticos gerais, à qual V. Ex. tantos meses de bons trabalhos dedicara.*³⁵¹

A fala de Leitão da Cunha evidencia que Juliano Moreira continuou as pesquisas abordadas amplamente em sua tese de doutoramento sobre anatomia patológica da sífilis depois de ter se tornado diretor do HNA. No início do novecentos, Moreira aparentemente aplicou seus conhecimentos prévios sobre a referida doença aos estudos sobre a paralisia geral progressiva. Infelizmente, não identifiquei qualquer menção direta às análises referidas pelo diretor do laboratório na produção acadêmica de Moreira, tampouco das conclusões que possa ter tirado de tais investigações. Todavia, o envolvimento intelectual de Juliano Moreira com a PGP reflete-se, mais uma vez, no episódio narrado por Leitão da Cunha e que consiste em mais uma evidência da importância dada pelo médico baiano à forma nervosa da sífilis.

Através do curto relatório de Leitão da Cunha consegue-se apreender as significativas mudanças pelas quais passaram os espaços do necrotério, do laboratório e do Museu Anatomopatológico no HNA. Entretanto, também fica claro nos seus escritos que ainda havia conquistas a serem feitas, expressas nas demandas futuras que seriam colocadas por Juliano Moreira aos subsequentes ministros da Justiça e Negócios Interiores. Contudo, antes de falarmos sobre a produção científica do Laboratório Anatomopatológico, é pertinente tratar de outros elementos que contribuíram para o estreitamento dos laços etiológicos entre a sífilis e a paralisia geral – o desenvolvimento da punção lombar, da técnica do cito-diagnóstico e da reação de Wassermann – todos eles ocorridos durante o final do século XIX e início do novecentos.

³⁵¹ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49, p. 47, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

3.2 SOBRE AGULHAS E MICRÓBIOS – O DESENVOLVIMENTO DAS TÉCNICAS LABORATORIAIS E SEU IMPACTO NO DIAGNÓSTICO DA PARALISIA GERAL PROGRESSIVA

Poucos são os estudos acerca da paralisia geral progressiva que falam sobre o desenvolvimento da punção lombar. Entretanto, o processo de elaboração de um método para colher o líquido cefalorraquidiano (LCR) tornou possível a análise do material em questão, através do exame das células nele presentes e, posteriormente, das reações de fixação do complemento.³⁵² Durante parte do século XX, estas duas técnicas diagnósticas foram amplamente utilizadas para identificar doentes suspeitos de paralisia geral progressiva (FLECK, 2010; HURN, 1998; LÖWY, 1993).

Apesar de a própria literatura médica evidenciar contribuições de outros cientistas para o desenvolvimento da punção lombar, em muitos dos trabalhos a criação dessa é atribuída ao cirurgião alemão Heinrich Irenäus Quincke (1842-1922)³⁵³ (FREDERIKS; KOEHLER, 1997; MARSALA; GIOULIS; PISTACCHI, 2015; PEARCE, 1994). O procedimento hoje visto principalmente como uma ferramenta diagnóstica foi originalmente desenvolvido com fins terapêuticos. Seu potencial diagnóstico foi explorado alguns anos depois, com a ampliação dos estudos acerca do método (FREDERIKS; KOEHLER, 1997). Ainda que a história do desenvolvimento da punção lombar não seja objeto da presente tese, gostaria de retomá-la rapidamente pela sua importância para a história da PGP.

Frederiks e Koehler (1997) comparam a primeira publicação de Quincke com as veiculadas por outros dois médicos que concomitantemente trabalharam em uma técnica similar. O neurologista norte-americano James Leonard Corning (1855-1923) teria publicado em 1885 seu primeiro trabalho sobre a técnica; já o inglês Walter Essex Wynter (1860-1945) e o próprio Quincke, divulgaram suas pesquisas em abril e maio de 1891, respectivamente (FREDERIKS; KOEHLER, 1997: 148). Porém, para os autores, Quincke merece o título de precursor da punção lombar por ter proposto o método mais próximo do que utilizamos atualmente. Wynter teria obtido o líquido cefalorraquidiano através de um processo bastante

³⁵² Ilana Löwy traduz muito bem no que consiste uma reação de fixação do completo nas seguintes palavras: “O teste de fixação do complemento baseia-se no princípio de que, quando um soro contendo anticorpos reage com um antígeno específico (no caso da reação de Wassermann, [geralmente,] um extrato de fígado sífilítico, rico em antígenos treponêmicos), na presença de um complemento [produzido] a partir de porquinhos-da-índia, o complemento se ligará aos complexos antígeno-anticorpo. O desaparecimento do complemento na mistura da reação é evidenciado através de um sistema de revelação” (LÖWY, 1993: 76).

³⁵³ Heinrich Irenäus Quincke estudou medicina em Berlin, Würzburg e Heidelberg. Foi professor em Bern e Kiel. Indicado para o Nobel de Fisiologia e Medicina algumas vezes, o médico desenvolveu estudos nas áreas de pediatria, dermatologia, neurologia e, especialmente, cirurgia (FREDERIKS; KOEHLER, 1997: 149).

diferente do presente; Corning, por sua vez, sequer tinha como objetivo a captação do líquido cefalorraquidiano. O neurologista estadunidense intentava, na realidade, apenas injetar anestésicos de modo local, e na região torácica, não lombar, da coluna vertebral de seus pacientes (FREDERIKS; KOEHLER, 1997: 148).

Todavia, os trabalhos de Quincke não repercutiram de imediato, mesmo aqueles apresentados em congressos médicos. Assim, segundo Frederiks e Koehler (1997: 150), o cirurgião alemão continuou a trabalhar individualmente na técnica que desenvolvia. Na virada entre os séculos XIX e XX, a punção lombar passou a ser utilizada de modo mais amplo na prática clínica, bem como a figurar nos livros utilizados no ensino médico, ainda que muitos doutores a olhassem com desconfiança, opondo-se à sua aplicação. Entre os rivais do método estava o conterrâneo de Quincke e braço direito de Kraepelin em Munique, Alois Alzheimer. Seu discípulo dileto, Felix Plaut, tornou-se uma das autoridades no diagnóstico sorológico da sífilis nervosa, influenciando, inclusive, o pensamento neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro com relação a este tema (KUBICKI; ZEIDMAN, 2020; MUÑOZ, 2015: 77). Apesar da mudança de posicionamento de Alzheimer e, provavelmente, de outros médicos de oposição inicial à realização da punção lombar, Frederiks e Koehler (1997) não detalham os processos de difusão do trabalho de Quincke e de ampla aceitação que a técnica passou a ter no campo médico.

O acesso ao líquido cefalorraquidiano de pacientes contribuiu para a expansão dos estudos sobre o material biológico em questão. Observações sobre a análise do LCR em paralíticos começaram a surgir durante os primeiros anos do século XX, na França, o que indica a circulação do trabalho de Quincke por outros espaços (GRAY, 1921; HURN, 1998: 139-140). Os franceses Georges Fernand-Isidore Widal (1862-1929),³⁵⁴ Jean-Athanase Sicard (1872-1929)³⁵⁵ e Paul Jean-François Ravaut (1872-1934) reportaram, em 1901, que o aumento anômalo no número de linfócitos no LCR (processo conhecido como pleocitose ou linfocitose), antes considerado típico da meningite tuberculosa, também podia ser observado em tabéticos e paralíticos. No mesmo ano, os também franceses, Jean Nageotte (1866–1948)³⁵⁶ e Joseph

³⁵⁴ Georges Fernand-Isidore Widal foi professor de Patologia e Medicina Interna na Universidade de Paris, entre 1911 e 1929. Conduziu estudos sobre febre tifoide, icterícia, patologias renais e cardíacas. A vacina produzida por Widal durante o período da Primeira Guerra Mundial diminuiu de modo significativo a disseminação da febre tifoide nos exércitos aliados (FERNAND-ISIDORE, 1998).

³⁵⁵ Jean Athanase Sicard foi professor de Patologia na Faculdade de Medicina de Paris e conduziu estudos sobre radiologia, o líquido cefalorraquidiano e a malarioterapia na paralisia geral progressiva (JEAN-ATHANASE, s/d).

³⁵⁶ Jean Nageotte graduou-se em medicina na Faculdade de Paris, em 1893. Foi médico no *Bicêtre* e professor de Histologia Comparada no *Collège de France*. Produziu estudos sobre a sífilis cerebral, a paralisia geral progressiva e a tabes, além de investigações sobre a histologia cerebral e análises *post mortem* de lesões nesse tecido (JEAN NAGEOTTE (1866-1948), s/d; SEBASTIAN, 2011).

Babinski (1857-1932)³⁵⁷ chamavam atenção para os casos de meningite de origem sífilítica, a exemplo da paralisia geral, os quais não poderiam ser identificados apenas pela observação dos sintomas clínicos. Seu indício seria revelado, sobretudo, pela alta taxa de linfócitos no líquido cefalorraquidiano dos pacientes acometidos pelo quadro. As constatações dos últimos dois cientistas franceses levaram-nos a afirmar que seria proveitoso realizar sistematicamente a punção lombar em sífilíticos, proposição essa que encontraria posterior ressonância entre médicos de diferentes países do mundo, ao longo das duas primeiras décadas do século XX, inclusive entre aqueles que atuavam no Brasil (GRAY, 1921: 64-67; HURN, 1998: 70-71).

Segundo Afrânio Peixoto, Juliano Moreira foi um dos primeiros a conduzir punções lombares com fins diagnósticos em pacientes suspeitos de tabes e de paralisia geral progressiva, durante a virada entre os séculos XIX e XX, no momento em que atuava no Asilo São João de Deus e no Hospital Santa Izabel, ambos em Salvador (JACOBINA, 2019). Apesar de não ter conseguido mais detalhes sobre esta prática de Moreira, considero o dado em questão significativo por consistir em mais uma evidência da difusão do trabalho de Quincke. Os artigos do alemão sobre as análises do LCR começaram a circular na década de 1890, o que comporta a hipótese de que Juliano Moreira tenha entrado em contato com esses estudos em sua viagem à Alemanha. Mas, para além disso, a prática de Moreira evidencia que a punção lombar já estava sendo utilizada em doentes atendidos em instituições brasileiras naquele momento.

Em 1898 e 1903, respectivamente, foram defendidas na FMRJ, as seguintes teses: “Valor diagnostico e therapeutico da punção lombar”, de autoria de Joaquim Maria Corrêa (?-?), e “Valor diagnostico da punção lombar”, de Raul Leitão da Cunha. Não tive acesso aos referidos trabalhos, mas seus títulos são mais uma evidência de que desde fins do século XIX alguns campos médicos brasileiros já conheciam trabalhos sobre a aplicação terapêutica e o potencial diagnóstico da referida técnica. Na sessão da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, realizada em 4 de outubro de 1908, Ulysses Vianna advogou “o valor das punções lombares repetidas, com que afirmou ter obtido boas remissões na paralisia geral progressiva”.³⁵⁸ Nas atas da referida sessão consta que Vianna prometera voltar à

³⁵⁷ Joseph Babinski formou-se em medicina na Faculdade de Paris, em 1879. Foi médico militar e, em 1885, tornou-se Residente Chefe, sob supervisão de Jean Martin Charcot. Trabalhou no *La Pitié* e dedicou-se, sobretudo, ao estudo da anatomia patológica das doenças mentais. Descreveu uma alteração nos reflexos dos membros inferiores, que ficou conhecida como “sinal de Babinski” e foi, por muito tempo, considerada comum na paralisia geral progressiva (PHILIPPON; POIRIER, 2009).

³⁵⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Julho, 1908, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 4, n. 1 e 2, 1908, pp. 459–461, p. 461.

agregação para comprovar suas assertivas através da apresentação dos doentes em questão, mas não conseguiu localizar tal registro.

Além da análise das células presentes no líquido cefalorraquidiano, a medicina buscou comprovar que o material biológico em questão também continha os anticorpos para a bactéria sífilítica, capazes de serem evidenciados através da reação de Wasserman. Como apontei no capítulo anterior, neste momento, diversos médicos já acreditavam que a sífilis seria uma das principais causas da paralisia geral progressiva e o desenvolvimento desta reação parece ter contribuído muito para a consolidação desta ideia.

No alvorecer do século XX, August Paul von Wassermann (1866-1925)³⁵⁹ foi chamado por Friedrich Althoff, diretor ministerial germânico para realizar investigações acerca do diagnóstico da sífilis. Mais tarde, Wassermann justificou o pedido de Althoff pelo fato de que estudos franceses já haviam “mostrado um grande avanço nas pesquisas biológico-experimentais da sífilis”. O burocrata havia-lhe pedido “que trabalhasse nessa doença para assegurar à pesquisa experimental alemã sua parte nesse campo” (BRUCK, 1924: 3 *apud* FLECK, 2010: 114). A impressão de Wassermann, transcrita por um de seus colegas, Carl Bruck, não era sem sentido. Desde o final do século XIX, as disputas entre França e Alemanha orientaram as agendas político-científicas de ambos os países, conferindo substrato para uma série de análises no campo da História das Ciências sobre os embates entre eles. Tais contendas relacionavam-se diretamente ao enfrentamento militar que os opuseram no campo de batalha em 1870. Entre as disputas mais bem documentadas pela referida historiografia estão certamente as que envolveram Robert Koch, Louis Pasteur e seus respectivos colaboradores (BYNUM, 1994: 108).

Em 1906, Wassermann e seus colegas publicaram estudos em que afirmavam terem desenvolvido um teste sorodiagnóstico para sífilis baseado no princípio da fixação do complemento. Realizada com amostras de sangue e, posteriormente, líquido cefalorraquidiano (LCR), a chamada reação de Wassermann (RW) passou a ser utilizada em diferentes partes do mundo. No entanto, como descrito por Ludwick Fleck (2010), Ilana Löwy (1993) e Pauline Mazumdar (2003), a maneira como o teste deveria ser conduzido estava longe de atingir um consenso. Tal cenário era agravado, sobretudo, pelos conflitos entre os princípios da sorologia e da imunologia e o novo método. No entanto, de acordo com os autores, os dissensos e tensões

³⁵⁹ August Paul von Wassermann estudou medicina em Erlangen, Viena, Munique e Strasbourg, formando-se em 1888. Em 1891, tornou-se assistente no *Robert Koch Institut* de Berlim, onde estudou enfermidades como cólera e difteria. Em 1901, foi nomeado *Privatdozent* da *Friedrich-Wilhelms-Universität* (hoje, *Humboldt-Universität*), e, no ano seguinte, assumiu o cargo de *Professor*. Em 1906, tornou-se diretor da divisão de terapia experimental e pesquisas de soro do Instituto onde desenvolver pesquisas sobre a sorologia da sífilis (ORIEL, 1994: 77-78).

despertadas pela reação de Wassermann não impediram que ela passasse a ser amplamente utilizada, a partir do momento em que foi publicado seu protocolo inicial. Nas décadas seguintes, cientistas de diferentes áreas empenharam-se em discutir as melhores formas de executar a reação (FLECK, 2010; LÖWY, 1993; MAZUMDAR, 2003).

Fleck (2010) considera que um dos principais motivos dessa perseverança na busca por um teste diagnóstico para a sífilis consiste no fato de que a referida doença já era considerada, no início do século XX, uma grave ameaça para as populações nacionais. Tal ideia é corroborada por estudos que evidenciam a série de medidas de profilaxia e controle da doença empreendida em diferentes países (BRANDT, 1987; PARASCANDOLA, 2008; QUETÉL, 1992; SCHATZ, 2018; TOWNSEND, 2018), inclusive no Brasil (CARRARA, 1996). A agitação em torno da sífilis como problema de saúde pública esteve fortemente articulada a questões ético-morais, subsidiadas por seu enquadramento enquanto doença venérea, e à antiga ideia de que ela “corrompia”, o sangue de suas vítimas (FLECK, 2010: 124; CARRARA, 1996). Assim, Fleck conclui: “Se a opinião pública não tivesse gritado tanto pela prova de sangue, os experimentos de Wassermann nunca teriam encontrado o eco social absolutamente necessário ao desenvolvimento da reação” (FLECK, 2010: 125).

Contudo, é importante ressaltar que além dos alemães envolvidos nesse processo, como o próprio Wassermann, Carl Bruck (1879-1944)³⁶⁰ e Albert Ludwig Neisser (1855-1916),³⁶¹ também participaram dele os belgas, como Jules Jean Baptiste Vincent Bordet (1870-1961)³⁶² e Octave Gengou (1875–1957).³⁶³ Segundo Fleck, estes desenvolveram um importante “instrumentário”, que foi apropriado em inúmeras pesquisas realizadas sobre a reação. Tal

³⁶⁰ Carl Bruck nasceu na região da Silésia. De origem judia, estudou medicina em Berlin e Munique, graduando-se em 1902. Especializou-se em dermatologia, desenvolvendo estudos sobre a sífilis e a tuberculose e trabalhou no *Robert Koch Institut*, ao lado de Wassermann. Entre 1906 e 1908 esteve em Java, numa expedição organizada pelo governo imperial para o estudo da sífilis na referida localidade. Em 1914, tornou-se médico chefe na Clínica Dermatológica do Hospital de Altona. Cometeu suicídio em 1944 (DR. CARL, s/d).

³⁶¹ Albert Ludwig Neisser nasceu nas redondezas de Breslau (Prússia). Estudou medicina nas universidades de Breslau e Erlangen, formando-se em 1877. Durante o período de sua residência em dermatologia, Neisser teve contato com proeminentes pesquisadores dos campos da bacteriologia e da histologia, recebendo treinamento nessas áreas. Em 1882, tornou-se chefe do departamento de dermatologia da Universidade de Leipzig. Conduziu estudos sobre a sífilis, a gonorreia, a lepra e a tuberculose cutânea (BENEDEK, s/d).

³⁶² Jules Jean Baptiste Vincent Bordet formou-se em medicina na Universidade de Bruxelas, em 1892. Em 1894, mudou-se para Paris e passou a trabalhar no Instituto Pasteur, onde conduziu investigações sobre as reações imunológicas. Participou da fundação da instituição que hoje é o Instituto Pasteur de Bruxelas, em 1901, e dirigiu a mesma até 1940. Lá continuou suas pesquisas sobre imunologia com Octave Gengou, recebendo o Prêmio Nobel de Fisiologia e Medicina em 1919, pela descoberta de elementos sanguíneos envolvidos no combate a bactérias patogênicas (JULES, s/d; JULES JEAN, s/d).

³⁶³ Octave Gengou estudou medicina na Universidade de Liège. Trabalhou no Instituto Pasteur de Bruxelas dedicando-se, com Jules Bordet, a pesquisas sobre as reações imunológicas. Em 1906, Gengou caracterizou a bactéria *Bordetella pertussis* como agente etiológico da coqueluche e, em 1912, desenvolveu uma vacina contra a referida doença. Foi diretor adjunto do Instituto Pasteur de Brabant e Professor Emérito da Universidade de Bruxelas (NOTICE, 1957).

apropriação mostra que o processo de elaboração de uma reação diagnóstica para a sífilis foi conformado por uma série de fatores, como idiossincrasias nacionalistas, decisões teóricas e político-institucionais, debates sobre a produção dos insumos necessários para a realização do teste, troca de experiências clínicas e de material patológico, entre outros. Assim, Fleck questiona:

Mas, quem contará as sugestões, certamente numerosas, da parte dos outros, aos quais se devia o saber técnico, as modificações e as combinações? [...] Habilidades, experiências e ideias – “falsas” e “corretas” – passavam de uma mão à outra, de uma cabeça a outra, mudando certamente de conteúdo, tanto durante a vivência em cada indivíduo, quanto na passagem de uma pessoa para a outra, uma vez que a compreensão total do saber herdado é muito difícil. Finalmente nasceu um edifício de conhecimentos que, na verdade, ninguém havia previsto e intencionado e até mesmo contra as previsões e as intenções de cada um (FLECK, 2010: 115).

As investigações sobre a reação de Wassermann foram se avolumando. Löwy explica que apesar das indefinições acerca da natureza bioquímica do reagente e de sua relação com o processo patológico desencadeado pela bactéria estarem longe de serem resolvidas, muitos cientistas “rapidamente consolidaram os *links* entre a reação de Wassermann e a infecção pelo treponema, e poliram [certos] aspectos técnicos do teste” (LÖWY, 1993: 76). Passou-se a entender que as modificações do soro evidenciadas pela reação de Wassermann de alguma forma denotavam a existência de um processo patológico ativo, e que tais modificações “podiam desaparecer com um tratamento antissifilítico bem sucedido” (LÖWY, 1993: 76). Contudo, como afirmei no capítulo anterior, esta era uma realidade que valia apenas para casos de sífilis cerebral. Nos pacientes que sofriam de *tabes dorsalis* e de paralisia geral progressiva, grande parte dos médicos acreditava que a terapia específica exercia pouco efeito e praticamente nenhum deles assumia que ela capaz de curar tais enfermidades.

O teste, cujos protocolos foram sucessivamente discutidos, modificados e conduzidos de formas diferentes, era extremamente complexo e trabalhoso. Sua execução correta e precisa envolvia uma série de etapas e inúmeras e repetidas quantificações “objetivas”, mas também o que Fleck chama de “sentir sorológico” (FLECK, 2010: 97-98). O “sentir sorológico” seria adquirido por cientistas através do processo que pretendia torná-los aptos a realizarem o teste de Wassermann de modo confiável, segundo os cânones científicos difundidos por alguém que já possuía grande expertise na área.

Segundo Löwy (1993), um dos pontos para avaliar o potencial de uma reação sorodiagnóstica diz respeito à sua sensibilidade e especificidade – a saber, sua capacidade de

detectar a ocorrência de uma doença e de não confundi-la com as demais: “De forma ideal, um teste [diagnóstico] deve ser, ao mesmo tempo, altamente sensível [...] e altamente específico” (LÖWY, 1993: 78). Ou seja, produzir o mínimo de resultados falsos negativos (nos quais não se identifica a doença quando ela está presente) e de falsos positivos (quando se acusa a presença da enfermidade e o indivíduo encontra-se, na realidade, são, ou então, acometido por outra moléstia). Durante boa parte de sua história, a reação de Wassermann fora encarada como um teste que possuía sensibilidade limitada, ou seja, havia casos em que o exame clínico acusava a sífilis, mas o referido teste resultava negativo. Assim, Löwy aponta que muitos médicos encaravam os resultados negativos da reação de Wasserman não como evidências de que os paciente não estavam acometidos de uma infecção sifilítica, mas que seu valor diagnóstico era duvidoso. Por outro lado, não se desconfiava dos resultados positivos do referido teste, encarados como prova cabal da existência *precisa* da sífilis. Isso ocorria, porque a reação era vista como detentora de alta especificidade, ou seja, acreditava-se que a mesma era capaz de acusar só, e somente só, a presença da sífilis, ao menos em países de climas temperados (LÖWY, 1993: 78).³⁶⁴ Deste modo, havia cientistas que afirmavam: “Se, *em um teste executado apropriadamente*, ‘um soro suspeito é considerado positivo, se pode assumir sem hesitação que o paciente tem sífilis’” (LÖWY, 1993: 78, grifos meus).

A complexidade da execução do protocolo original da reação de Wassermann era reconhecida pelos campos científicos. Segundo muitos estudiosos, ela exigia conhecimento profundo acerca dos princípios bioquímicos e imunológicos envolvidos no teste. Assim, a alta especificidade era constantemente atrelada à condução correta do exame e a reconhecida dificuldade de realização “tornou possível que se mantivesse a fé na especificidade do método através da atribuição de todos os resultados inexplicáveis aos erros laboratoriais” (LÖWY, 1993: 78). Ou seja, os eventuais resultados falsos positivos e falsos negativos eram imputados a erros técnicos do executor do teste.

Hideyo Noguchi (1876-1928),³⁶⁵ figura que teve uma importância especial no processo de fortalecimento da relação etiológica entre sífilis e paralisia geral, como discutirei adiante, também se envolveu nos debates sobre a forma de assegurar maior acuidade à reação de

³⁶⁴ Segundo Löwy, acreditava-se que nos países de clima tropical a reação de Wassermann tornava-se positiva em amostras que possuíam anticorpos para agentes etiológicos de outras doenças que não a sífilis, a exemplo das tripanossomíases, da lepra e da boubá.

³⁶⁵ Hideyo Noguchi estudou medicina na Faculdade de Tóquio, graduando-se em 1897. Em 1899, conheceu Simon Flexner, médico e pesquisador na Universidade da Pensilvânia e futuro diretor do Instituto Rockefeller. Em 1901, mudou-se para os Estados Unidos, assumindo um posto no Departamento de Patologia daquela universidade e, por volta de 1905, começou a trabalhar no Instituto Rockefeller. Produziu estudos sobre temas, como os efeitos da peçonha de serpentes, poliomielite, raiva e febre amarela (TAN; FURUBAYASHI, 2014).

Wassermann, na década de 1910. O cientista do Instituto Rockefeller chamava atenção para pesquisas que encontravam alto percentual de resultados positivos da reação de Wassermann em doentes que eram vitimados por outras enfermidades: “Deve-se ter em conta que quando alguém obtém uma alta porcentagem de reações positivas em casos não sífilíticos essa pessoa não está realizando o teste apropriadamente” (NOGUCHI, 1910: 109 *apud* LÖWY, 1993: 79).

Noguchi decidiu desenvolver, assim, um protocolo mais simples, que permitiria que qualquer clínico executasse a reação. Seus colegas rejeitaram veementemente sua proposta, argumentando que a reação de Wassermann era muito delicada e complexa para ser conduzida por um não-especialista. Além disso, alguns cientistas pontuavam que o protocolo proposto por Noguchi possuía menor especificidade comparado ao original, proposto por Wassermann. Assim, se não-especialistas fossem autorizados a conduzir o teste, o número de “falsos positivos” cresceria ainda mais. Noguchi acabou por acatar o argumento de imprescindibilidade do treinamento para a condução do teste diagnóstico, mas seu método foi incorporado por alguns laboratórios ao longo da década de 1910, como contraprova da reação de Wassermann (LÖWY, 1993: 79). Voltarei às discussões sobre o protocolo de Noguchi adiante, quando falarei sobre os conhecimentos produzidos no Laboratório Anatomopatológico do HNA.

Segundo Löwy, ao longo da década de 1910, muitos cientistas haviam pactuado que o protocolo proposto por Wassermann e seus colaboradores era o melhor a ser adotado: “Em consequência disso, passou a ser altamente recomendável que, para evitar resultados falso-positivos e falso-negativos, *os testes de sífilis fossem confinados apenas a laboratórios especializados*” (LÖWY, 1993: 80, grifos meus). Assim, quando realizada por especialistas gabaritados, a reação de Wassermann era considerada altamente confiável. Os resultados positivos eram vistos como prova quase irrefutável da presença da sífilis, inclusive podendo revelar casos ocultos da doença. Löwy afirma que, em vista das ditas concepções em voga, muitos médicos passaram a chegar ao diagnóstico da sífilis apenas com base em um resultado positivo da reação de Wassermann. A regra geral consistia em não dar atenção ao que o(a) paciente declarava sobre seu histórico venéreo prévio – se houvesse dúvida, dever-se-ia testá-lo(a). Muitos médicos defendiam que até pacientes em que a sífilis fosse considerada improvável deveriam ser puncionados (LÖWY, 1993: 80).

A crença na alta especificidade da reação de Wassermann adentrou os anos de 1920, mas as controvérsias acerca de seus detalhes protocolares perduravam. Em 1923, o Comitê de Higiene da Liga das Nações organizou, em Copenhague, a primeira de três conferências cujos focos residiram nas discussões sobre o sorodiagnóstico da sífilis; os demais eventos ocorreram em 1928 (Copenhague) e em 1930 (Montevidéu) (MAZUMDAR, 2003). Durante esses

eventos, amostras de soros positivos e negativos foram distribuídas entre diferentes cientistas e laboratórios, na tentativa de comparar os dados obtidos por cada um deles, para cada uma das referidas amostras. Diferenças substantivas foram identificadas entre os resultados dos investigadores e instituições laboratoriais, reforçando, “a convicção dos organizadores de que os testes de sífilis deveriam ser realizados apenas em laboratórios especializados. [...] Sob condições ideais, e nas mãos de sorologistas experientes, esses eram considerados confiáveis e [...] altamente específicos” (LÖWY, 1993: 81).

A análise laboratorial, especialmente aquela proposta originalmente por Wassermann e seus colaboradores, impactou a forma como a sífilis foi enquadrada enquanto doença. Reconhecido o seu potencial devastador – que a tornava capaz de se difundir pelas mais diferentes regiões do corpo humano, afetando seu funcionamento de modo generalizado – a amplitude de sintomas da doença dificultava sua identificação. Sem ignorar, entretanto, as controvérsias suscitadas por tal questão, a reação de Wassermann foi encarada por muitos campos médicos como um precioso instrumento que evidenciava a presença do “mal venéreo” mesmo em indivíduos refratários à sua identificação pela análise clínica do paciente. Mas, além disso, o dito teste também serviu como prova que estreitava os laços etiológicos entre a sífilis e a paralisia geral progressiva.

Ao longo dos anos que se seguiram à publicação das pesquisas de Wassermann e seus colegas, descreveu-se que a reação de diagnóstico da sífilis também possuía potencial elucidativo quando conduzida no líquido cefalorraquidiano de casos suspeitos, e nos quais essa já teria prejudicado o sistema nervoso em alguma medida. Já em 1906, o próprio Wassermann, em conjunto com o colaborador de Kraepelin, Felix Plaut, testou o líquido cefalorraquidiano de 41 paralíticos, encontrando resultado positivo em 32 deles (BOSTROEM: 1930: 312; ORIEL, 1994: 78). Neste mesmo período, outro cientista alemão, Max Nonne, propôs que se realizasse complementarmente quatro reações diagnósticas para identificar casos de doenças nervosas que possuíam origem sífilítica, a saber, a reação de Wassermann no sangue; a reação de Wassermann no LCR; a reação de fase I (que dosava um tipo especial de proteína do grupo das globulinas) e a contagem de uma variedade específica de células do sistema imunológico (os linfócitos), preconizada por Widal, Sicard e Ravaut, chamada de pleocitose ou linfocitose.³⁶⁶

Segundo Engstrom e Crozier, a partir de 1915, todos os indivíduos admitidos na clínica dirigida por Kraepelin eram testados para sífilis através da reação de Wassermann. Tal medida intencionava aferir a taxa de infecção por sífilis nos pacientes que davam entrada no referido

³⁶⁶ NONNE, M. Clinical diagnosis of the syphilogenous diseases of the central nervous system. **Journal of the American Medical Association**, v. 53, n. 4, pp. 289–296, 1909.

serviço (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 272). Também neste período, Elmer Ernest Southard (1876-1920) e Harry C. Solomon (1889-1982), diretores do *Boston State Hospital*, nos Estados Unidos, cunharam a expressão “*paresis sine paresi*” (“paralisia geral sem paralisia”). O termo era utilizado para casos de sífilis nervosa que não apresentavam sintomas clínicos, apenas laboratoriais, sendo evidenciados pela reação de Wassermann e pela análise do líquido cefalorraquidiano (LCR). Segundo Gray, ao longo de todo o período, médicos estadunidenses afirmaram que a punção lombar deveria ser realizada não somente em pacientes sífilíticos confirmados, mas também nos suspeitos, especialmente, nos casos em que houvesse qualquer suposição de que a enfermidade tivesse atingido o sistema nervoso central. Alguns, inclusive, acreditaram que os respectivos familiares desses indivíduos também deveriam ser testados (GRAY, 1921: 67). Em 1919, o *Senior Assistant Physician* do *St. Elizabeth Hospital* (Washington DC) John E. Lind (?-?), por exemplo, afirmou que “a punção lombar deve ser realizada no paciente e em seus familiares sempre que houvesse a menor suspeita do envolvimento do sistema nervoso central” (LIND, 1919 *apud* GRAY, 1921: 67).

No Brasil, Carrara (1996: 48) aponta que a importância da obrigatoriedade do teste passou a figurar no discurso sífilográfico logo depois de seu desenvolvimento, mas que, na prática, sua implementação mais sistemática só ocorreu na década de 1920 (CARRARA, 1996: 68, 118). De fato, em 1919, o sífilógrafo Gilberto Moura Costa e o psiquiatra Faustino Esposel divulgaram, em sessão da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, a chamada “punção lombar precoce”. Segundo ambos, tal método serviria ao diagnóstico e ao tratamento (ainda que paliativo) dos diferentes tipos de neurosífilis, sendo sua aplicação sistemática muito importante nas instituições brasileiras de assistência a pacientes com sífilis nervosa: “É de necessidade absoluta a prática da punção lombar precoce, com o duplo intuito terapêutico e diagnóstico, tanto mais quanto, a julgar pelas 600 punções que já praticou, ela é de completa inocuidade”.³⁶⁷

Apesar dos dissensos acerca da forma de condução e interpretação do teste, nos anos 1920 ele figurou no discurso sífilográfico como prova do aumento das internações hospitalares em decorrência da sífilis, nas instituições médicas do Rio e do Brasil em geral (CARRARA, 1996: 111-112). Em 1925, Gilberto de Moura Costa foi novamente, à Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal discutir o caso de um sífilítico que sofrera recaída após abandonar o tratamento específico, tendo retornado às dependências do Hospital da

³⁶⁷ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1919, Rio de Janeiro. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 3º trimestre, 1919, pp. 292–297, p. 296.

Fundação Gaffrée e Guinle com sintomas mentais em função disso. O médico justificava, assim, a compulsoriedade da punção lombar para fins diagnósticos, recém-implementada no Serviço de Neurosífilis da Fundação Gaffrée e Guinle.³⁶⁸ Entretanto, interessantemente, a partir do final da década de 1920, a lógica que regia a referência aos resultados da reação de Wassermann por parte do campo sifilográfico sofreu uma reviravolta. Neste momento, como forma de mostrar seu sucesso, a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, passou a utilizar a reação de Wasserman para sustentar *a diminuição* dos casos de sífilis no Rio de Janeiro (CARRARA, 1996: 235-236).

Como demonstrei no capítulo anterior, na primeira década do século XX, os neuropsiquiatras da Capital Federal acreditavam na sífilis como uma das principais causas da paralisia geral progressiva, mas não a única.³⁶⁹ Em 1906, Juliano Moreira e Afrânio Peixoto, por exemplo, afirmavam que:

Parece suficientemente demonstrado que os tóxicos mais diversos podem dar origem, nas pessoas predispostas, à meningoencefalite difusa. A estafa por excesso de trabalho, por miséria e principalmente por perversões genésicas, o coito imoderado, os abortos provocados etc., comuns em certas capitais da Europa, são relativamente raros no Brasil. Mas como o quociente do progresso aumenta gradualmente, e como eles os males que o acompanham, a paralisia geral começa a figurar sensivelmente mais frequente em nosso obituário, e tende a aumentar ainda mais.³⁷⁰

A passagem acima deixa claro que a etiologia exclusivamente sífilítica para a paralisia geral progressiva não foi aceita de imediato. Ao menos por algum tempo, os referenciais que postulavam que um microrganismo seria o responsável pelo quadro de paralisia geral não era necessariamente incompatível com aqueles que atribuíam o aumento da doença ao advento da civilização. Assim, é importante ressaltar que a produção do conhecimento científico sobre as técnicas laboratoriais foi um dos elementos que interferiram nesse processo, produzindo

³⁶⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Outubro, 1925, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, s/nº, 1925, pp. 214–217, p. 217.

³⁶⁹ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 804; MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827, p. 822; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 35.

³⁷⁰ MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, anno 2, v. 3, set. 1906, pp. 222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 794–811, p. 804.

resultados capazes, na visão de muitos médicos, de embasar a ideia de uma etiologia *exclusivamente* sífilítica da PGP. Assim, vejamos como se deram a recepção e apropriação destas tecnologias pelos médicos que atuavam no Rio de Janeiro.

3.3 AS PRIMEIRAS APROPRIAÇÕES DAS TÉCNICAS LABORATORIAIS NOS ESPAÇOS DO HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADOS

No apagar das luzes da primeira década do novecentos, Juliano Moreira destacava a importância do Laboratório Anatomopatológico afirmando que o mesmo continuava “a prestar serviços à elucidação de certos diagnósticos, à verificação da eficácia de certos tratamentos etc.”.³⁷¹ Contudo, o médico também evidenciava a necessidade de mais recursos para a instituição, que ia se tornando segundo ele, “acanhada” em “vista do número crescente dos trabalhos a executar”.³⁷² Moreira ratificava a importância dos investimentos contínuos também no necrotério e no museu anatomopatológico através do prestígio internacional conquistados com as produções científicas destes espaços: “O museu do Hospício foi enriquecido com a aquisição de algumas peças anatomopatológicas de valor. As enviadas à Exposição de Higiene muito influíram para que fosse conferido ao estabelecimento uma medalha de ouro”.³⁷³

Em artigo publicado em 1909, Artur Moses, reiterava que a reação de Wassermann era capaz de evidenciar a presença da sífilis mesmo na ausência de manifestações clínicas. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Moses desenvolveu seus estudos no Instituto de Manguinhos, mas utilizou amostras colhidas no Hospital Nacional de Alienados. No final da publicação, agradeceu inclusive a médicos como Juliano Moreira e Antonio Austregésilo, os

³⁷¹ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1908 e 1909 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Augusto Tavares de Lyra (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mar. 1909, pp. 124–138, p. 128. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=89&s=0&cv=2&r=0&xywh=108%2C842%2C2290%2C1615>. Acesso em 01 ago. 2020.

³⁷² BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1908 e 1909 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Augusto Tavares de Lyra (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mar. 1909, pp. 124–138, p. 128. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=89&s=0&cv=2&r=0&xywh=108%2C842%2C2290%2C1615>. Acesso em 01 ago. 2020.

³⁷³ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1909 e 1910 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Esmeraldino Olympio de Torres Bandeira (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1910, pp. 119–130, p. 121. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=90&s=0&cv=0&r=0&xywh=-22%2C344%2C4537%2C3201>. Acesso em 01 ago. 2020.

quais, segundo ele, “tudo nos facilitaram para a consecução deste trabalho”.³⁷⁴ No artigo, o autor delineou os contornos complexos e as discussões em torno da técnica, que explicava ser uma “aplicação da reação de Bordet-Gengou”.³⁷⁵ Concluía que, depois de estudada através de “centenas de observações realizadas algumas nos laboratórios, outras na clinica” se podia afirmar “que o diagnóstico biológico das afecções sífilíticas e para-sífilíticas” havia entrado “definitivamente na prática corrente”.³⁷⁶

O autor trabalhou com amostras de 42 casos de paralisia geral progressiva, quatro de tabes *dorsalis*, 21 casos de moléstias nervosas e mentais diversas (demência precoce, esclerose cerebral, epilepsia, histeria, siringomielia, esclerose em placas, moléstia de Parkinson, psicose maníaco-depressiva) e de 9 casos em que o líquido cefalorraquidiano havia sido retirado “por ocasião da raquistovainização”, um processo de anestesia lombar aplicado com fins terapêuticos.³⁷⁷ Sobre a constatação dos resultados, afirmou que só considerou positivos os casos em que houve “total impedimento da hemólise”, e negativos aqueles nos quais estava “diminuída a ação hemolítica” – o que alguns autores alemães denominavam de “fracamente positivos” (*schwachpositiv*). Assim, disse ter “convencionado” exprimir os resultados pelos sinais -, +, ++, +++: “- indica ausência de hemólise; + denota ter havido traço de hemólise; ++ indica hemólise incompleta e +++ hemólise total”.³⁷⁸ Em seguida, o médico apresentou suas conclusões:

Pudemos registrar resultado positivo em 37 casos de demência paralítica e 4 de tabes; enquanto que entre as outras observações só em dois casos de demência precoce verificamos hemólise incompleta. Registramos esses casos como “fracamente positivos” e consideramos negativa a reação biológica.³⁷⁹

³⁷⁴ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 40.

³⁷⁵ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 32.

³⁷⁶ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 33.

³⁷⁷ Aqui, acredito que Moses tenha aproveitado amostras que já estavam disponíveis, para aumentar seu universo amostral.

³⁷⁸ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 38.

³⁷⁹ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Ciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 40.

O texto de Moses circulou Brasil a fora, tendo repercussão, por exemplo, na *Gazeta Clínica*, periódico publicado em São Paulo (NEVES, 2008: 260). Em seu estudo, Moses mostra de modo claro que as conclusões às quais alguns médicos chegavam sobre a ocorrência da sífilis em certos pacientes estavam em grande parte ligadas a uma capacidade interpretativa dos resultados da reação de Wassermann. Contudo, tais parâmetros eram, para ele, claros e objetivos, não colocando em xeque a capacidade do teste de fornecer “indicações positivas [de uma infecção sífilítica] na ausência de qualquer manifestação clínica”.³⁸⁰

A tese de André Pio da Silva (1880-1931),³⁸¹ defendida em 1910, consiste em um dos primeiros exemplos de pesquisas conduzidas no espaço do Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional de Alienados, cujo diretor passara a ser Mario Pinheiro.³⁸² É importante ressaltar que Pio da Silva não defendeu sua tese na Cadeira de Clínica Psiquiátrica, mas na de Clínica Propedêutica, à época ocupada por Miguel Couto (1865-1934). Contudo, seu trabalho constitui-se como mais uma evidência da interdisciplinaridade que se desenvolveu nos espaços do HNA, e da influência que Juliano Moreira e sua equipe exerceram sobre as ideias defendidas nos trabalhos produzidos na FMRJ, durante a primeira década do novecentos. Na introdução da tese doutoral, o autor escreveu:

Ao Dr. Mario Pinheiro, ilustre Diretor do Laboratório de Anatomia Patológica do Hospício Nacional de Alienados, agradecemos a assistência contínua e sempre competente da sua experiência pessoal que nos foi sempre guia efficacíssimo em todos os momentos. [...]

Aos eruditos professores Juliano Moreira e Miguel Pereira muitos agradecimentos e grande admiração.³⁸³

Na tese intitulada “Soro diagnostico da syphilis – Reacções de Wassermann e Noguchi”, um dos primeiros aspectos que chama atenção é a referência às contribuições de autores

³⁸⁰ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 32.

³⁸¹ André Pio da Silva nasceu em Pouso Alegre (MG). Depois de formado pela FMRJ, passou a clinicar na mesma cidade. Durante a década de 1910, mudou-se para Casa Branca (SP), onde continuou a exercer a prática clínica, e fundou o “Laboratório de Análises e Microscopia Clínica André Pio & Lima”. Esse realizava testes para diagnóstico da sífilis e outros exames. Pio da Silva também integrou o Corpo Clínico da Santa Casa de Misericórdia de Casa Branca, participando da criação de um pavilhão infantil. Cometeu suicídio em 1931 (FACONI, 2012).

³⁸² Em agosto de 1907, Leitão da Cunha se exonerou da direção do laboratório, uma vez que fora nomeado como substituto na FMRJ, e seu cargo foi ocupado por Bruno Lobo. Um ano depois, em setembro de 1908, Lobo também foi nomeado substituto da FMRJ, deixando a chefia do referido laboratório, bem como de suas sessões anexas, a cargo de Mário Pinheiro de Andrade (BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1907 e 1908 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Augusto Tavares de Lyra (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mar. 1908, pp. 127–135, pp. 128–130).

³⁸³ SILVA, A. P. **Soro diagnostico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 1–2.

estrangeiros, que não alemães, na edificação dos protocolos sorodiagnósticos para a sífilis. Segundo Pio da Silva: “Wassermann, Neisser e Bruck foram os primeiros, em 1906, a aplicar à sífilis o fenômeno de Bordet Gengou”.³⁸⁴ Após fornecer uma lista dos protocolos disponíveis para o desenvolvimento da referida reação, também afirma: “Se fosse nosso intuito fazer um trabalho sobre o sorodiagnóstico da sífilis, estaríamos na obrigação de estudar, uma por uma, todas essas modificações”.³⁸⁵ É fundamental destacar, assim, que os médicos que atuavam e/ou estudavam no Rio de Janeiro encontravam-se a par das discussões sobre os diferentes meios de se executar a reação de Wassermann, e das múltiplas contribuições que auxiliaram a construção de tal método.

A tese de Pio da Silva ilustra também as concepções apontadas por Fleck (2010) e Löwy (1993) sobre a forte conexão que se fazia entre a funcionalidade do teste e o adquirido “sentir sorológico” do *expert*. O estudante narrava que: “As dificuldades técnicas da reação, *sua fina sensibilidade às menores causas de erro* e, junto a isso, *a aquisição de um certo tato que se exige de todo serologista e que só o tempo pode dar*, foram todos problemas a resolver, antes que nossos resultados pudessem merecer fé e confiança”.³⁸⁶ Pio da Silva subordina de modo claro o controle da sensibilidade do teste ao “tato” do especialista. Se voltarmos aos supracitados agradecimentos do autor, é possível que Mario Pinheiro, então diretor do laboratório anatomopatológico do HNA, tenha exercido papel significativo na transmissão de tal “tato”.

Como apontado anteriormente, os parâmetros que orientavam o que seria um resultado positivo ou negativo da reação de Wassermann eram subjetivos. Tornou-se comum que dois ou mais cientistas que realizassem o teste com a mesma amostra de sangue ou líquido cefalorraquidiano obtivessem resultados diferentes, e havia ainda situações nas quais tais resultados eram contraditórios com as evidências clínicas (FLECK, 2010: 98; LÖWY, 1993). Esta discrepância despertou muitas críticas com relação ao seu uso, como por exemplo, a de que o teste estaria na realidade dificultando a conclusão dos diagnósticos de sífilis em geral, uma vez que os médicos poderiam receber resultados distintos, dependendo do laboratório responsável pelo processamento das amostras (FLECK, 2010: 98; LÖWY, 1993). Assim,

³⁸⁴ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 17.

³⁸⁵ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 55.

³⁸⁶ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 1, grifos meus.

alguns cientistas propuseram protocolos que tornariam mais simples a execução do exame, a exemplo do que, como já mencionado, fez Noguchi (FLECK, 2010: 98; LÖWY, 1993).

Pio da Silva também reconheceu “a complexidade do método originário”. O “conhecimento perfeito” acerca dos mecanismos da reação e a “habilidade em técnica serológica” que o mesmo demandava eram, para o estudante, um “grande obstáculo à sua introdução na prática geral”: “Estou convencido de que, a menos que se não possa fazer uma grande simplificação no método de Wassermann, ele nunca atingirá a utilidade que realmente tem”.³⁸⁷ Sobre os estudiosos que haviam procurado tornar o protocolo original mais simples, Pio da Silva dizia, incluindo Noguchi, que esses não haviam alcançado sucesso: “Todos os métodos propostos são, com efeito, possíveis somente para os laboratórios bem fornidos [...]”.³⁸⁸ Entretanto, o estudante emanava a profunda crença de que, ele mesmo, havia tido sucesso “em vencer as dificuldades da reação, propondo um novo e simples método de sorodiagnóstico da sífilis”.³⁸⁹ O protocolo elaborado por Pio da Silva, no Laboratório Anatomopatológico do HNA, oferecia “definidas vantagens a respeito de simplicidade e sensibilidade ao serologista experimental [...] de sorte que a reação pode[ria] ser feita por um médico que [tivesse] hábitos de fazer reações químicas de laboratório”.³⁹⁰

Segundo o autor, “seu” método se diferenciava em pouco daquele proposto por Wassermann e seus colaboradores, e também se baseava nos princípios estabelecidos por Bordet e Gengou. Diferenças que à primeira vista poderiam ser encaradas como “ninharia” consistiam, na realidade, em muito significativas, pois “afeta[vam] a exatidão, a facilidade e a confiança com que a reação pode[ria] ser aplicada”.³⁹¹ Em resumo, Pio da Silva acreditava que a presença de um dos substratos, cuja utilização estava prevista nos protocolos sugeridos por Wassermann e por outros cientistas, encobria a presença do anticorpo da sífilis. Tal presença era considerada sinal do contato com o agente da doença e, quando passava despercebida, gerava resultados falso-negativos. Contudo, isso não significava que Pio da Silva enxergasse todos os resultados negativos como falsos – de suas declarações sobre este aspecto emerge outra discussão em voga à época: seria a sífilis a causa absoluta e inexorável da paralisia geral progressiva? De acordo

³⁸⁷ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 40–41.

³⁸⁸ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 40–41.

³⁸⁹ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 40–41.

³⁹⁰ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 40–41.

³⁹¹ SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 41.

com o médico, a resposta era “não”, e sua justificava residia precisamente na crença de que resultados negativos dos testes laboratoriais em paralíticos gerais eram legítimos: “A paralisia geral tem como causa etiológica a sífilis. *Essa etiologia não é entretanto absoluta*. Haja vista alguns casos em que as reações de Wassermann e Noguchi se mostraram negativas”.³⁹²

A partir do início do novecentos, as análises laboratoriais passaram a ser acionadas por alguns neuropsiquiatras brasileiros como forma potencial de se estabelecer o diagnóstico diferencial entre a paralisia geral progressiva e outras formas de doença mental, principalmente daquelas que não possuíam fundo sífilítico (NEVES, 2008: 102).³⁹³ No Rio de Janeiro, em 1910, Leitão da Cunha, ex-diretor do já referido Laboratório de Anatomia Patológica do HNA, e Ulysses Vianna publicaram um estudo no qual conduziram a reação de Wassermann e o exame das células do líquido cefalorraquidiano em doentes acometidos de algumas enfermidades psíquicas, entre elas a PGP. A dupla concluiu que o excesso de linfócitos sempre ocorria na paralisia geral, existindo, inclusive, em casos em que a reação de Wassermann era negativa, podendo, desta forma, consistir em uma valiosa ferramenta de diagnóstico diferencial. Assim, os casos em que não fosse constatado aumento anômalo das referidas células de defesa desencorajariam um diagnóstico de PGP.³⁹⁴

Contudo, para os médicos, nos quadros de paralisia geral do tipo catatônico, onde eram identificados sintomas como estupor, imobilidade e letargia, a linfocitose deixava de ser um indicador diferencial confiável da doença em questão. A mesma também estava presente em casos de demência precoce, cujo quadro clínico era muito similar ao desta forma da paralisia geral.³⁹⁵ Apesar dessas evidências, Leitão da Cunha, Vianna e, mais tarde, outros médicos, passaram a defender que o método desenvolvido pelos franceses Widal, Sicard e Ravaut, além de fornecer indícios que reafirmavam o diagnóstico de paralisia geral, era também valiosíssima na diferenciação entre a mesma e outras doenças mentais de fundo não sífilítico, a exemplo da neurastenia.³⁹⁶

³⁹² SILVA, A. P. **Soro diagnóstico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, p. 81, grifos meus.

³⁹³ LACERDA, M. S. **Perturbações mentaes na Syphilis Cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 87; MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, pp. 36–41.

³⁹⁴ CUNHA, R. L.; VIANNA, U. Contribuição a cytologia do liquido cephalo-rachidiano nas afecções nervosas e mentaes. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 6, n. 1 e 2, 1910, pp. 182–187.

³⁹⁵ CUNHA, R. L.; VIANNA, U. Contribuição a cytologia do liquido cephalo-rachidiano nas afecções nervosas e mentaes. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 6, n. 1 e 2, 1910, pp. 182–187.

³⁹⁶ CUNHA, R. L.; VIANNA, U. Contribuição a cytologia do liquido cephalo-rachidiano nas afecções nervosas e mentaes. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 6, n. 1 e 2, 1910, pp. 182–

Quando se tratava de diferenciar os tipos de sífilis nervosa entre si, todavia, a questão tornava-se mais complicada, como fica claro na resenha publicada em 1912, por Odilon Vieira Gallotti (1888-1959).³⁹⁷ O texto dedicava-se a comentar o trabalho de Max Nonne “*Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten*” (“Estado atual da doutrina sobre a importância das quatro reações para o diagnóstico e o diagnóstico diferencial das afecções nervosas orgânicas”), e foi publicado nos *Archivos Brasileiros de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal*. As quatro reações a que Nonne se referia “para o diagnóstico das afecções orgânicas nervosas de origem luética” eram, como já mencionado, a reação de Wassermann no sangue e no líquido cefalorraquidiano, a contagem de determinadas células do sistema imunológico (pleocitose) e a taxa de proteínas específicas no LCR (reação da fase I).

De acordo com as ideias de Nonne, interpretadas por Gallotti, o resultado positivo da reação de Wassermann no sangue seria comum, contudo, não exclusivo da sífilis, podendo apresentar-se como tal em doentes portadores de malária, escarlatina, lepra, boubá, entre outras enfermidades. Contudo, Nonne defendia que, do mesmo modo que o resultado positivo do teste de Wassermann no sangue não servia para afirmar a existência de uma doença nervosa orgânica de origem sífilítica, sua negatividade não deveria descartá-la. Deste modo, em casos de suspeição de paralisia geral progressiva – cujo resultado do Wassermann no sangue era positivo em “quase” 100% dos casos – Nonne defendia que, ainda que se obtivesse um resultado negativo, a suspeita de PGP não deveria ser excluída.³⁹⁸

A verificação de um número grande de determinadas células de defesa (linfocitose) seria, segundo Nonne, muito útil na diferenciação entre as doenças nervosas de fundo orgânico (nas quais estavam envolvidas lesões teciduais, como as sífilíticas) e aquelas ditas funcionais (nas quais se acreditava não haver lesão material). Contudo, Nonne também assumia que a ausência da linfocitose não deveria ser enxergada como evidência cabal da inexistência de um quadro de sífilis nervosa. Ainda que raros, tais casos de sífilis do sistema nervoso (nos quais

187; FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 80; VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 40.

³⁹⁷ Odilon Vieira Gallotti doutorou-se na FMRJ, em 1914. Em 1920, tornou-se assistente do Hospital Nacional de Alienados e, em 1945, seu diretor. Foi professor da Cadeira de Clínica Neurológica da FMRJ e catedrático na Escola de Enfermeiros do HNA. Tornou-se Membro Titular da ANM, em 1931 (SILVA, 2019).

³⁹⁸ GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - *Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten* (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o diagnostico e o diagnostico diferencial das affecções organicas) - *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* - Band 42 - 1911). *Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp. 179–184.

não era identificada alteração no número de células de defesa) existiam. Por fim, o médico reconhecia que a linfocitose não seria útil como método de diagnóstico diferencial para as enfermidades nervosas de origem sífilítica, ou seja, para diferenciar casos de tabes, paralisia geral progressiva e sífilis cerebral entre si.³⁹⁹

A reação de Wassermann conduzida no líquido cefalorraquidiano dos pacientes acusava resultados positivos em torno de 90% dos paralíticos de PGP e de sífilis cerebral e apenas em 5-10% dos doentes portadores e tabes (quando não associada à PGP). A partir destas constatações, Nonne desenvolveu uma nova metodologia que, segundo ele, auxiliaria no diagnóstico dessas doenças:

Acreditou-se que na tabes e na sífilis cérebro-medular existiam, de fato, anticorpos da lues no líquido cefalorraquidiano, mas em proporções tão exíguas que só se podiam revelar com uma maior quantidade de líquido. Nonne começou então a empregar em lugar dos 0,2cc [centímetros cúbicos] do método original 0,3 e 0,4-1,0cc de líquido [cefalorraquidiano]. Com esta modificação já a tabes e a sífilis cérebro-medular apresentam r. Wassermann positiva em quase 100% dos casos.⁴⁰⁰

O aumento da quantidade de antígenos na reação orientou muitas das propostas de modificações no protocolo de Wassermann. Com isso, diferentes cientistas acreditavam que se otimizaria a capacidade da reação de detectar a presença da sífilis, aumentando sua sensibilidade e diminuindo a quantidade de falsos negativos. Por outro lado, tal iniciativa diminuía a especificidade da reação. Ou seja, aumentava a possibilidade de se obter resultados falso-positivos. A escolha por um protocolo com maior sensibilidade e menor especificidade também foi feita por estudiosos que atuavam no Rio de Janeiro. Assim, o que pode ser lido como uma iniciativa para evitar que casos de sífilis não fossem identificados, também pode, por outro lado, ser interpretado como uma despreocupação com o fato de que não sífilíticos seriam considerados portadores da doença e, mais, de suas formas nervosas. Retornarei a este ponto adiante.

³⁹⁹ GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o diagnostico e o diagnostico diferencial das affecções organicas) - Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde - Band 42 - 1911). **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp. 179-184.

⁴⁰⁰ GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o diagnostico e o diagnostico diferencial das affecções organicas) - Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde - Band 42 - 1911). **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp. 179-184, pp. 181-182.

O médico alemão acentuava em seu texto que a condução da reação de Wassermann no líquido cefalorraquidiano auxiliaria muito a dirimir as dúvidas sobre o diagnóstico diferencial entre as doenças mentais de origem sífilítica e as ditas “funcionais”. Já as incertezas a respeito da diferenciação das três formas de sífilis nervosa entre si só poderiam ser sanadas se as quatro reações fossem empregadas de modo combinado. Contudo, Gallotti não entrou em detalhes sobre como os resultados deveriam se combinar para evidenciar a presença de cada um dos tipos de neurosífilis. Ao finalizar seu texto, o médico brasileiro mostrou-se um pouco reservado com relação às colocações de Nonne concluindo, dos escritos do cientista germânico que: “A natureza, porém, não faz esquemas; somente o homem é que os faz, a fim de facilitar uma vista geral e assim prestar serviços mais apropriados. A clínica continua a ser nosso guia, a nossa mestra; todavia, quando esta se recusar, poderão os novos métodos trazer poderoso auxílio”.⁴⁰¹

Ferraz de Sampaio (1910), cuja tese já foi mencionada neste trabalho, discutiu longamente sobre as formas de se aferir os sintomas *clínicos* da paralisia geral, sem mencionar qualquer potencial da reação de Wassermann em seu diagnóstico. Apenas apontando que o caso discutido em seu trabalho recebeu um resultado positivo do teste, o médico não teceu considerações acerca dos usos da técnica. Inclusive, quando falava sobre o diagnóstico diferencial entre a paralisia geral progressiva e outras formas nervosas de sífilis, como a tabes e a sífilis cerebral, elencava apenas sintomas *clínicos*, que considerava capazes de diferenciar as duas últimas da primeira.⁴⁰² Ainda assim, as manifestações clínicas apontadas pelo estudante como emblemáticas da paralisia geral progressiva também podem ser encaradas como aferições que se pretendiam objetivas.

A apropriação pelo campo neuropsiquiátrico de técnicas e instrumentos como o dinamômetro (aparelho utilizado para mensurar os sintomas físicos dos(as) pacientes mentais); os exames oculares (realizados correntemente pelo oftalmologista do Hospital Nacional) e a grafologia, podem ser também considerados como reflexos da proposta de objetivação e cientificização da neuropsiquiatria do início do século XX.⁴⁰³ Para que tais técnicas fossem

⁴⁰¹ GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o diagnostico e o diagnostico diferencial das affecções organicas) - Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde - Band 42 - 1911). **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp. 179–184, pp. 183–184.

⁴⁰² SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de parálisis geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 38–44.

⁴⁰³ MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, pp. 28–30; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de parálisis geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 22–28.

utilizadas no diagnóstico das doenças psíquicas eram necessários instrumentos e *expertise* específicas, em grande parte, adquiridas a partir da retórica entoada por Moreira e por outros médicos daquele momento, de valorização do laboratório enquanto espaço moderno e bem equipado.⁴⁰⁴

Ferraz de Sampaio, por exemplo, exibiu um número significativo de gráficos e imagens em sua tese de doutoramento, numa tentativa de comprovar a presença de sintomas motores em um doente paralítico. Através do uso do dinamômetro de Mathieu⁴⁰⁵ o autor quantificava a perda da força nas mãos do paciente L.:

O dinamômetro revela que, a força de prensão no paralítico geral apresenta-se muito diminuída. O homem são, entre os 25 e 35 anos de idade, possui uma forma de pressão igual a 50 kg e de prensão 132 kg, conservando até os 50 anos mais ou menos.

Chambard e Christian, pelos exames que procederam em muitos doentes, de afecção antiga, encontraram para média geral da força dinamométrica 35 kg para a mão direita, e 31 kg para a esquerda.

O dinamômetro de Mathieu acusou para L. uma força de 37 kg para a mão direita e 30 kg para a esquerda; como vemos, estes números estão muito próximos dos que foram encontrados por aqueles dois observadores.⁴⁰⁶

Já sobre os tremores na língua, exibidos por L. e mensurados através de um aparelho “pertencente ao Pavilhão de Psicologia Experimental do Hospício Nacional de Alienados”, o médico afirmava:

A perturbação da palavra constitui um sinal de muito valor no diagnóstico da paralisia geral. Ela é característica e *diferente* da palavra observada em outras moléstias nervosas ou mentais. [...]

O nosso doente, desde o início da moléstia, que apresenta esta disartria *especial* à paralisia geral, que se diferencia *nitidamente* das outras espécies de disartrias. É uma espécie de tempo de parada, de esforço, de hesitação da palavra, que o doente apresenta antes da pronúncia de certas palavras, de certas sílabas, principalmente antes das labiais.⁴⁰⁷

⁴⁰⁴ MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911; SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910; VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915.

⁴⁰⁵ O dinamômetro de Mathieu consistia em uma das variações dos aparelhos utilizados para medir a força dos pacientes, especialmente nos membros superiores.

⁴⁰⁶ SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 20–23.

⁴⁰⁷ SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralytia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 24; 26, grifos meus.

Acerca das perturbações da escrita, também as referia como de grande importância no diagnóstico da PGP:

O que caracteriza a escrita do paralítico geral, é o seu todo, e não esta ou aquela falta.

A ordem geral da escrita depende da forma da moléstia e do seu modo de evolução.

A caligrafia é *defeituosa*, as linhas não têm regra fixa, às vezes sinuosas, onduladas etc., *de direção muito variável*.

As modificações das letras reconhecem duas origens: motora e psíquica. As desta ordem dependem do enfraquecimento cerebral, que é constante; da excitação, depressão, delírio etc.

No enfraquecimento cerebral a escrita é irregular, grossa, apresenta-se muito semelhante à de um escolar principiante. [...]

Se examinarmos a escrita feita por L., veremos que a mesma é trêmula, irregular; apresentando omissões e inversões de letras [...]; enfim, *o seu todo é característico*, demonstrando as perturbações psíquicas e motoras.⁴⁰⁸

As passagens acima denotam a tentativa de apreender de modo objetivo os sintomas dos doentes diagnosticados como paralíticos. Contudo, apesar de tal discurso estar presente nos escritos do autor com relação à PGP, é importante ressaltar que a apropriação da grafologia pelos campos neuropsiquiátricos foi um processo tortuoso e que não estava restrito ao diagnóstico da paralisia geral. Segundo Schäfer (2016), médicos alemães, como Émil Kraepelin, esforçaram-se bastante para aplicar as técnicas grafológicas na identificação das doenças mentais. Mas havia uma série de obstáculos em torno dos parâmetros que deveriam ser analisados na escrita do paciente. Assim, na prática, a ferramenta servia, muitas vezes, mais para ratificar o diagnóstico já estabelecido, a partir da observação de outros sintomas, do que para orientá-los primariamente. No caso do trabalho de Ferraz de Sampaio, as tentativas de objetivação dos sintomas da paralisia geral progressiva ficam evidentes em termos retóricos. No entanto, não deixam claro o quanto serviam, na prática, ao estabelecimento do diagnóstico diferencial.

Ainda que não referencie de modo claro a influência de mentores em seus agradecimentos, o trabalho de José Ataliba Ferraz de Sampaio ilustra que certas concepções kraepelianas e wundtianas foram adotadas por médicos brasileiros. Isso durante o período em que neuropsiquiatras a exemplo Juliano Moreira, Ulysses Vianna e Henrique Roxo, buscavam evidenciar as facetas orgânicas das enfermidades psíquicas, bem como enquadrar diagnósticos, como o de paralisia geral progressiva, através de métodos considerados mais científicos e

⁴⁰⁸ SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910, pp. 27–28, grifos meus.

precisos. Apesar de carecer de detalhes sobre sua futura inserção como Professor Assistente de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Faculdade de Medicina de São Paulo, os referenciais apreendidos durante a formação de Ferraz de Sampaio, no HNA e especificamente em seus laboratórios, provavelmente exerceram influência em sua atuação como professor, haja vista a cátedra em que atuou.

Estudos históricos destacam que as técnicas laboratoriais foram apropriadas pelos campos neuropsiquiátricos não apenas como uma ferramenta prática de diagnóstico, mas antes como um recurso retórico que contribuiu para sua cientificização e legitimação (DAVIS, 2008; HURN, 1998; MATHEWS, 2006; SLIJKHUIS; OOSTERHUIS, 2012). Assim, com relação à paralisia geral progressiva, autoras como Juliet Hurn (1998) e Gayle Davis (2008) apontam disputas nesse sentido. Alguns médicos acreditavam que a total subordinação do diagnóstico da doença às reações laboratoriais não era algo razoável, porque deixava de lado todos os sinais clínicos que haviam sido exaustivamente estudados e analisados por muitos pesquisadores, durante décadas. Em vista disso, grande parte dos profissionais defendia a complementaridade entre métodos diagnósticos laboratoriais e clínicos, especialmente por conta das já mencionadas discussões em torno dos parâmetros e das formas mais adequadas de se executar os testes de laboratório (DAVIS, 2008; HURN, 1998).

As fontes aqui analisadas indicam um caminho com nuances similares. De fato, o círculo neuropsiquiátrico do Rio de Janeiro estava pronto para incorporar as novas metodologias à sua prática cotidiana, mas sem abdicar dos referenciais clínicos. Médicos que não desenvolviam trabalhos no campo das doenças mentais, por exemplo, criticavam o que consideravam um excesso de confiabilidade na reação de Wassermann.⁴⁰⁹ Certos neuropsiquiatras também argumentavam que o diagnóstico da PGP não poderia basear-se apenas em achados laboratoriais. As características clínicas da doença deveriam ser levadas em consideração, ao estabelecer-se o diagnóstico diferencial entre essa e outras enfermidades mentais, sobretudo, as de origem sífilítica (CERQUEIRA, 2014: 132).

Contudo, ao longo das décadas de 1910 e 1920, tal cenário mudou bastante (DAVIS, 2008; HURN, 1998). Em meio à ampliação da utilização das técnicas laboratoriais e às tentativas de se forjar protocolos mais confiáveis e acessíveis para as mesmas, Hideyo Noguchi e Joseph W. Moore (1879-?) divulgaram os resultados das investigações de identificação do *Treponema pallidum* no cérebro de paralíticos gerais. Além disso, vieram à luz, na literatura

⁴⁰⁹ MACEDO, O. **Da syphilis cerebral e seu tratamento**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910; SILVA, A. P. **Soro diagnostico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

médica brasileira sobre a doença, estudos acerca dos casos juvenis de PGP, os quais a articulavam com a sífilis através de laços hereditários e da degeneração.

3.4 DEGENERAÇÃO, HEREDITARIEDADE E A PARALISIA GERAL PROGRESSIVA

O debate entre degeneração e loucura certamente esteve entre os tópicos mais populares das discussões médicas entre a segunda metade do século XIX e início do século XX (CAPONI, 2012; COFFIN, 2007; PICK, 1989; SCHWARCZ, 1993; SERPA JUNIOR, 2010; STEPAN, 2005). Como apontado pela historiografia, a degeneração caracterizou-se como uma questão cara à medicina mental. Especialmente, a partir de meados do século XIX, as bases da loucura se instituíram sob tal fundação (COFFIN, 2003; COFFIN, 2007). Em outras palavras, a doença mental passou a ser vista como indício da degeneração do indivíduo, sendo o “louco” e a “louca” exemplos prementes de um dos maiores males que comprometia o progresso das nações (SERPA JUNIOR, 2010).

Por outro lado, apesar dos esforços em direção à descrição dos *tipos* degenerados, a teoria da degeneração anexou um novo elemento às concepções acerca da loucura. Para além de um “mal” fundamentalmente individual, a dimensão coletiva do enlouquecimento entrou em foco justamente no contexto em que se pensava o futuro do Brasil. O histórico individual daqueles que adoeciam mentalmente não deixou de ser esquadrinhado em seus pormenores, muito pelo contrário: a inspeção minuciosa dos “antecedentes familiares” e “pessoais” do(a) paciente era justificada a partir da retórica da hereditariedade, como meio de se identificar a origem e/ou buscar meios de evitar que hábitos morais, características físicas e mentais mórbidas fossem transmitidas para as gerações futuras (CAPONI, 2012; SERPA JUNIOR, 2010).

Segundo Octavio Domont de Serpa Jr. (2010), o tema da degenerescência e o arquétipo do degenerado enquadraram as discussões sobre alienação mental da segunda metade do século XIX em diante, mesmo que de modo não explícito, figurando em publicações científicas de médicos alienistas a partir de diferentes apropriações. A hereditariedade e seu papel na propagação geracional da doença mental, vista ora como produto, ora como produtora da degenerescência, permeava os debates médicos de modo profundo (SERPA JUNIOR, 2010: 448). Bénédict-Augustin Morel (1809-1873) foi quem primeiro concatenou e detalhou a relação entre o fenômeno da degenerescência e a alienação mental, ao publicar em 1857 seu

“Physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladies” (“Tratado das degenerescências físicas, intelectuais e morais da espécie humana e das causas que produzem essas variedades doentias”). Para o autor, os alienados que supostamente cresciam em número na Europa, seriam uma espécie de epítome de certos “desvios mórbidos ‘na’ espécie”,⁴¹⁰ desvios esses capazes de serem transmitidos para os descendentes (COFFIN, 2003: 153). Considerando-a um “estado anormal” que mantinha íntimas relações com males físicos e morais, Morel alertava em seu livro sobre a ameaça exercida pela degeneração à degradação das gerações futuras (SERPA JUNIOR, 2010: 448-450), caracterizando a degenerescência como:

Um desvio doentio de um tipo primitivo. Este desvio, por mais simples que possamos supô-lo na sua origem, traz em si, todavia, elementos de transmissibilidade de uma tal natureza, que aquele que porta o germe torna-se cada vez mais incapaz de cumprir sua função na humanidade, e o progresso intelectual, já travado na sua pessoa, encontra-se ainda mais ameaçado na dos seus descendentes (MOREL, 1857: 5 *apud* SERPA JUNIOR, 2010: 450).

O “estado de degenerescência” também podia ser identificado através de certas características consideradas típicas, referidas no meio médico como “estigmas da degenerescência” ou “estigmas físicos de degeneração”. Tais características se tornaram mais numerosas e específicas ao longo do tempo, mas permaneciam originalmente relacionadas ao tamanho da cabeça do indivíduo, sua altura, cor da pele, capacidade intelectual, capacidade de controle de seus instintos, tendências morais entre outros. (COFFIN, 2003: 156). Para Morel, o termo “lesão” remetia às “anomalias fisiológicas no corpo” causadas pelo lento processo de degeneração. Assim, para ele “não seria surpreendente que o médico não encontrasse uma lesão cerebral (no sentido anatômico da palavra) entre indivíduos portadores [das diferentes formas] de loucura hereditária” (COFFIN, 2003: 156-157). Em outras palavras, segundo Morel não era absolutamente necessária a observação de uma lesão encefálica material para evidenciar a degeneração hereditária.

O “meio” aparece no trabalho de Morel como o grande responsável pela produção de influências degenerativas adquiridas, tanto físicas, quanto morais, quando o Velho Continente

⁴¹⁰ Segundo Serpa Jr. (2010: 450-451) e Coffin (2003: 153-159), Morel era adepto de duas concepções de cunho religioso que foram incorporados por correntes científicas: a “ideologia do progresso”, inspirada nas reflexões do médico francês Philippe Buchez (1796-1865), e de acordo com a qual a espécie humana, na ocasião de sua criação divina, teria sido dotada da capacidade de se aperfeiçoar. E o fixismo biológico, segundo o qual uma espécie não seria capaz de originar outra, sendo Deus o único responsável pela criação dessas entidades. Mesmo incapaz de “criar uma raça ou uma espécie de seres degenerados, que dominariam a Terra” a espécie humana produziria a degenerescência, que embora limitada, marcaria de forma assustadora toda a linhagem de uma família.

passava por intensas transformações socioeconômicas, refletidas na insalubridade física e moral do meio urbano e na redefinição das relações de trabalho (COFFIN, 2003). Com tais consequências ombreavam os “avanços” trazidos pela civilização, fazendo emergir uma dialética de custo-benefício, que a medicina viria ajudar a solucionar, proclamando-se detentora de ferramentas úteis na neutralização dos horrores desencadeados pelo processo de civilização e de luta pela sobrevivência (SERPA JUNIOR, 2010: 455-457).

A retórica científica traduzida pela relação entre anatomia patológica e degeneração foi incorporada nas visões sobre a doença mental através dos trabalhos de Jacques-Joseph-Valentin Magnan (1835-1916), discípulo de Morel. Após a morte do último, as discussões sobre a elaboração de uma classificação universal para as doenças mentais tomaram bastante corpo nos meios alienistas europeus. Em 1887, a Sociedade Médico-Psicológica Francesa montou uma comissão que objetivava a construção desta classificação, composta, entre outros, por Magnan. Segundo Caponi (2012: 102), Magnan dedicou parte significativa de seus estudos à paralisia geral progressiva e ao alcoolismo, destacando em algumas situações a íntima relação entre ambas formas de adoecimento mental. Os achados referentes à anatomia patológica da PGP elevaram o interesse de Magnan pela referida moléstia, no momento em que, como apontado, o alienismo já enxergava relevância nos “estudos de localização cerebral que [...] pareciam trazer um novo universo e novas possibilidades de pesquisa para patologias mentais e físicas” (CAPONI, 2012: 102).

Em seus cursos e artigos, Magnan referia-se à paralisia geral como modelo de doença mental que evidenciava a relação entre sintomas mentais e físicos e lesões cerebrais. Contudo, o alienista francês logo percebeu “as dificuldades de reproduzir esse mesmo modelo nas pesquisas sobre o que será seu segundo grande tema de interesse: o alcoolismo” (CAPONI, 2012: 103). Assim como Morel, Magnan via o alcoolismo como uma enfermidade fundamentalmente hereditária: “Para ambos era necessário estudar as alterações cerebrais que provocavam delírios, ainda que não se pudesse achar, como no caso da paralisia geral, uma lesão cerebral específica para a doença” (CAPONI, 2012: 103).⁴¹¹ Magnan defendia que o álcool era responsável direta ou indiretamente por grande parte do contingente de pacientes internados em asilos psiquiátricos. Para ele, o abuso da substância levava o organismo a intoxicações que poderiam evoluir para quadros de demência e da própria paralisia geral.

⁴¹¹ Como discutido nos capítulos 1 e 2 desta tese, a natureza das lesões da PGP eram tema de intensos debates. Contudo, pelas afirmações de Caponi (2012), é possível filiar tanto Morel, quanto Magnan, às correntes que acreditavam que a referida doença possuía sim lesões específicas e características.

A comissão designada pela Sociedade Médico-Psicológica Francesa apresentou uma classificação na qual foram incorporadas muitas das ideias defendidas por Magnan. Ainda que ela não tenha sido completamente aceita, a parte da proposta que foi bem recebida pelos círculos alienistas europeus dizia respeito justamente às concepções sobre as patologias heredo-degenerativas articuladas à teoria da degeneração. Contudo, é importante pontuar algumas das diferenças mais elementares entre as ideias de Morel e de Magnan. Segundo Caponi,

Magnan já não podia compartilhar com seu mestre a ideia de um tipo originário, normal, da humanidade, que teria se degradado, provocando uma multiplicidade de patologias ou loucuras de degeneração. Seu trabalho, empírico e clínico, estava direcionado a responder a três questões articuladoras: fundamentar a teoria da degeneração na anatomia patológica, questionar o lugar que o degenerado deveria ocupar na sociedade e criar uma classificação unificadora das patologias mentais capaz de integrar as loucuras hereditárias ou degenerativas (para ele, sinônimos), superando os limites das classificações existentes (CAPONI, 2012: 104).

Para Magnan, o grande grupo dos “loucos hereditários” não podia ser unificado pela natureza das lesões cerebrais. Seria a “irresistibilidade” o que uniria esta horda de degenerados, ou seja, a incapacidade de resistir aos impulsos, ainda que o indivíduo tivesse a consciência de que esses eram errados. Caponi conclui que o tipo ideal de Morel, criado por Deus, não desaparece completamente em Magnan – ele se transforma em um tipo “socialmente desejado”: “o indivíduo capaz de agir de acordo com as normas sociais estabelecidas, sem se submeter a impulsos ou desejos involuntários” (CAPONI, 2012: 107). Magnan incluía o enquadramento anatomopatológico em sua classificação caracterizando a “irresistibilidade” não somente a partir do viés moral, mas também como produto de um super estímulo dos centros cerebrais:

O que define o quadro patológico das degenerações não é a localização de uma lesão cerebral comum, e sim uma ideia introduzida por Magnan: a ideia de equilíbrio ou desequilíbrio, também mencionada como harmonia ou desarmonia cerebral. [...] Para Magnan, o que unifica todos os degenerados é que estes compartilham certos estigmas psíquicos que manifestam uma conexão deficiente entre as diferentes partes do cérebro. Por essa razão, é possível se encontrar um sujeito que alterne momentos de lucidez e de delírio; momentos nos quais as conexões neurais ocorrem corretamente, e outros momentos em que elas deixam de ocorrer (CAPONI, 2012: 107-108).

Segundo Engstrom, desde os anos de 1990, a historiografia sobre psiquiatria já reconheceu as afinidades entre as teorias de Emil Kraepelin (1856-1926) e as concepções morelianas sobre degeneração. Contudo, o autor identifica uma significativa inflexão na forma como Kraepelin lidava com as ideias sobre o processo de degeneração desde que começou a

conduzir pesquisas em Munique, a partir de 1903: “uma mudança [que ia da visão] do indivíduo, da família ou da linhagem para um corpo político maior, ou [na expressão em alemão] o *Volkskörper*” (ENGSTROM, 2007: 392). Tal visão, emergiu no mesmo contexto em que Kraepelin fez viagens para diferentes localidades, como Java e a América do Norte, nas quais investigou aspectos diretamente relacionados à paralisia geral progressiva. Segundo Engstrom e Crozier:

O que é mais surpreendente nas visões de Kraepelin sobre a degeneração é o quão relativamente silencioso ele se mostra acerca dos perigos impostos ao plasma germinativo por fatores genéticos ou toxinas bioquímicas (Kraepelin, 1908). Em vez disso, seus argumentos eram notavelmente socioeconômicos e psicogênicos: ele estava interessado na influência da cultura e da civilização, acreditando que ambas impunham elementos onerosos e debilitantes ao desenvolvimento humano. [...] Dois dos fatores-chave deteriorantes que ele acreditava que poderiam sofrer uma intervenção [médica] positiva eram a sífilis e o alcoolismo (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 265).

Como apontam os autores, é importante ressaltar que a agenda de pesquisa de Kraepelin baseava-se muito mais em interpretações neo-lamarckianas do fenômeno da degeneração do que mendelianas, como fica claro na passagem acima. Em outras palavras, o psiquiatra alemão estava mais interessado nas consequências debilitantes para a evolução humana trazidas por elementos culturais inerentes ao processo civilizatório. Assim, segundo Engstrom (2007: 266), Kraepelin, como Morel, “defendia programas sociais para fortalecer a educação e os valores morais, erradicar a sífilis e o alcoolismo, melhorar as condições de vida e diminuir a pobreza.” Além disso, o psiquiatra alemão acreditava importante pautar suas conclusões mais em dados coletados de modo clínico, do que em informações puramente estatísticas. Além das incursões internacionais que realizou, Kraepelin teceu uma rede de complexas relações institucionais através das quais foi capaz de coletar, ainda que indiretamente, tais dados. Durante o Congresso Internacional de Cuidados Mentais ocorrido em Berlim, em 1910, por exemplo, o médico solicitava a seus colegas que lhe enviassem informações a fim de enriquecer suas reflexões sobre o tema (ENGSTROM, 2007).

Os trabalhos dos conterrâneos de Kraepelin também exerceram forte influência sobre suas concepções acerca da degeneração das populações ligada às enfermidades mentais:

O trabalho de Felix Plaut sobre sífilis e paralisia geral progressiva no laboratório sorológico da clínica [de Munique] teve implicações diagnósticas potencialmente importantes para a hipótese da degeneração de Kraepelin. O trabalho histopatológico de Alois Alzheimer foi dedicado, entre outras coisas, à diferenciação etiológica entre processos simples de envelhecimento,

processos patológicos no cérebro e condições degenerativas de raízes mais profundas. E o trabalho de Ernst Rüdin, sobre higiene racial, teve como objetivo esclarecer os mecanismos de herança genética e facilitar o chamado “prognóstico genético empírico”. Kraepelin tinha grande admiração, particularmente, pelo trabalho de Rüdin e o apoiou generosamente (ENGSTROM, 2007: 393).

A viagem de Kraepelin a Java esteve, assim, pautada em sua crença na importância de se conduzir estudos epidemiológicos a partir de observações clínicas. Essas elucidariam certos aspectos sobre o grau de incidência das doenças mentais, sobretudo no que diz respeito às formas como algumas delas se manifestavam em diferentes povos (ENGSTROM; CROZIER, 2018). Decepcionado com os dados que lhe chegavam à distância, Kraepelin decidiu ir até os lugares e coletar suas próprias informações:

A viagem a Java foi realizada em apoio explícito aos esforços clínicos de Kraepelin para melhorar [os parâmetros de] diagnóstico diferencial e demarcar as fronteiras entre as entidades patológicas. Insatisfeito com as informações que pôde obter através de sua correspondência ou de dados publicados, justificou a viagem com o argumento de que eram necessários médicos especialistas para examinar pacientes indígenas (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 270).

De sua viagem para Java, Kraepelin concluiu que, apesar da sífilis encontrar-se generalizada entre a população javanesa e europeia das Índias Orientais Holandesas, por outro lado, a PGP era extremamente rara na primeira. Com base nessa observação, o médico supôs que a emergência da paralisia geral progressiva estivesse ligada a um enfraquecimento do sistema imunológico nas populações não indígenas. Deste modo, se essa, de fato, fosse um produto da sífilis, seria digna de investigação a aparente “imunidade natural” dos javaneses e de outras populações com esse perfil (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 270-271).

Fica claro na exploração que Engstrom e Crozier fazem dos trabalhos de Kraepelin que elementos hereditários não eram fundamentais na produção da paralisia geral, para o psiquiatra alemão. Sua abordagem neo-lamarckiana sobre o tema da degeneração, contudo, implica em dar algum peso à herança de caracteres (ainda que não genética) no processo através do qual certos elementos, como hábitos, degeneravam raças e povos. Ainda que não através de elementos biológicos, esses elementos eram passados às gerações futuras através de aspectos culturais e étnicos. Como discutirei a seguir, Kraepelin não foi o único psiquiatra germânico que influenciou as concepções brasileiras acerca da PGP. Ao contrário dele, Paul Näcke (1851-

1913)⁴¹² tinha uma visão um pouco diferente sobre o papel da hereditariedade na paralisia geral, pelo menos do que se infere das interpretações de Juliano Moreira sobre seu trabalho.

Mas falemos um pouco antes sobre as concepções que certos médicos brasileiros possuíam sobre a degeneração. Aqui, também havia vozes que entoavam apropriações diferentes acerca do papel da hereditariedade no processo de adoecimento mental. Segundo Oda e Dalgalarondo (2001: 129), Juliano Moreira e Afranio Peixoto, por exemplo, “fazem irônicos comentários sobre e o que consideram abusos da teoria da degenerescência [...]”. Em um artigo sobre a paranoia, publicado originalmente em 1904, Moreira e Peixoto não excluíram a ação do processo de degenerescência, mas argumentaram que ela era limitada. Mais tarde, Moreira afirmou, de modo similar a Kraepelin, que “o trabalho médico não deveria ser afetado por ‘ridículos preconceitos de cores ou castas’, pois na luta contra as degenerações nervosas os inimigos a combater eram o alcoolismo, a *sífilis*, as verminoses, as precárias condições sanitárias e educacionais” (ODA; DALGALARRONDO, 2001: 129, grifos meus).

Além de compartilhar de certos pensamentos inerentes às teorias da degeneração com a escola de Munique, Juliano Moreira parece ter dialogado com o trabalho de outros médicos alemães. Em 1911, ao publicar uma resenha sobre o livro do neuropsiquiatra Paul Näcke, “*Die Gehirnoberfläche von Paralytischen*” (“A Superfície Cerebral dos Paralíticos”) (1909), Juliano Moreira deu mais peso ao papel da hereditariedade na PGP. Segundo ele, Näcke acreditava que o elemento hereditário seria um importante fator na etiologia da paralisia geral. Na tentativa de comprovar tal ideia, conduziu estudos em que comparou a superfície do cérebro de 46 paralíticos com 15 que haviam pertencido a pessoas ditas “normais”, registrando o número de “anomalias hereditárias” que eram observadas nos órgãos de ambos os grupos. Näcke admitiu que encontrou um número maior de “anomalias hereditárias” nos cérebros considerados “normais”, mas as interpretações desses dados, feitas pelo mesmo e endossadas por Juliano Moreira, são dignas de comentário:

É real que muitas vezes as cifras em algumas anomalias são superiores entre os normais que entre os paralíticos, isto quer apenas dizer, porém, que não era possível afirmar a completa integridade psíquica de muitos dos indivíduos donos dos cérebros considerados normais.⁴¹³

⁴¹² Paul Näcke estudou medicina em Leipzig, Würzburg e Paris e, em 1880, entrou para o serviço asilar do Reino da Saxônia. Em 1902, tornou-se Superintendente do Asilo de Hubertusburg e do Asilo de Colditz (ambos na atual Alemanha). Foi grande crítico de Cesare Lombroso, mantendo constante embate com o médico italiano. Näcke foi membro honorário ou correspondente de sociedades científicas de diferentes países e deteve o título honorário de *Professor*, concedido pelo Reino da Saxônia. Faleceu em 1913 (H. E., 1914).

⁴¹³ MOREIRA, J. Bibliographia. Prof. Dr. P. Näcke – *Die Gehirnoberfläche von Paralytischen* – “Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert etc”. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1909. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 7, n. 1 e 2, 1911, pp. 160–162, p. 161.

Nota-se que, segundo as observações de Näcke, os cérebros paralíticos possuíam menos anomalias hereditárias do que os supostamente “normais”. Sua interpretação dos dados, porém, desvirtua-se do foco central do trabalho, a paralisia geral. O médico chama atenção para o fato de que o resultado de suas análises apenas indica que os cérebros supostamente “normais” eram, na realidade, doentes. Mas e as conclusões que tira sobre a PGP? Moreira continuava:

Afirma ainda o sábio Professor [Näcke] que apesar de não possuírem os cérebros dos dementes paralíticos em sua configuração externa nenhuma característica especial, têm todavia notáveis diferenças do cérebro normal pela quantidade de anomalias observadas.⁴¹⁴

Veja: Moreira faz questão de destacar que quando se encontrava anomalias em cérebros paralíticos, essas ocorriam em maior número (em um mesmo órgão) do que nos demais analisados. Em outras palavras, por mais que a diferença entre a presença de anomalias hereditárias em cérebros “normais” e de paralíticos fosse considerada insignificativa, ressaltava-se que, uma vez encontradas anomalias em órgãos paralíticos, essas eram mais numerosas do que aquelas encontradas nos cérebros normais. É importante, assim, relacionar o entendimento de Näcke e de Moreira sobre os achados do psiquiatra alemão com discussões acerca da relação entre PGP e hereditariedade.

Até pelo menos os primeiros anos do século XX, a paralisia geral ficou de certa forma fora deste debate, já que grande parte dos médicos acreditava que a hereditariedade praticamente não exercia influência no seu decurso. Em sua classificação, Magnan não posicionou a doença entre as loucuras heredo-degenerativas. Isso tampouco fica claro nos trabalhos de Morel e, como vimos, de Kraepelin. Logo, apesar de muitos médicos assumirem uma íntima relação entre loucura e degeneração, os paralíticos passaram a ser ocasionalmente referidos por médicos brasileiros como indivíduos “degenerados” apenas a partir do momento em que começa a se consolidar a ideia de uma relação causal entre a PGP e a sífilis.

A forma como Paul Näcke e, de certa forma, Juliano Moreira interpretaram os dados obtidos pelo cientista alemão pode ser uma evidência da relevância que se queria conferir à hereditariedade na etiologia da paralisia geral. O(a) leitora entenderá melhor esta ideia adiante, mas já aponto que tal escolha fortaleceria o discurso psiquiátrico sobre a importância do estudo desta enfermidade e dos esforços para conter sua disseminação na população brasileira –

⁴¹⁴ MOREIRA, J. Bibliographia. Prof. Dr. P. Näcke – Die Gehirnoberfläche von Paralytischen – “Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert etc”. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1909. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 7, n. 1 e 2, 1911, pp. 160–162, p. 161.

especialmente se articularmos o mesmo aos seguintes dizeres do Diretor da Assistência Médica e Legal dos Alienados: “Depois do *álcool* continua a ser a *sífilis* o fator mais terrível de perturbações mentais, não havendo mais dúvidas de que a *demência parálitica* se torna dia a dia mais frequente entre nós”.⁴¹⁵

Ainda segundo Moreira, Näcke concluía que “além dos numerosos caracteres degenerativos que ele próprio [...] já havia salientado [em paráliticos], há agora a acrescentar a maior frequência de disposições anômalas na configuração externa do cérebro, *especialmente os dependentes da parada ou deficiência de desenvolvimento*”.⁴¹⁶ Para Moreira, tais estudos deixavam claro que uma vez atuando em cérebros “congenitamente menos resistentes”, havia grandes chances da sífilis produzir um quadro de PGP: “Por certo a ação do treponema seria capaz de acentuar o estado de susceptibilidade congênita do cérebro de modo a aumentar a possibilidade de cair em demência”.⁴¹⁷ Para muitos médicos, além de favorecer o desenvolvimento da paralisia geral em cérebros “congenitamente menos resistentes”, a sífilis era capaz de *produzir* esses cérebros doentes, ao propagar-se através das gerações.

3.5 “JOVENS QUE MUITO ANTES DE SEREM PARALÍTICOS JÁ ERAM DEGENERADOS” – AS RELAÇÕES ENTRE HEREDO-SÍFILIS E PGP

A antiga ideia de que a sífilis poderia ser passada dos progenitores aos descendentes influenciou significativamente a mudança da visão do sifilógrafo francês Alfred Fournier sobre a etiologia sifilítica da paralisia geral (NEVES, 2008). Indo de encontro às convicções de seu mestre, Philippe Ricord, sobre a transmissibilidade geracional da moléstia em questão,⁴¹⁸ Fournier destacava que os danos neurológicos, intelectuais e morais decorrentes da existência

⁴¹⁵ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1912 e 1913 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1913, pp. 63–71, p. 63, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=93&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1369%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴¹⁶ MOREIRA, J. Bibliographia. Prof. Dr. P. Näcke – Die Gehirnoberfläche von Paralytischen – “Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert etc”. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1909. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 7, n. 1 e 2, 1911, pp. 160–162, p. 161, grifos meus.

⁴¹⁷ MOREIRA, J. Bibliographia. Prof. Dr. P. Näcke – Die Gehirnoberfläche von Paralytischen – “Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert etc”. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1909. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 7, n. 1 e 2, 1911, pp. 160–162, p. 161.

⁴¹⁸ Segundo Carrara (1996: 64), de acordo com Ricord, e com outros médicos da primeira metade do oitocentos, a sífilis não poderia ser transmitida de forma hereditária à segunda geração. Já Fournier acreditava não somente que pais sifilíticos poderiam transmitir a doença para sua prole, mas também que sifilíticos congênicos seriam portadores de tal talento mórbido. Deste modo, o “mal venéreo” poderia ser transmitido até, pelo menos, a quarta geração, de modo que pais e mães sifilíticos se tornaram *avôs e avós* sifilíticos.

de uma infecção sífilítica nos progenitores acompanhariam o indivíduo ao longo de toda a sua vida:

A influência sífilítica dos pais não manifesta-se em seus filhos apenas através dos sintomas ordinários da sífilis, mas também através de condições e disposições mórbidas, que possuem nada de sífilíticas por si sós e que exibem nenhuma evidência externa que coincida com a sintomatologia clássica da doença, mas que não menos constituem as expressões modificadas da diátese ancestral [...] legado indireto da sífilis (FOURNIER, 1881: 57 *apud* HURN, 1998: 102).

Desta forma, o heredo-sifilítico constituir-se-ia, durante o final do século XIX e início do século XX, como o “epítome da decadência” – uma figura hipersensível a estímulos considerados nocivos, doente e com tendências para enlouquecer (HURN, 1998: 103). Amplamente lido no Brasil, como demonstra Carrara, o trabalho de Fournier, publicado em 1887, *La Prophylaxie Publique de la Syphilis* (“Profilaxia Pública da Sífilis”), inspirou diferentes teses de doutoramento na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Bebendo na fonte do sifilógrafo francês, inúmeras vezes citado nos trabalhos, médicos alarmavam o perigo da degeneração da população brasileira para a qual a sífilis contribuía amplamente. Tais como os escritos de Fournier, os trabalhos acadêmicos sugeriam medidas para a contenção do mal – medidas essas, como também evidenciou Carrara (1996), amalgamadas sob a retórica da importância social do campo da sifilografia e, conseqüentemente, de sua institucionalização enquanto disciplina.

Ainda na década de 1880, Fournier também publicou estatísticas que atribuíam ao “mal venéreo” 7 mortes em cada 8 nascimentos na clínica hospitalar, e 2 em cada 8 na clínica privada. Entre 1882 e 1889, ao tentar sustentar a ideia do assombroso aumento dos casos de sífilis no Brasil, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo pai) e Clemente Ferreira observaram uma porcentagem de 45-50% de crianças sífilíticas, entre as 6.000 observadas no serviço de pediatria da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (CARRARA, 1996). No início do novecentos, Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871-1944) (filho de Moncorvo de Figueiredo), um dos fundadores do Instituto de Proteção à Infância, reportava que no primeiro ano de funcionamento da instituição, 50% das crianças examinadas em seu serviço de clínica médica apresentavam manifestações da heredo-sífilis (CARRARA, 1996: 112-113).⁴¹⁹ Décadas depois, a sífilis

⁴¹⁹ Em 1903, as declarações do médico brasileiro geraram polêmica no âmbito da Sociedade Brasileira de Medicina e Cirurgia. Seus dados foram apropriados pelo médico alemão Heinrich Botho Scheube, autor de um reputado manual de doenças tropicais de ampla circulação à época. Scheube denunciara a mortalidade infantil no Brasil a partir dos dados de Moncorvo Filho, dos quais deduzira “certos traços da ‘personalidade nacional’”. A polêmica impeliu o médico brasileiro a recuar em sua declaração, afirmando que a proporção apresentada por ele

continuava a ser considerada foco central no combate à degeneração do povo brasileiro (SANGLARD, 2005: 160). Em 1918, o proeminente sifilógrafo brasileiro Eduardo Rabello, membro da Sociedade Brasileira Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, dizia que 80% dos casos de “debilidade congênita” e 60% de natimortos seriam decorrentes da sífilis. Ademais, as crianças que sobreviviam não teriam “a garantia que a infecção não viesse a aparecer tardiamente” (RABELLO, 1921: 329 *apud* CARRARA, 1996: 52). Assim, a associação entre sífilis e degeneração passou a se articular, em muito, através da capacidade da doença de perdurar no tempo. É importante ressaltar, entretanto, que tal visão não se restringia ao “mal venéreo”. Desde o final da década de 1880, médicos brasileiros advogavam a transmissão geracional de outras doenças infectocontagiosas – como a tuberculose, por exemplo (ESPINOZA, 2008: 87).

Apesar de basearem-se em dados de origem e interpretação discutíveis e que variavam, a ideia de grande incidência da sífilis em meninos e meninas alastrou-se pela literatura médica do início do século XX (NEVES, 2008: 74). Uma publicação veiculada no “Brazil-Medico” em 1906 advertia que o alcoolismo e as doenças venéreas, incluindo-se a sífilis, “se alastram atualmente *por mais de metade do nosso povo*, causando reais prejuízos ao indivíduo em particular e aos seus descendentes em geral, e, portanto à família e à nação” (BRAZIL-MEDICO, 1906: 262 *apud* CARRARA, 1996: 114). Tal publicação estava em consonância com os relatórios publicados pelo Diretor da Assistência Médica e Legal dos Alienados, Juliano Moreira nos anos que se seguiram, como já apontado.

Casos juvenis de paralisia geral começaram a ser descritos na literatura internacional na segunda metade do século XIX, legitimando a ideia do “poder” hereditário do “mal venéreo”. O primeiro trabalho brasileiro que explicita a relação entre sífilis e paralisia geral pela referência a casos antes considerados “precoces” da segunda doença é a tese de doutoramento de Antonio Carlos Penafiel (1904). Nela, o autor afirma que as causas da PGP nos jovens eram primeiramente a sífilis, seguida das infecções microbianas (tuberculose, por exemplo), já que elementos como o alcoolismo eram “desconhecidos” em crianças e adolescente.⁴²⁰ Em artigo colaborativo, Juliano Moreira e Penafiel citam que, até 1877, não haviam sido descritos casos juvenis de PGP. Naquele ano, o alienista escocês Thomas Clouston (1840-1915)⁴²¹ reportou o

dizia respeito não à taxa de mortalidade, mas à morbidade da doença nos infantes, que teriam procurado o serviço ao apresentar problemas de pele (CARRARA, 1996: 112-113).

⁴²⁰ PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralyssia geral dos alienados no Brazil**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904, pp. 50–62.

⁴²¹ Thomas Smith Clouston formou-se em medicina na Universidade de Edimburgo, em 1861. Foi Médico Assistente no *Royal Edinburgh Asylum* e Médico Superintendente do *Cumberland and Westmorland Asylum*. Em 1873, passou a exercer o mesmo cargo no *Royal Edinburgh Asylum*, onde manteve-se até sua aposentadoria (1908),

primeiro caso da doença em um jovem (de 16 anos), reconhecendo-o, entretanto, como “um distúrbio muito raro”.⁴²² Seguindo o trabalho de Clouston, outras pesquisas que registravam a ocorrência da forma juvenil da paralisia geral foram publicadas em diferentes lugares do mundo. Moreira e Penafiel citavam, por exemplo, as pesquisas publicadas por Alois Alzheimer (1864-1915)⁴²³ e pelo neuropsiquiatra inglês Frederick Walker Mott (1853-1926),⁴²⁴ e afirmavam:

O número de casos [de paralisia geral juvenil] registrados aumenta a cada ano, e apesar do distúrbio ser raro deve-se notar, a partir das observações precedentes, que a doença ocorre com muito mais frequência do que era suposto anteriormente. Aqui no Brasil só temos conhecimento de dois casos – um do professor Teixeira Brandão, e o outro de um dos autores [Juliano Moreira]. *Não há dúvida de que um grande número de casos deve restar desconhecido*, especialmente no estágio precoce da doença, devido às dificuldades diagnósticas, que são mais ou menos consideráveis. (MOREIRA; PENAFIEL, 1907: 818, grifos meus)

Em seguida, mencionavam uma paciente que foi diagnosticada como “um caso de imbecilidade por dois médicos não-alienistas”. A moça de 18 anos era branca, solteira e costureira, e havia dúvidas se possuía “insanidade na família”, uma vez que “pouco da história [nesse sentido] pôde ser obtida”. A mãe da paciente era descrita como “nervosa e excitável”, já o pai, como “nervoso e sífilítico” (MOREIRA; PENAFIEL, 1907: 818). Nota-se na retórica dos médicos uma relação entre o baixo número de casos reportados de PGP juvenil e a incapacidade de aferir o diagnóstico correto, ratificando a importância do especialista nas doenças mentais. Este era dos mais frequentes argumentos a favor do reconhecimento do papel da neuropsiquiatria na edificação de uma nação saudável e desenvolvida. Na referida publicação, Moreira e Penafiel não falavam de modo explícito sobre o papel da sífilis no quadro de PGP

promovendo obras físicas e modificações nas dinâmicas terapêuticas. Seu “*Clinical Lectures on Mental Diseases*” teve seis edições (1883-1904), e foi utilizado na formação médica em diferentes lugares do mundo (DAVIS, 2008).

⁴²² MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp. 507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp. 812–827, p. 817.

⁴²³ Alois Alzheimer estudou medicina em Berlim, Aschaffenburg, Tübingen e Würzburg, formou-se em 1887. Começou a trabalhar no asilo público de Frankfurt am Main, onde conheceu Franz Nissl. A dupla conduziu amplas pesquisas sobre a histopatologia do sistema nervoso. Em 1903, Alzheimer tornou-se assistente de Kraepelin na Clínica de Munique, gerenciando um de seus laboratórios. Em 1906, descreveu a doença que hoje leva seu nome. Faleceu em 1915 (ALOIS ALZHEIMER, 1969).

⁴²⁴ Frederick Walker Mott estudou medicina em Sussex, Londres e Viena, formando-se em 1880. Em 1883, tornou-se Professor Assistente de Fisiologia na Universidade de Liverpool. Em 1884, mudou-se para Londres atuando como médico e professor no *Charing Cross Hospital*. Em 1895, foi nomeado patologista do *London County Council* e dirigiu o laboratório localizado no *Claybury Asylum*, em Essex. Produziu estudos sobre a paralisia geral progressiva, seus aspectos etiológicos e hereditários. Durante a Primeira Guerra tornou-se adepto das terapias biológicas, utilizando-as no Hospital Geral de Londres (OBITUARIES - FREDERICK WALKER MOTT, 1926).

juvenil. Mas com base nos escritos anteriores de Penafiel e no registro de que o pai da paciente era sífilítico, é possível inferir que a infecção sífilítica tinha, para os médicos, ao menos algum papel na emergência da doença.

No início de sua tese sobre a etiologia da paralisia geral juvenil, Martim Francisco Bueno de Andrada disse ter se ocupado “sobremaneira” da relação entre a doença e a heredo-sífilis, buscando demonstrar a relação causal. Segundo ele, além dos dois casos da doença reportados por Teixeira Brandão e por Juliano Moreira no Brasil, em 1910, Ernani Lopes (1885-1975),⁴²⁵ Simplício de Lemos Braule Pinto (1865-1918)⁴²⁶ e Ulysses Vianna (1880-1935)⁴²⁷ comentaram observações de três jovens com PGP em duas das sessões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal. Andrada acrescentou que em seu período como interno de Clínica Psiquiátrica teve a oportunidade de observar os casos estudados por Vianna e Pinto. Vianna e Moreira tiveram grande peso, segundo o estudante, na escolha do tema de sua tese:

Como, porém, o assunto [da paralisia geral juvenil] no Brasil ainda não tivesse sido tratado de um modo geral, nós, animado [sic] pelo Dr. Ulysses Vianna e grandemente esclarecido pelo Dr. Juliano Moreira que nos orientou, dando-nos suas opiniões pessoais, e nos fornecendo livros, escolhemo-lo para a nossa dissertação.⁴²⁸

Ratificando a ideia de um interesse especial de proeminentes neuropsiquiatras pela relação entre sífilis e paralisia geral, fica claro na introdução da tese de Andrada que Vianna e Moreira faziam esforços para produção de mais estudos pelos alunos da Faculdade de Medicina sobre o tema da paralisia geral. As concepções de Bueno de Andrada circularam pelos círculos

⁴²⁵ Ernani Lopes formou-se em farmácia na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1902. Mudou-se para a Capital Federal, ingressando no curso de medicina na FMRJ e formando-se em 1910. Fez sua carreira como médico da Assistência Médica e Legal dos Alienados, tornando-se interno, assistente e alienista adjunto do Hospital Nacional e das Colônias da Ilha do Governador e do Engenho de Dentro. Em 1911, tornou-se Livre Docente da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da FMRJ, e, em 1934, assumiu o posto de diretor da Engenho de Dentro (CERQUEIRA, 2014: 122; MATHIAS, 2017a: 40).

⁴²⁶ Simplício de Lemos Braule Pinto formou-se na FMRJ, em 1892. De 1891 a 1893, atuou como interno no HNA, de onde, mais tarde, tornou-se alienista (1908-1911). Braule Pinto também trabalhou nas Colônia de Alienados de São Bento e Conde de Mesquita (na Ilha do Governador), entre 1895 e 1909, assumindo a direção das mesmas, entre 1908 e 1909. Foi também médico do Hospital São João Baptista (Niterói), entre 1895 e 1896 (SILVA, 2018).

⁴²⁷ Ulysses Machado Pereira Vianna Filho nasceu no Recife e, por volta de 1899, mudou-se para o Rio de Janeiro, iniciando seus estudos na FMRJ. Transferiu-se para a Bahia dois anos depois, onde concluiu seu curso médico. Em 1905, retornou ao Rio de Janeiro e tornou-se Assistente Voluntário no HNA. No ano seguinte, assumiu o cargo de Alienista Adjunto (1906-1908), em seguida, de Alienista Efetivo e chefe da Seção Pinel. Em 1911, conquistou o posto de Livre Docente da Cátedra de Clínica Psiquiátrica da FMRJ. Com Juliano Moreira, formou um grupo de médicos que se empenhou em divulgar as concepções da neuropsiquiatria germânica no Brasil (CERQUEIRA, 2014; MATHIAS, 2017a; MUÑOZ, 2015).

⁴²⁸ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 5.

médicos paulistas, como demonstra Neves (2008: 261). Ademais, como mostrarei a seguir, Andrada ocupou cargos que articulavam medicina e educação, atuando de modo a dar prosseguimento às suas reflexões sobre a ocorrência da sífilis em indivíduos jovens.

Andrada iniciou sua tese afirmando que por muito tempo se acreditou que a PGP só atingia indivíduos maduros, mas que o aparecimento de casos em jovens mostrou que ela não escolhia a faixa etária de suas vítimas. Citando o caso de paralisia geral juvenil descrito por Thomas Clouston, mencionou as muitas críticas que ele havia recebido inicialmente, e segundo as quais a observação do médico britânico corresponderia à outra doença, que não a paralisia geral. Segundo Andrada, a natureza das lesões anatomopatológicas típicas da paralisia geral em jovens havia sido desvelada recentemente. O “mais extenso” estudo sobre o assunto em questão fora conduzido por Alois Alzheimer, que analisou 38 casos, constatando “que as lesões cerebrais eram em parte as mesmas que na paralisia geral no adulto”.⁴²⁹ Assim, o estudante concluía que as diferenças clínicas e anatomopatológicas apontadas entre as formas juvenil e madura da PGP não eram suficientes para caracterizá-las como enfermidades diferentes.⁴³⁰ O posicionamento de Andrada indica a importância de se manter a paralisia geral progressiva como entidade única e, ao mesmo tempo, de expandir seus domínios, de forma similar ao que aconteceu com a sífilis. Por outro lado, tal postura científica pode ser também articulada aos anseios que a neuropsiquiatria tinha de conferir destaque à PGP, especialmente a partir do momento que ela se tornou associada ao “mal venéreo”.

É importante ressaltar que o médico não baseava tais opiniões apenas nos estudos produzidos por Alzheimer. Quando tratou da anatomia patológica da paralisia geral juvenil em sua tese, baseou-se no material colhido na autópsia de um paciente cuidado por Ulysses Vianna, que foi “guardado com carinho [...] e amavelmente cedido” a Andrada. As demais observações apresentadas na tese provinham de doentes examinados por Andrada, com exceção de M. J. A. (obs. n. 2). O médico teve acesso a este caso através das notas clínicas e do material anatomopatológico cedidos por Ernani Lopes. O médico afirmava ainda que “A verificação da escrita de dois pacientes [...] foram realizadas [sic] pelo colega Paulo Costa e pelo ‘Sr. Santos’ cuja dedicação a tal assunto o levou a inventar um aparelho especial ainda pouco conhecido, porém de maior sensibilidade que os europeus”.⁴³¹

⁴²⁹ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 4.

⁴³⁰ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 4.

⁴³¹ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, pp. 7–8.

Não consegui identificar quem seria o referido “Sr. Santos”, mas novamente sob a lógica da produção de estudos próprios com relação à paralisia geral, gostaria de chamar atenção para as análises anatomopatológicas conduzidas por Andrada e para o desenvolvimento do aparelho por um provável estudioso que atuava na esfera do HNA e/ou da FMRJ. Isso mostra que o fato de utilizarem estudos internacionais para ratificar suas conclusões acerca da paralisia geral progressiva não prescindiu de investigações nacionais, o que, por sua vez, também evidencia a importância a qual lhe conferia o campo neuropsiquiátrico carioca.

Andrada afirmava que a PGP juvenil era mais um elemento que corroborava a etiologia sífilítica da paralisia geral, ao lado dos testes laboratoriais. Segundo ele, os jovens encontravam-se pouco expostos aos excessos intelectuais, sexuais e a outras causas atribuídas à PGP. Contudo, esses poderiam tornar-se paráliticos em decorrência da sífilis passada por seus progenitores. Um dado que corroborava tal hipótese é que a paralisia geral progressiva demorava em média 15 anos para se manifestar, após a infecção sífilítica inicial. Desta forma, Andrada concluía que a heredo-sífilis seria de longe o principal elemento desencadeador da PGP juvenil:

A juventude é uma época propícia a contrair infecções venéreas, mas as manifestações terciárias de uma contaminação luética [sífilítica] deste período só se revelariam dos 30 aos 40 anos. Assim a paralisia geral juvenil não poderia ser senão produto de uma sífilização muito anterior do berço ou ao menos da meninice; e realmente tem sido publicado [sic] casos de paralisia geral dos jovens em que a infecção data da primeira infância. Estas observações são raras: a infecção é transmitida, seja pela ama sífilizada, ou por contato com pessoas suspeitas (beijos). [...] À herança luética culpa-se da pluralidade dos casos precoces de paralisia geral; as pesquisas, feitas neste sentido são bem demonstrativas. Marchand encontrou-a 39 vezes em 77 casos, Henry 15 em 33, Delmas 34 em 95, Thirty 43 em 69, Firpy 33 em 73.⁴³²

Andrada relacionava descendência e PGP juvenil citando alguns estudos internacionais sobre degeneração e hereditariedade conduzidos em famílias de jovens paráliticos. A herança similar, considerada por alguns autores como rara, caracterizava-se quando um indivíduo portador de paralisia geral juvenil ou tabes era filho(a) de um(a) parálitico(a) ou tabido(a). Mas se a herança similar era rara, a herança de degeneração mental na família, chamada psiconeuropática, era frequente. Essa podia ser evidenciada através dos frequentes:

⁴³² ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, pp. 15–16.

Estigmas anatômicos e psíquicos de degeneração mental na família e na pessoa dos paralíticos gerais, revelando os antecedentes psicopáticos dos doentes, dos quais muitos já eram incontestavelmente degenerados antes de se tornar paralíticos.

Estas mesmas considerações devem se aplicar aos jovens que muito antes de serem paralíticos já eram degenerados.

O traumatismo craniano não pode ser inquinado senão como causa despertadora da moléstia em jovens heredo-sifilíticos, como pensa Klinenberg e entre nós o Professor Juliano Moreira. As infecções também não gozam mais do que um papel predisponente ou despertador da encefalite em jovens heredo-sifilíticos.

O alcoolismo não é considerado senão como um acelerador da doença, determinando um aparecimento mais precoce e uma evolução mais rápida.⁴³³

Depois de formado, Bueno de Andrada tornou-se assistente da cátedra de Clínica Psiquiátrica que Henrique Roxo ocupou de modo interino até 1921. Inclusive, Andrada discursou no contexto da posse de Roxo, de quem também era amigo (MATHIAS, 2017a: 75). Depois Andrada tornou-se livre docente da mesma cadeira, assumiu posto de Médico do Instituto Nacional dos Surdos Mudos, de Inspetor Médico-Escolar (1925) e de Médico Psiquiatra do Juízo de Menores (1929). Foi membro da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, da Sociedade dos Médicos Escolares e da Academia Nacional de Medicina (1942) (MATHIAS, 2017a: 86). Em 1925, ele continuava a conduzir estudos sobre sífilis em infantes como Inspetor Médico-Escolar do Rio de Janeiro.

Das 1.939 crianças entre 7 e 14 anos que examinou, Bueno de Andrada encontrou “sinais indiscutíveis” de *heredo-sífilis*” em apenas 39 deles, ou seja, em aproximadamente 2% dos casos. Perante o resultado insignificante, o inspetor afirmou que “a norma diagnóstica que adotamos talvez pecasse pelo rigor excessivo” (ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, 1925: 26-31 *apud* CARRARA, 1996: 111). Assim, ao modificar certos critérios, Bueno de Andrada chegou à suspeita de que 38% das crianças em idade escolar (200 mil no Rio de Janeiro) seriam heredo-sifilíticas. Identifico, assim, a preferência por referenciais metodológicos que favoreciam a constatação de aumento do número de casos de heredo-sífilis, vale destacar: potenciais casos de paralisia geral (juvenil). Assim, entendo que tal retórica, conjugada com as controvérsias sobre a existência e a eficácia de um tratamento curativo para a doença, conferem à paralisia geral um traço de ameaça crescente às futuras gerações.

No ano seguinte ao doutoramento de Andrada, Ulysses Pernambucano de Mello Sobrinho (1892-1943) defendeu a tese intitulada “Sobre algumas manifestações nervosas da

⁴³³ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyssia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 18.

heredo-syphilis”, baseando-se em informações colhidas no Pavilhão Bourneville, que abrigava as crianças internadas no Hospital Nacional. De acordo com Pernambucano, após a publicação do primeiro caso de paralisia geral juvenil por Clouston, em 1877, não tardaram a aparecer observações similares na literatura médica. Também recordava o primeiro exemplo brasileiro publicado por Juliano Moreira no *Journal of Mental Science*, em 1907. Segundo Pernambucano de Mello Sobrinho, a sífilis hereditária foi encontrada na maioria das observações de PGP juvenil e, “dentre as muitas estatísticas”, citou as de Frederick Walker Mott. O médico britânico encontrara em 22 doentes, 13 “indiscutíveis” vítimas de heredo-sífilis; 4 casos de “história duvidosa, porém, em tese, a sífilis não podia ser excluída” e 5 casos em que não havia sinais do mal venéreo. Nos últimos 5 casos, contudo, havia 4 mães cujo histórico registrava a ocorrência de abortos e de natimortos, e uma que apresentava sinais de infecção sífilítica e cuja filha (irmã do(a) paciente paralítico(a) juvenil) possuía queratite intersticial e dentes de Hutchinson.⁴³⁴ O registro de tais informações deixa transparecer que, mesmo nos casos em que não havia sinais de sífilis, os médicos encontravam outras maneiras de não excluir por completo a existência da doença venérea.

O estudante continuava citando estatísticas de outros médicos estrangeiros que sempre identificavam a infecção sífilítica em mais de 60% dos casos de PGP juvenil. Algumas, como a de Mott, faziam-no através de indícios encontrados em seus progenitores, especialmente *progenitoras*. Nos casos de números inferiores a 60%, Pernambucano sublinhava que valia “notar que esses resultados foram obtidos antes da reação de Wassermann”.⁴³⁵ De acordo com ele, a ausência de indícios da sífilis entre os sinais clínicos dos pacientes de paralisia geral juvenil não constituía prova contra a infecção, por isso deveriam ser esquadrihados pelos métodos laboratoriais.

Ao descrever os debates em torno da etiologia da PGP juvenil, o autor concordava com a concepção que Fournier expôs na Academia de Medicina de Paris: de que a esta forma da doença acabaria com os argumentos dos “adversários de uma paralisia geral sífilítica”.⁴³⁶ Nesta ocasião, cuja data exata não é mencionada por Pernambucano, mas que provavelmente ocorreu

⁴³⁴ Ambos considerados por grande parte dos médicos como sinais de uma infecção sífilítica pretérita (CARRARA, 1996: 329; MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 77).

⁴³⁵ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 77.

⁴³⁶ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 78.

na última década do século XIX, o neuropsiquiatra Alix Joffroy (1844-1908)⁴³⁷ manifestou-se contra as ideias assumidas por Fournier, reconhecendo “a importância *favorecedora* da sífilis”, mas negando-lhe “todo o valor *exclusivo*”.⁴³⁸ Pernambucano fora, por muito tempo, partidário dessas ideias de Joffroy, entretanto, ao observar um caso de paralisia geral juvenil cuidado por Márcio Nery, constatou que o(a) paciente apresentava linfocitose e reação de Wassermann positiva no líquido cefalorraquidiano, apesar de negar a sífilis “por nós descoberta”. Assim, mesmo quando não se detectava a doença venérea através de exames clínicos ou de indícios externos de heredo-sífilis, o laboratório provaria a origem sífilítica da paralisia geral juvenil. O estudante concluía assim, que

Serviu-nos o caso de lição e incentivo para estudarmos a questão e hoje, como toda gente, estamos plenamente convencidos da origem sífilítica da paralisia geral. Se no adulto [...] podemos apelar para outras causas que não a sífilis, na criança e no jovem já não se dá o mesmo; temos de abandonar o artrismo, a estafa, as emoções morais etc.⁴³⁹

Novamente a reação de Wassermann aparece como elemento que desvelaria a presença da infecção sífilítica, muitas vezes obscurecidas na observação clínica. A ampliação do uso da ferramenta laboratorial foi suficientemente impositiva para que Pernambucano admitidamente mudasse sua concepção sobre as etiologias possíveis da PGP juvenil. Neste sentido, sublinho o papel do catedrático interino da FRMJ Márcio Nery, durante o período de elaboração da tese de Pernambucano de Mello Sobrinho. Sua contribuição para a modificação do pensamento do estudante evidencia bem o que aponta Mathias (2017a): intelectuais, como Nery, desempenharam um papel importante na formação psiquiátrica dos estudantes da FRMJ. E isso ocorreu no momento que se incorporavam novas técnicas e referenciais, considerados mais objetivos, no conhecimento sobre as doenças mentais.

Ao abordar os sintomas da PGP juvenil em heredo-sífilíticos, Pernambucano descreveu manifestações similares àquelas observadas em adultos paráliticos, assim como Moreira e

⁴³⁷ Alix Joffroy conduziu estudos em neuropatologia, psicofarmacologia experimental e higiene mental e esteve sob a supervisão de Jean-Martin Charcot. Trabalhou no *Bicêtre*, *Salpêtrière*, *Charité* e no *Necker-Enfants Malades*. Entre 1874 e 1879, foi assistente de Lasègue no *Hôpital Pitié* e, no último ano enquanto tal, qualificou-se como médico do *Central Bureau*. Em 1885, assumiu a chefia de um dos serviços do *Salpêtrière* e, em 1893, a Cadeira de Clínica de Doenças mentais da Faculdade de Medicina de Paris, até então ocupada por Benjamin Ball (1839-1893) (TIBERGHIEEN, 2010).

⁴³⁸ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, pp. 78–79, grifos meus, negritos do autor.

⁴³⁹ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 80.

Penafiel (1907).⁴⁴⁰ Aqui identifica-se uma visão um pouco diferente daquela manifestava por Bueno de Andrada, que admitia as distintas feições clínicas que ambos os tipos da paralisia geral poderiam assumir em pacientes jovens e adultos. Contudo, o empenho de sublinhar a similitude de sintomas entre as formas juvenil e adulta da doença vai ao encontro do objetivo final do discurso de Andrada, de que a PGP e a PGP juvenil eram a mesma doença. Deste modo, enxergo novamente o esforço de se manter a paralisia geral progressiva como enfermidade mental única refletido na forma como os neuropsiquiatras lidavam com as evidências que contrariavam tal lógica. Tal contrariedade provavelmente contribuiria para o questionamento de toda a retórica referente à PGP construída a partir das investigações realizadas pelo campo neuropsiquiátrico desde finais do século XIX.

O potencial hereditário da sífilis concorria “para que a tradicional reflexão sobre a degeneração racial do povo brasileiros se deslocasse ao longo da década de 1920 do problema da miscigenação racial para o problema da patologia sexual” (CARRARA, 1997: 404). Assim, a degeneração de parte significativa da população brasileira não se devia a um elemento *constitucional*, mas a uma série de enfermidades, principalmente à sífilis, cuja disseminação e potencial degenerativo poderiam ser contidos. Ao mesmo tempo em que grande parte dos médicos atribuía o “mal venéreo” à expansão do processo civilizatório e dos hábitos nocivos que dele decorriam, sobretudo sexuais, viam a ciência como uma ferramenta capaz de interferir, de modo esclarecido e pelo conhecimento especializado, “neutralizando” os males advindos da modernização e do desenvolvimento dos centros urbanos (SANGLARD, 2005: 154-166). Tal retórica também fica clara em trabalhos já mencionados, como o do psiquiatra Ulysses Pernambucano de Mello Sobrinho, que afirmava: “A propaganda da abstenção completa dos jovens, que é sem inconvenientes, parece dos meios lembrados, o melhor e o que deve ser aconselhado”.⁴⁴¹

Ulysses Pernambucano também foi fortemente influenciado por Juliano Moreira e por Ulysses Vianna. Segundo Pereira (2005), desde a década de 1910, ele frequentou o HNA, construindo sua trajetória intelectual sob a supervisão de ambos os neuropsiquiatras. Contudo, Vianna aparentemente exerceu mais influência do que Moreira na formação de Pernambucano: “Em seu discurso proferido na Academia Nacional de Medicina, em abril de 1932, Ulysses

⁴⁴⁰ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 85.

⁴⁴¹ MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, p. 127.

Pernambucano afirma que, apesar de seus pendores psiquiátricos terem nascido sob o influxo de Juliano Moreira, ‘o homem que verdadeiramente [o] iniciou na psiquiatria foi o professor Ulisses Viana’ [sic]” (PEREIRA, 2005: 124). Depois de formado, clinicou no Paraná, retornando em seguida para seu estado natal, Pernambuco. Lá teve “contato direto com a realidade social da pobreza, da desnutrição, com as diferentes formas de desestruturação pessoal e familiar acarretadas pela miséria e pela falta de recursos públicos para a saúde e para a educação” (PEREIRA, 2005: 124). Segundo Pereira, a trajetória de Pernambucano foi marcada pelo empenho em promover medidas de saúde pública que subvertessem as precárias condições de vida na qual se encontravam a população de Vitória de Santo Antão (PE), onde primeiro atuou.

Pernambucano considerava que o processo de adoecimento mental na localidade devia-se à miséria e falta de instrução da população, incluindo as crianças:

Aquela que viria a ser sua concepção de “prevenção primária” em saúde mental encontrava, assim, seus alicerces em fatores muito concretos relacionados ao surgimento de quadros mentais que poderiam chegar ao consultório do psiquiatra: a neuro-sífilis e outras infecções com repercussões neurológicas, o alcoolismo, as intoxicações exógenas, os malefícios decorrentes de desnutrição. Sua observação diária das dificuldades escolares oriundas da fome e da falta de alimentação adequada das crianças foi, certamente, um dos fatores que o levou a instituir, quando investido de funções públicas, um amplo programa de merenda escolar e de visitadoras familiares (PEREIRA, 2005: 125).

As “funções públicas” referidas por Pereira (2005) só foram ocupadas por Pernambucano quando se mudou para Recife, em 1917. Mas em seu trabalho de doutoramento Pernambucano já expressava, ainda que de forma tímida, a importância das medidas de prevenção. Ao decidir-se pelo tema da heredo-sífilis, claramente influenciado por Juliano Moreira e Ulysses Vianna, apontava a propaganda como uma medida profilática para os jovens. A paralisia geral progressiva continuou influenciando a produção do médico em Recife: em 1933, publicou artigo intitulado “Estudo estatístico da paralisia geral”, nos Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco. Não tive acesso a tal trabalho, mas a julgar por seu título, ele se insere na lógica da importância que dava à produção de estatísticas a respeito das doenças mentais, elemento bastante significativo no discurso de Juliano Moreira (VENANCIO; CARVALHAL, 2001). Com isso quero sugerir aqui que a formação de Ulysses Pernambucano provavelmente influenciou a forma como ele pôs prática certas ideias durante sua inserção político-institucional, mas analisar isso de forma detalhada é algo que foge ao escopo do presente trabalho.

Na sessão de 18 de novembro de 1916, foi apresentado à Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal o caso de uma moça que fazia “ver que a etiologia hereditária luética é patente”. O responsável pela paciente, Waldemar Almeida, afirmava que seu pai possuía “estigmas somáticos francos de sífilis”, mas que tal diagnóstico não pôde ser confirmado, uma vez que sofrera uma “síncope” ao ser submetido à punção venosa e/ou lombar. Assim, o substrato para o teste laboratorial foi colhido de sua mãe e de sua irmã. Almeida destacava a presença na paciente de sintomas clínicos, como delírios de grandezas e alucinações, e que essa já havia recebido uma série de injeções endovenosas de iodeto de sódio. Contudo, o referido tratamento não havia sido concluído, uma vez que a família teria optado por retirar a moça do HNA.⁴⁴²

Este caso mostra que certas vezes o alcance das técnicas laboratoriais ultrapassava a relação médico-paciente, abarcando também os familiares e contribuindo para um diagnóstico indireto do(a) doente. A jovem em questão, por exemplo, fora identificada como paralítica através de testes realizados com material biológico proveniente de sua mãe e irmã. Além disso, a suspeita do diagnóstico de paralisia geral fora levantada não apenas por *seus* sintomas clínicos, mas também por características identificadas em seu pai. Acho importante também mencionar o indício de certo grau de autonomia por parte da família da interna no que dizia respeito às decisões sobre seu destino. O relato de Almeida sugere que seus parentes a retiraram da instituição hospitalar, quando desejaram fazê-lo.⁴⁴³

Antes tida como de pouca importância na caracterização da PGP e intimamente relacionada à degeneração das populações humanas, a hereditariedade teve seu papel atestado na gênese da doença, após ratificadas as conexões entre a paralisia geral e a sífilis. O próximo evento que fortaleceu tal conexão causal ocorreu na segunda década do século XX, mais especificamente a partir do ano de 1913, com a publicação de estudos que acusavam a presença da bactéria sifilítica no cérebro de paralíticos gerais.

⁴⁴² SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1916, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 13, 1917, pp. 93–95.

⁴⁴³ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1916, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 13, 1917, pp. 93–95.

3.6 ENCONTRADOS POR UNS E CONFIRMADOS POR OUTROS – OS EXPERIMENTOS DE HIDEYO NOGUCHI E JOSEPH W. MOORE

Mesmo depois de estabelecida a reação de Wassermann como evidência da presença de uma infecção sífilítica em paralíticos gerais, a explicação multicausal não foi completamente deixada de lado. A ideia de que a PGP poderia ser causada e/ou desencadeada por diferentes fatores baseava-se na ideia de causas ocasionais e predisponentes. Considerava-se que a sífilis podia exercer um papel duplo: era capaz de enfraquecer a constituição nervosa de indivíduos que haviam sido vitimados por uma infecção adquirida ou congênita, ou desencadear a emergência da PGP de modo direto (HURN, 1998: 273-274). Segundo Juliet Hurn, especialmente no início do novecentos, tal ideia enquadrou-se no repertório da microbiologia, quando alguns cientistas passaram a defender a existência de duas linhagens do “vírus”⁴⁴⁴ sífilítico: a dermatrópica e a neurotrópica. A primeira seria responsável por uma variação da doença mais “aguda, com lesões de pele e viscerais proeminentes”; já a segunda, desencadearia um quadro crônico, “resistente ao tratamento, com sintomas sistêmicos mais leves, mas com afinidade pelo sistema nervoso – levando à PGP e à tabes” (HURN, 1998: 274). Neste momento, surgiram na literatura médica alguns trabalhos que sustentavam tal teoria, chamada dualista, utilizando-a inclusive para justificar a raridade das formas nervosas em diversos países onde as formas agudas da sífilis eram muito frequentes (HURN, 1998: 274-275).

A crença na existência de um tipo do “vírus” sífilítico com afinidade pelo sistema nervoso incentivou, nas primeiras décadas do século XX, pesquisas destinadas a identificá-lo nos tecidos cerebrais. Mas poucos autores brasileiros mencionavam a teoria dualista naquele período. Um deles é Gastão Octaviano Ferreira (?-?), que defendeu sua tese em 1913. Octaviano Ferreira afirmava que “Não obstante provas tão decisivas e argumentos tão irrespondíveis, alguns autores ainda hoje negam, terminantemente, o papel importante, senão exclusivo, da sífilis na gênese da tabes e da paralisia geral”.⁴⁴⁵ Apesar de discordar das ideias contrárias à etiologia sífilítica da PGP, o autor dizia que duas delas seriam dignas de atenção: a falta de especificidade das lesões encefálicas, defendida ainda por muitos médicos, e o fato da doença não ser curável pelo tratamento específico. Ao tentar responder ao primeiro argumento, segundo

⁴⁴⁴ Antes da descrição do *Treponema pallidum*, e de seu reconhecimento enquanto uma bactéria, a literatura médica referia-se ao elemento causador do quadro patológico da sífilis como um “vírus”. Naquele momento, tal palavra possuía um significado muito diferente do que utilizamos hoje. O termo “vírus” vem do latim “*virus*”, que significa “toxina” ou “veneno”. Antes do início do século XX, tal conceito ia ao encontro da ideia, defendida por muitos, de que seria um veneno, uma toxina, o fator responsável pelos sintomas da sífilis.

⁴⁴⁵ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 13.

ele, “fraco”, Octaviano Ferreira fazia um contraponto com a tuberculose, cujas lesões também não possuíam feítios característicos: “durante muito tempo os anatomopatologistas negaram a unidade da tuberculose, asseverada pelos clínicos; a segunda, está hoje na ordem do dia”.⁴⁴⁶

No tocante ao segundo argumento, o médico mencionava estudiosos que acreditavam no efeito benéfico do tratamento antissifilítico da PGP. Em sua opinião, a cura completa era difícil, pois, em muitos casos, a medicação específica era administrada quando as lesões encefálicas já encontravam-se em grau avançado.⁴⁴⁷ Para Octaviano Ferreira, ainda era difícil se identificar precocemente a PGP e, por isso, indicava o tratamento imediato com mercúrio em casos de suspeita da doença. Os escritos do médico fazem emergir as discordâncias acerca do potencial de melhora e/ou de cura da PGP a partir da medicação antissifilítica. Neste aspecto, as concepções do brasileiro se alinhavam com as do neuropsiquiatra francês, Joseph Babinski:

As opiniões dos mais eminentes neurologistas e psiquiatras são, pois, contraditórias [...]. Acreditamos, com Babinski e outros autores, na ação benéfica do tratamento mercurial em certos casos, desde que seja instituído no início, suscetível então de produzir uma regressão ou reparação mais ou menos completa ou suster a evolução do processo tabido ou paralítico.⁴⁴⁸

Segundo Octaviano Ferreira, seriam necessários ao menos um destes elementos para que indivíduos sifilíticos se tornassem paralíticos: predisposição hereditária ao desenvolvimento da doença; predisposição ao alcoolismo, a infecções e/ou a intoxicações; aquisição do tipo neurotrópico do “vírus sifilítico” e/ou a falta de tratamento intensivo e contínuo na fase inicial da doença.⁴⁴⁹ Deste modo, o estudante acreditava que a medicação antissifilítica deveria ser administrada mediante qualquer indício de dano nas meninges. Tal indício refletir-se-ia na constatação de determinados sinais, considerados “objetivos”, a saber, as análises feitas no líquido cefalorraquidiano e/ou a constatação da presença de certo tipo de alteração pupilar, chamado de sinal de Argyll-Robertson: “Prevenimos assim o aparecimento das lesões tabidas e paralíticas que, uma vez instaladas, excepcionalmente regridem pela medicação antissifilítica, se bem que possam ficar estacionárias”.⁴⁵⁰ Ilana Löwy aponta para

⁴⁴⁶ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 14.

⁴⁴⁷ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, pp. 13–15.

⁴⁴⁸ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 16.

⁴⁴⁹ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, pp. 17–18.

⁴⁵⁰ FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, pp. 22–23.

campos médicos internacionais ideias similares às que identifiquei no trabalho de Octaviano Ferreira. Esses também defendiam a importância de se realizar os exames laboratoriais precocemente e, assim, se administrar a medicação antissifilítica o mais rápido possível. Em consonância com cientistas estrangeiros, intelectuais nacionais também falavam a pavor do potencial diagnóstico e terapêutico das técnicas laboratoriais.

No mesmo ano em que Octaviano Ferreira defendeu sua tese Hideyo Noguchi e Joseph W. Moore analisaram amostras de 70 cérebros de cadáveres de paráliticos gerais e identificaram em 12 deles a bactéria sifilítica.⁴⁵¹ Apesar de representar pouco mais de 17%, o achado provocou enorme entusiasmo médico. Rapidamente foram enviadas amostras estadunidenses para o Laboratório da Universidade de Glasgow, a fim de que a descoberta circulasse pela Grã-Bretanha. Nos Estados Unidos, o evento foi celebrado com orgulho, como prova de que o investimento em instituições de pesquisa como o Instituto Rockefeller rendia à ciência nacional valiosos frutos (HURN, 1998: 164).

Entretanto, ao publicarem seu artigo, Noguchi e Moore pareciam estar atentos às inúmeras controvérsias que seu experimento poderia suscitar, como sugere a nota de rodapé colocada na primeira página do artigo: “Os resultados foram confirmados mais tarde pelo Dr. Moore e por outros, entre os quais podemos mencionar o Dr. Flexner e o Dr. Dunlap”.⁴⁵² Simon Flexner (1863-1946) era Professor e Chefe do Departamento de Patologia da Universidade da Pensilvânia e Diretor do Instituto no qual trabalhava Noguchi, além de seu mentor (ROUS, 1948). Charles B. Dunlap (1863-1926) conduziu importantes estudos sobre a PGP, ao longo da década de 1910. Era Professor de Neuropatologia na *University and Bellavue Hospital Medical College* e *Chief Associate* em Neuropatologia no *New York State Psychiatric Institute* (CHARLES B., 1926). Noguchi e Moore sabiam que sua publicação causaria um grande impacto no conhecimento sobre a paralisia geral progressiva e buscavam meios de legitimar seus resultados entre seus pares científicos.

No artigo, a dupla de cientistas não se furtou a tocar em pontos sensíveis da caracterização da PGP. Noguchi e Moore abordaram o problema da familiaridade da paralisia geral com outras formas de sífilis nervosa, a exemplo da sífilis cerebral, e discutiram as resistências do meio científico à ideia de que o *Treponema pallidum* seria o único agente causal da primeira doença. O neurologista alemão Max Nonne (1861-1959) foi apontado como um

⁴⁵¹ NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. **The Journal of Experimental Medicine**, v. XVII, 1913, pp. 232–239.

⁴⁵² NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. **The Journal of Experimental Medicine**, v. XVII, 1913, pp. 232–239, p. 232.

dos principais porta-vozes de tal resistência, ao se recusar a reconhecer a sífilis “como algo mais do que um fator de causa extremamente comum”.⁴⁵³ O posicionamento de Nonne, é importante ressaltar, viria a se modificar alguns anos depois, especialmente em decorrência da publicação do trabalho dos cientistas do Instituto Rockefeller, segundo o próprio alemão.⁴⁵⁴ Em posição diametralmente oposta à de Nonne, havia aqueles que acreditavam que sem a sífilis não haveria paralisia geral e, portanto, a última seria uma forma avançada da primeira.

Noguchi e Moore não negavam que os fracassos em demonstrar, até então, a presença da bactéria em doentes paralíticos havia contribuído bastante para solidificar a opinião de que a PGP poderia irromper em casos nos quais “o treponema [não] desempenhasse papel ativo no processo progressivo”, apesar de sua origem sífilítica.⁴⁵⁵ Eles trataram ainda da questão da similaridade entre a sífilis cerebral e a paralisia geral progressiva, explicando por que as 12 amostras teciduais em que encontraram o *Treponema pallidum* pertenciam a casos da segunda doença. Os pacientes “doadores” eram internos do *Central Islip State Hospital*, à época um dos maiores hospitais psiquiátricos dos Estados Unidos, localizado no estado de Nova York. Graças ao acesso aos doentes internados em tal instituição, os cientistas observaram a evolução do quadro desses internos por algum tempo, podendo assegurar que sua sintomatologia *clínica* caracterizava-se, entre outras coisas, por uma “deterioração difusa e progressiva de todos os campos mentais, e não pela *démence lacunaire*⁴⁵⁶ que era tão frequentemente observada na sífilis cerebral”.⁴⁵⁷ Além disso, nos pacientes cujas amostras cerebrais foram por eles analisadas também estavam ausentes outras manifestações clínicas típicas da sífilis cerebral. Alterações pupilares, tremores, problemas na fala e na escrita, confusão mental, ataxia, delírios de grandeza e/ou déficits na memória são apontados em todas as 12 observações. Contudo, as análises laboratoriais, a saber, as reações de Wassermann e de Noguchi, e/ou a contagem de linfócitos, são mencionadas em apenas cinco dos 12 casos analisados.

É interessante perceber que a dupla não deixou de fazer referência às evidências colhidas no exame *post mortem*, utilizando-as para reiterar seu argumento de que esses seriam de fato

⁴⁵³ NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *The Journal of Experimental Medicine*, v. XVII, 1913, pp. 232–239, p. 232.

⁴⁵⁴ NONNE, M. *Syphilis und Nervensystem: neunzehn Vorlesungen für praktische aertze, neurologen und syphilidogen*. Belin: Verlag von S. Karger, 1921, p. 458.

⁴⁵⁵ NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *The Journal of Experimental Medicine*, v. XVII, 1913, pp. 232–239, p. 233.

⁴⁵⁶ A *démence lacunaire* ou demência lacunar era caracterizada por um quadro onde a perda de memória ocorria em hiatos, evoluindo “dos fatos recentes para os antigos”. Assim, não havia “o esquecimento simultâneo e geral de fatos recentes e antigos”, como ocorria na paralisia geral progressiva, mas lapsos de memória (ROXO, 1921: 458-459).

⁴⁵⁷ NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *The Journal of Experimental Medicine*, v. XVII, 1913, pp. 232–239, p. 236.

casos de paralisia geral e não de sífilis cerebral. Noguchi e Moore afirmavam que as diferenças entre a evolução do quadro clínico dos pacientes de PGP e aquele esperado para doentes de sífilis cerebral poderiam ser:

reconhecidamente não convincente, pois é possível para uma condição meningo-endarterite sífilítica [sífilis cerebral] antiga simular a paralisia [geral], a ponto de ser indistinguível da última doença através [apenas] de suas características *clínicas*. É nos achados *post mortem* que o diagnóstico deve se basear. Anatomicamente os cérebros de nossos casos apresentavam o *habitual* espessamento pial, mais acentuado sobre a convexidade frontal.⁴⁵⁸

Mais uma vez, fica claro o peso dos sintomas clínicos e dos sinais anatomopatológicos quase 100 anos depois das primeiras descrições da paralisia geral progressiva, quando se necessitava diferenciar essa da sífilis cerebral.

Em artigo publicado em 1924 (onze anos depois da divulgação dos estudos de Noguchi e Moore) e intitulado “O enigma da paralisia”, Kraepelin explicitava o quão complexa poderia ser a identificação da PGP (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 272). A despeito da sorologia e das análises *post mortem*, que denotavam a íntima relação causal entre a PGP e a sífilis, Kraepelin argumentava ser ainda difícil se verificar tal elo de modo contundente (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 272). O neuropsiquiatra alemão diferenciava a PGP da sífilis cerebral através de critérios clínicos, especialmente a partir da evolução e do prognóstico, que considerava díspares, de ambos os quadros. Concluía, que a sífilis cerebral e a paralisia geral progressiva seriam duas doenças diferentes, apesar de decorrerem de uma infecção pelo *Treponema pallidum*. E para explicar como apenas uma pequena quantidade de pacientes sífilíticos transformavam-se em paralíticos recorreu à análise de certos elementos da vida do indivíduo. Ou seja, à predisposição ocasionada pelos *Lebenseinflüsse* (“influências da vida”). Segundo Engstrom e Crozier, duas eram as “influências da vida” às quais Kraepelin conferiu maior importância:

Primeiro, à exposição anterior a doenças infecciosas [que] parecia reduzir o risco de sucumbir à paralisia. Ao aprimorar os mecanismos de defesa do próprio corpo, essas doenças pareciam fornecer uma proteção contra a paralisia [geral]. Em segundo lugar, enfatizou os [...] regimes inadequados de tratamento para a sífilis, [que] poderia facilitar o desenvolvimento da paralisia deixando uma “herança mórbida” (*Krankheitsherde*) de bactérias no corpo, dos quais a paralisia poderia emergir posteriormente (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 273).

⁴⁵⁸ NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *The Journal of Experimental Medicine*, v. XVII, 1913, pp. 232–239, pp. 236-237, grifos meus.

As técnicas laboratoriais foram mobilizadas muitas vezes no diagnóstico diferencial entre a PGP e outras formas de sofrimento mental, principalmente aquelas que não possuíam fundo sífilítico. As análises estreitaram os vínculos causais da sífilis com a sífilis cerebral, a tabes e a paralisia geral. Contudo, como discutirei adiante, na maior parte das fontes que examinei, incluindo exemplos internacionais, como o artigo de Noguchi e Moore e de Kraepelin, os cientistas nunca prescindiam dos sintomas *clínicos* para identificarem como de paralisia geral determinados quadros com os quais lidavam.

Como dito, os resultados obtidos pelos estudiosos do Instituto Rockefeller circularam massivamente e foram replicados por diferentes cientistas estrangeiros (HURN, 1998: 164-165). Um artigo publicado no periódico *The Lancet* afirmava que

A importância do anúncio [feito por Noguchi e Moore] dificilmente pode ser exagerada, e é provável que estejamos às vésperas de [realizar] descobertas ainda mais significativas. Ninguém pode duvidar que o resultado de tais pesquisas caracteriza-se como um raio de esperança, do ponto de vista terapêutico, de onde, atualmente, o médico pode tirar pouco encorajamento (LEADER, 1913: 911 *apud* HURN, 1998: 165).

A replicação desses experimentos fica clara no relato de Juliano Moreira, publicado em 1913, e no qual fala sobre a Seção de Psiquiatria da qual fez parte no Congresso de Medicina, ocorrido em Londres em agosto do mesmo ano. Acompanhado de Ulysses Vianna e Henrique Roxo, Moreira apresentou seu trabalho intitulado “*A new contribution to the study of dementia paralytica in Brazil*” (“Uma nova contribuição para o estudo da demência paralítica no Brasil”).⁴⁵⁹ Segundo ele, “a contribuição brasileira” ao congresso teria sido de grande valor, uma vez que, não somente revista científicas, mas também a imprensa diária, fizeram referência ao trabalho que apresentara. Assim, o diretor da Assistência Médica e Legal de Alienados salientava a importância da representação do Brasil nessas reuniões científicas. Para os que pensavam o contrário Moreira afirmava que, nos eventos aos quais “temos enviado contribuições escritas não têm elas deixado de merecer acolhimento”.⁴⁶⁰

Após ter ressaltado a importância dos eventos científicos na aquisição de visibilidade por parte da ciência neuropsiquiátrica brasileira, Moreira falou mais uma vez sobre a importância dos laboratórios. E para ilustrar seu discurso, narrou uma visita a um laboratório

⁴⁵⁹ Tentei localizar tal publicação em arquivos internacionais, como *Lothian Health Services Archive* e *Wellcome Trust History of Medicine Collection*. Mas, infelizmente, não consegui acesso a esta parte dos anais do evento.

⁴⁶⁰ MOREIRA, J. A seção de Psiquiatria do Congresso de Medicina de Londres. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano IX, n. 3 e 4, 1913, pp. 250–266, p. 255.

pertencente a um asilo britânico e no qual “muitos microscópios estavam preparações de células nervosas, espiroquetas (*em cérebros de paralíticos gerais*) corados por meio de colargol, tinta da China, e método de Noguchi, ao lado de preparados de Marinesco e Noguchi”.⁴⁶¹ Como discutirei adiante, as fontes que aqui analiso denotam que a detecção da bactéria sífilítica no cérebro de paralíticos gerais também foi realizada no Rio de Janeiro.

Segundo Hurn, a observação do *Treponema pallidum* no cérebro de paralíticos gerais por Noguchi e Moore desencadeou a substituição do termo “para-sífilis”, cunhado por Fournier no final do oitocentos, pelo termo “neuro-sífilis”. Este seria um reflexo da aceitação generalizada de que as diferentes formas de sífilis nervosa, entre elas a paralisia geral, não eram apenas de “origem”, mas também de “natureza sífilítica”. Ou seja, tais quadros neurológicos não eram apenas causados pela sífilis, eles passaram a fazer *parte* da evolução da doença. No Brasil, identifiquei poucos trabalhos que utilizam o termo “neuro-sífilis”. Até o final da década de 1910, intensas discussões pareciam ainda ocorrer em eventos científicos na tentativa de se esclarecer os pormenores da relação entre sífilis e paralisia geral, como apontarei adiante.

No mesmo momento em que Noguchi e Moore publicaram o resultado de suas investigações sobre a relação entre PGP e sífilis, Juliano Moreira passou a defender oficialmente que a primeira doença seria uma das maiores responsáveis pelo contingente de doentes mentais do país, depois do alcoolismo. Tal retórica se repetia nos relatórios de Moreira ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, utilizando a paralisia geral progressiva como exemplo:⁴⁶²

Após o álcool, continua a fazer vítimas a cocaína e a morfina [sic], seguindo-lhes a *sífilis, como o mais terrível fator das perturbações mentais*; causa eficiente da *demência paralítica*, modalidade clínica essa que, dia a dia, mais avulta, tendo muito particularmente se manifestado nas mulheres nos anos de

⁴⁶¹ MOREIRA, J. A seção de Psiquiatria do Congresso de Medicina de Londres. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, ano IX, n. 3 e 4, 1913, pp. 250–266, p. 257, grifos meus.

⁴⁶² BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1912 e 1913 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1913, pp. 63–71, p. 63. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=93&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1369%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1913 e 1914 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Uladislau Herculano de Freitas (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1915, pp. 62–84, p. 63. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=94&s=0&cv=3&r=0&xywh=-388%2C824%2C2782%2C1962>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1914 e 1915 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1915, pp. 75–92, p. 77. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=95&s=0&cv=109&r=0&xywh=-1356%2C-1%2C4615%2C3256>. Acesso em 01 ago. 2020.

1912 e 1913, quando em épocas anteriores eram raros os casos dessa enfermidade no sexo feminino.⁴⁶³

O discurso de Moreira também era utilizado para exaltar a produção do Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional de Alienados e, conseqüentemente, para justificar sua demanda pelo aumento dos recursos destinados à instituição, bem como a outros espaços laboratoriais que viriam a ser construídos no asilo carioca.

3.7 DA “BOA VONTADE” DE MÉDICOS E FILANTROPOS – OS LABORATÓRIOS DO HOSPITAL NACIONAL DE ALIENADOS E A PROFILAXIA DA SÍFILIS NERVOSA

Os elogios de Moreira ao referido laboratório adentraram a década de 1910, na qual o médico baiano seguiu sublinhando não somente seus sucessos, mas também suas necessidades, além dos benefícios trazidos pelo serviço clínico gratuito do Hospital Nacional de Alienados.⁴⁶⁴ Segundo ele, tal serviço, que atendia uma média de três doentes por dia e conduzia uma série de testes diagnósticos, permitia a desoneração da instituição em termos de internações, assentindo que pacientes crônicos recebessem tratamento para seu quadro em suas casas. Além disso, o diretor da AMLA chamava atenção para o fato de que o sucesso de tal serviço encontrava-se, sobretudo, em sua articulação com o laboratório, onde seriam realizadas as análises diagnósticas:

⁴⁶³ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1913 e 1914 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Uladislau Herculano de Freitas (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1915, pp. 62–84, p. 63. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=94&s=0&cv=3&r=0&xywh=-388%2C824%2C2782%2C1962>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁶⁴ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1911, pp. 54–67, p. 56. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=91&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-266%2C3824%2C2697>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1911 e 1912 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1912, pp. 60–70, p. 62. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=91&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-266%2C3824%2C2697>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1912 e 1913 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1913, pp. 63–71, p. 63. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=93&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1369%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 01 ago. 2020.

Para esse serviço contribuiu a boa vontade de quase todos os clínicos da Assistência, cabendo a maior soma de esforço ao Laboratório Anatomopatológico e ao Serviço Cirúrgico para a realização dos exames de laboratório necessários à elucidação de diagnósticos. Assim, com muitos diagnósticos precoces e conveniente tratamento, evitou-se a agravação [sic] de certos casos que, tornados crônicos, viriam mais tarde aumentar a massa dos internados.

Durante o ano fizeram-se muitas punções venosas e lombares com exames consecutivos de sangue e líquido cefalorraquiano (executados pelo cirurgião aqueles e estes pelo chefe do Laboratório Anatomopatológico), isto sempre a pessoas que diziam não poder pagar esses serviços a um dos laboratórios existentes nesta Capital. Sendo como foram sempre gratuitos estes trabalhos e com a boa intenção de fazer diminuir o número de avariado [sic] em circulação, acredita o diretor ter feito *obra de profilaxia de doenças nervosas e mentais*.⁴⁶⁵

Os “exames de laboratório” realizados nas dependências do HNA começam a ser mencionados nos relatórios analisados apenas a partir de 1913, e detalhados de 1915 em diante, como mostra a tabela a seguir:

⁴⁶⁵ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1915 e 1916 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1916, pp. 61-88, p. 62. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=96&s=0&cv=0&r=0&xywh=0%2C-350%2C4159%2C2934>. Acesso em 01 ago. 2020.

Fontes: BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Relatórios I, publicados nos anos de 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1922, 1923, 1924 e 1926 (referências completas na seção “Fontes”).

* Não encontrei dados para estes anos.

| Ano | Reações de Wassermann (sangue) | Pesquisas no LCR |
|------------|---------------------------------------|---|
| 1915/1916 | 843 | 624 |
| 1916/1917 | 837 | 662 |
| 1917/1918 | 1.070 | 941 |
| 1918/1919 | 759 | 885, entre as quais: 679 reações de Wassermann; 102 reações de Nonne; 102 exames citológicos |
| 1919/1920 | 1.072 | 654, entre as quais: 440 reações de Wassermann; 100 reações de Nonne; 101 exames citológicos; 13 dosagens de albumina |
| 1920/1921 | * | * |
| 1921/1922 | 1.902 | 845 |
| 1922/1923 | 1.268 | 926, entre as quais: 579 reações de Wassermann; 149 reações de Nonne; 149 exames citológicos; 49 exames químicos |
| 1923/1924 | 1.362 | 1.181, entre as quais: 602 reações de Wassermann; 243 reações de Nonne; 243 exames citológicos; 87 exames químicos |
| 1924 | 1.381 | 1.159, entre as quais: 553 reações de Wassermann; 370 reações de Nonne; 300 exames citológicos; 6 contagens de albumina |

Não é necessária uma análise minuciosa dos dados apresentados na tabela para que se note o aumento no número de reações de Wassermann no sangue e de análises do LCR performadas no Laboratório Anatomopatológico do Hospital Nacional de Alienados. É importante lembrar, todavia, que esses foram os números registrados por Juliano Moreira em seus relatórios enquanto diretor da AMLA. Saber se tais exames eram de fato realizados nessas proporções demandaria a análise de outras fontes, como os prontuários e fichas clínicas dos pacientes, que, além de não fazerem parte do *corpus documental* contemplado por este estudo, também gerariam problemas no momento de se constituir uma abordagem quantitativa de tal tema. As filipetas em que constavam os resultados das análises, tanto do sangue, quanto do

LCR, eram anexadas às fichas dos pacientes que davam entrada no Pavilhão de Observação, de forma que, ao longo do tempo, muitas delas acabaram se perdendo.

Mas apenas a menção desses dados por Moreira para a instância que destinava verbas à Assistência auxiliava no sustendo do argumento de que o laboratório teve grande importância para o discurso de cientificização do campo neuropsiquiátrico. Ainda que haja a possibilidade de que tais evidências funcionassem apenas como ferramenta retórica, essas refletiam a oportunidade de se incorporar técnicas laboratoriais à prática neuropsiquiátrica. E demonstravam que tal especialidade e suas instituições também eram capazes, não somente de se apropriarem de referenciais mais objetivos para estabelecer seus diagnósticos, mas de produzir e subsidiar estudos nesse sentido.

Ulysses Vianna reiterava tal assertiva, exaltando os serviços prestados pelo Laboratório Anatomopatológico em termos de pesquisa. Segundo ele, as conclusões às quais chegaram os cientistas do Instituto Rockefeller foram também confirmadas por Mario Pinheiro, diretor do referido laboratório – evento esse também celebradíssimo por Henrique Roxo.⁴⁶⁶ Com tal afirmação, os médicos buscavam evidenciar que o Brasil integrava o grupo de nações capazes de se apropriar e replicar resultados obtidos por especialistas estrangeiros e, portanto, tomar parte nos debates sobre a etiologia da paralisia geral, por exemplo. No discurso dos médicos transparece a proeminência do laboratório do HNA nesta tomada de posição, o que legitimava os investimentos feitos na construção e manutenção desse espaço dentro da Assistência a Alienados.

Nos relatórios publicados em 1917, 1918 e 1920, Moreira novamente afirmava que a sífilis seria a segunda principal causa das perturbações mentais, depois do alcoolismo.⁴⁶⁷ O médico continuava insistindo na importância do serviço clínico de assistência gratuita aos

⁴⁶⁶ ROXO, H. B. B. **Manual de Psychiatria**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, p. 432; VIANNA, U. Syphilis do systema nervoso. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, v. 1, 2º trim., 1919, pp. 164–176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp. 683–691, p. 686.

⁴⁶⁷ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1916 e 1917 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mai. 1917, pp. 55–63. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=97&s=0&cv=0&r=0&xywh=-410%2C-639%2C4977%2C3511>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1917 e 1918 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, ago. 1918, pp. 53–67. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=98&s=0&cv=0&r=0&xywh=0%2C-33%2C4111%2C2900>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

venéreos (suspeitos e declarados), bem como no crescente número de pacientes, cuja condição de “doentes mentais” derivava, sobretudo, dos excessos de *potus* e de *vênus* – principais males atribuídos à civilização:

Depois do álcool, o fator etiológico que fornece maior contingente de internados é a sífilis. Os casos de sífilis grave do sistema nervoso tornam-se cada vez mais frequentes. A demência paralítica, cuja etiologia sifilítica ninguém mais discute atualmente, vitimou no ano um número avultado de pacientes, não só do sexo masculino como do feminino. Muito, felizmente, se fala em instituir medidas práticas no sentido de aumentar os recursos profiláticos contra a terrível infecção. [...]

Os outros fatores etiológicos [das doenças mentais] estão em manifesta distância em relação aos dois enumerados [alcoolismo e sífilis]. Por isso não vale a pena insistir neles.⁴⁶⁸

No mesmo documento, o médico falava sobre a criação de novos serviços de assistência gratuita previstos pela “higiene pública” dos quais resultaria “dentro de alguns anos, uma diminuição da cifra de luéticos nas estatísticas do Hospital Nacional”.⁴⁶⁹ Assim, durante 1921 iniciou-se a construção de um ambulatório de doenças sifilíticas (com ênfase em suas formas nervosas). Moreira mostrava-se esperançoso:

Do Hospital Gaffrée [...], dos ambulatórios que a higiene pública projeta fundar, resultará dentro de alguns anos, uma diminuição da cifra de luéticos nas estatísticas do Hospital Nacional. [...]

Tendo em vista o papel preponderante que a sífilis desempenha na etiologia de certas doenças mentais e nervosas e ainda tendo em consideração a frequência de certas determinações cutâneas parasitárias entre os alienados das classes mais desprotegidas, este serviço precisa ter agora um maior desenvolvimento, isto é, o ambulatório especial precisa ter uma instalação condigna. No correr do presente ano contar-se poder dar ao médico preposto a este serviço os elementos para a realização deste *desideratum*.⁴⁷⁰

⁴⁶⁸ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69, pp. 51–52. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁶⁹ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69, p. 52. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁷⁰ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69, pp. 52; 55, grifos do autor. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

O novo ambulatório, com funções majoritariamente profiláticas, fora construído com verbas também doadas pela filantrópica Fundação Gaffrée e Guinle,⁴⁷¹ passando a funcionar em 1º de setembro de 1922:

No correr do ano entrante [1922] contamos ver a eficácia de mais este melhoramento que tem especialmente por fim a profilaxia das determinações mais graves da infecção luética. Da atividade de preventórios de tal natureza há de resultar dentro em poucos anos a crescente redução da cifra de *dementes paralíticos* e de outros casos de deterioração crônica do sistema nervoso de origem sífilítica.⁴⁷²

Nos anos seguintes ao início de seu funcionamento, Moreira conclamava que o ambulatório, anexo ao Dispensário Afrânio Peixoto e batizado em homenagem ao mesmo médico, havia se constituído como um “verdadeiro serviço clínico aberto”, onde “casos *fronteirços* (de origem luética)” eram “admitidos sem as formalidades legais de internação”.⁴⁷³ Ele defendia que a “redução na cifra” dos casos de doença mental seria realizada através da educação higiênica, a partir, sobretudo, de propagandas “esclarecedoras”, desenvolvidas e orientadas por *especialistas*, e não por uma interferência nas características biológicas das diferentes “raças” que compunham a população brasileira. Tais especialistas deveriam trabalhar juntos na empreitada em questão, contribuindo, cada um, com sua *expertise*:

Nem é preciso insistir na importância dessa profilaxia em relação ao problema da Eugenia, que é sem dúvida uma das faces de maior relevância desta questão social, para toda a humanidade, em todas as nações e particularmente na nossa em que a raça precisa e pode ser melhorada, uma vez que, como é dever dos Governos, se cuide de propagar entre a população os conselhos, os esclarecimentos, os meios preventivos e curativos capazes de evitar e combater as consequências dos males que, por ignorância, por falta dessa

⁴⁷¹ A Fundação Gaffrée e Guinle foi criada a partir de uma parceria entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e o empresário Guilherme Guinle. A referida fundação unia ação filantrópica e pesquisa científica, comprometendo-se com a construção de um hospital, de ambulatórios em diferentes áreas da Capital Federal, que seriam equipados e mantidos com verbas provenientes do Governo Federal, e de um instituto de pesquisas (SANGLARD, 2008: 165).

⁴⁷² BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1921 e 1922 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Joaquim Ferreira Chaves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1922, pp. 63–131, p. 64, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=101&s=0&cv=0&r=0&xywh=-217%2C239%2C4138%2C2919>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁷³ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1923 e 1924 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. João Luiz Alves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1924, pp. 67–161, p. 68, grifos meus. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=103&s=0&cv=0&r=0&xywh=-881%2C-409%2C3488%2C2461>. Acesso em 01 ago. 2020.

educação higiênica ou de estabelecimento de prevenção, levam tantos infelizes aos hospitais e manicômios.⁴⁷⁴

Novamente inspirado no modelo da pesquisa colaborativa interdisciplinar kraepeliano, Juliano Moreira criou um cargo de *sifilógrafo* para a Assistência Médica e Legal de Alienados, nomeando Gilberto de Moura Costa como encarregado do “Serviço de Dermatologia e Sifilografia” do Ambulatório Afranio Peixoto. Moura Costa trabalhava em colaboração com “boa plêiade de colegas e internos”.⁴⁷⁵ Assim, a sifilografia se entremeava com a neuropsiquiatria e vice-versa – ao mesmo tempo em que a primeira colonizava os espaços físicos da segunda, esta garantia sua importância nos debates, na profilaxia e na ampliação do conhecimento sobre os efeitos da sífilis e, conseqüentemente, na empreitada de frear um dos piores males que assolava a nação brasileira.

As medidas profiláticas estavam intimamente articuladas ao laboratório, de maneira que Moreira acreditava que elas repercutiriam no sucesso do serviço, tanto é que o ambulatório recém-construído possuía em suas dependências uma instalação que realizava punções lombares, reações de Wassermann e exames citológicos do líquido cefalorraquidiano. Caso tais exames caracterizassem uma infecção sífilítica, o doente poderia ser tratado antes que a doença evoluísse para um quadro mental. Se isso já tivesse ocorrido, ele receberia cuidados, ainda que paliativos, para conter seu quadro nas dependências da Assistência Médica e Legal dos Alienados.

A trajetória de Juliano Moreira foi marcada por forte influência das ideias germânicas sobre as doenças mentais, especialmente as kraepelianas (PORTOCARRERO, 2002). Para Kraepelin, parte significativa de aspectos obscuros relacionados às diferentes formas de sofrimento mental seria elucidada com o auxílio dos referenciais e técnicas laboratoriais. Foi neste sentido que o psiquiatra alemão fez consideráveis investimentos no sentido de equipar o instituto que dirigia em Munique com modernos laboratórios, nos quais trabalhavam cientistas

⁴⁷⁴ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1922 e 1923 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. João Luiz Alves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1923, pp. 92–166, p. 147. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=102&s=0&cv=0&r=0&xywh=7%2C382%2C3681%2C2596>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁷⁵ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69, pg. 58. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

altamente qualificados nos campos da anatomia-patológica, da histologia e da serologia, a exemplo de Alzheimer e Plaut (MUÑOZ, 2015).

Mas Moreira não se deu por satisfeito com a criação do Ambulatório Afranio Peixoto e voltou a exhibir planos de ampliação do Laboratório Anatomopatológico. Porém, enquanto por um lado encontrava apoio na figura do Ministro Joaquim Ferreira Chaves, por outro enfrentava certa resistência por parte de certos políticos:

O diretor deste laboratório continua a pensar, e com ele sou solidário, que se instalássemos aquele importante serviço em um pavilhão expressamente construído para tal fim, maior desenvolvimento poderíamos dar aos trabalhos ali executados [...] poderíamos cobrar uma taxa, ainda que módica, pelos exames que de fora fossem solicitados.

Atendendo ao nosso pedido, consentistes que no Orçamento do vosso Ministério fosse incluída uma verba para aquele fim. Infelizmente o Congresso à última hora repudiou a medida. Justo será que no presente ano se reproduza na proposta do orçamento a verba em questão.⁴⁷⁶

Esta retórica sobre a importância do laboratório na medicina mental esteve também articulada à produção dos conhecimentos sobre as diferentes formas de sífilis nervosa, inclusive a paralisia geral. Desde pelo menos o início do século XX, Juliano Moreira utilizou a punção lombar para tratamento e diagnóstico de paralíticos gerais na Bahia. No Rio de Janeiro, o neuropsiquiatra usava seus conhecimentos sobre anatomia e histologia da sífilis para analisar cérebros de doentes que haviam sido diagnosticados com a referida doença, expondo-os no Museu Anatomopatológico. As reações sorodiagnostics ocupavam parte importante do trabalho realizado nos laboratórios do HNA, não somente como ferramenta para identificar as diferentes formas de sífilis nervosa, entre elas a PGP, mas também de impedir que indivíduos já sífilíticos desenvolvessem as formas mentais da doença. Tal discurso também conformou as aclamações sobre o papel do laboratório do Ambulatório Afranio Peixoto, cujo foco era realizar análises laboratoriais e pesquisas relacionadas à sífilis e seus desdobramentos no sistema nervoso.

O movimento encabeçado por Juliano Moreira buscava também aproximar a neuropsiquiatria dos debates que ocuparam a intelectualidade brasileira nas primeiras décadas do século XX: “De tal arte vai a Assistência concorrendo com esse valioso contingente para a

⁴⁷⁶ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1921 e 1922 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Joaquim Ferreira Chaves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1922, pp. 63–131, p. 72. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=101&s=0&cv=0&r=0&xywh=-217%2C239%2C4138%2C2919>. Acesso em 01 ago. 2020.

boa obra de profilaxia, não só de outras doenças, mas principalmente das doenças nervosas e mentais”.⁴⁷⁷ Examinemos, assim, mais de perto a produção acadêmica que relacionava a identificação e diferenciação da paralisia geral progressiva às análises realizadas no laboratório.

3.8 A NEUROPSIQUIATRIA ENTRE A CLÍNICA E O LABORATÓRIO? O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA PARALISIA GERAL PROGRESSIVA

As amplas e diversas características da sífilis levavam a constantes discussões sobre quais seriam as melhores formas de identificá-la. Tais debates motivaram alguns sifilógrafos a basearem suas conclusões “apenas nos resultados dos exames de sangue”, os quais, é importante destacar, possuíam um espectro de leitura “que ia do ‘fortemente positivo’ ao ‘fortemente negativo’” (CARRARA, 1996: 111). As fontes aqui estudadas constituem-se como outros exemplos que evidenciam a fluidez das possibilidades de leitura da reação de Wassermann e de outras análises para as formas nervosas da sífilis.⁴⁷⁸ O discurso sobre as manifestações clínicas e laboratoriais que indicariam precisamente a presença da paralisia geral progressiva era controverso. Assim, mesmo depois do advento dos testes, bem como da identificação da bactéria sífilítica em cérebros de doentes considerados acometidos pela paralisia geral progressiva, ainda havia dificuldade em aferir o peso que deveria ser dado à clínica e ao laboratório, especialmente quando se tratava de diferenciar a PGP de outras formas de neuro-sífilis.

Em 1912, a partir dos resultados de uma pesquisa desenvolvida no Laboratório Nissl, parte da Seção Pinel do Hospital Nacional de Alienados, Ulysses Vianna publicou um estudo sobre o diagnóstico diferencial entre a sífilis cerebral e a PGP. Em pelo menos um dos casos apresentados por Vianna, a reação de Wassermann positiva excluía qualquer enfermidade que

⁴⁷⁷ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1923 e 1924 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. João Luiz Alves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1924, pp. 67–161, p. 68. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=103&s=0&cv=0&r=0&xywh=-881%2C-409%2C3488%2C2461>. Acesso em 01 ago. 2020; BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I do ano de 1924 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Affonso Penna Junior (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1926, pp. 105–167, p. 105–111. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=104&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-28%2C4048%2C2855>. Acesso em 01 ago. 2020.

⁴⁷⁸ MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psyahiatría, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, Officinas de Typ. e Encad. do Hospicio Nacional de Alienados, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp. 32–58, p. 38; SILVA, A. P. **Soro diagnostico da syphilis**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

não fosse de origem sífilítica. No entanto, para definir a forma de sífilis nervosa que afetava o paciente deveria se recorrer aos sintomas *clínicos*:

A evolução da doença em nosso paciente é mais de sífilis cerebral do que de paralisia geral.

As alucinações auditivas, a paralisia e o sinal de Babinski pertencem mais à sífilis cerebral do que à paralisia geral.

A perturbação da palavra, o delírio de grandeza tão pronunciado, são mais da paralisia geral do que da sífilis cerebral.⁴⁷⁹

Gastão Octaviano Ferreira denotava impressão similar em sua tese, quando buscou diferenciar a paralisia geral de outras doenças mentais de origem sífilítica, como a *tabes dorsalis*, por exemplo. Primeiramente, o estudante afirmava: “Os fenômenos biológicos observados no líquido cefalorraquidiano e no soro sanguíneo são elementos *decisivos* para o diagnóstico diferencial entre as afecções do sistema nervoso orgânico e funcional”.⁴⁸⁰ Mas admitia que não se sabia por quanto tempo as reações permaneciam positivas: “São encontradas em certos indivíduos até a morte, noutros, ao contrário, modificam-se com o tratamento e com o tempo ou com o tempo só”.⁴⁸¹ Ao buscar diferenciar a *tabes* da PGP, Octaviano Ferreira fornecia uma forma de se identificar as duas moléstias através de suas diferenças *clínicas*, ainda que também reconhecesse as limitações impostas pelas mesmas.

Na edição de 1921 de seu “Manual de Psiquiatria”, publicada quase uma década depois da tese de Octaviano Ferreira, Henrique Roxo explicava que

O diagnóstico diferencial é hoje mais fácil e preciso, do que antigamente. Há os recursos de laboratório que esclarecem consideravelmente o problema e permitem que muito cedo se possa afirmar a diagnose. Num caso, em que se encontrem Wassermann positivo no sangue e no líquido cefalorraquidiano, linfocitose e hiperalbuminose, pensar-se-á logo em paralisia geral e não em alcoolismo, neurastenia etc.⁴⁸²

Contudo, após mencionar o potencial de diagnóstico diferencial dos testes laboratoriais, Roxo não colocava a possibilidade de se utilizá-los para diferenciar a sífilis cerebral ou a *tabes* da PGP. Para isto serviriam, segundo o médico, apenas os sintomas *clínicos* destas

⁴⁷⁹ VIANNA, U. Contribuição ao diagnóstico da arterio-esclerose cerebral (estudo clínico e histopatológico). *Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp. 1-86, p. 25.

⁴⁸⁰ FERREIRA, G. O. *Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva*. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 61, grifos meus.

⁴⁸¹ FERREIRA, G. O. *Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva*. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913, p. 65.

⁴⁸² ROXO, H. B. B. *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, pp. 455–456.

enfermidades. Roxo se concentrou neles ao buscar explicar para seu leitor os sinais relevantes no diagnóstico de paralisia geral em distinção às outras formas de sífilis do sistema nervoso. E quem seria esse “leitor” ao qual me refiro? Como já evidente em seu título, a referida obra publicada por Roxo é um *manual*, e *destinado aos estudantes de medicina*, como o próprio autor deixa claro no prefácio desta segunda edição.⁴⁸³ Assim, nota-se que o laboratório não *substituiu* a clínica na semiologia neuropsiquiátrica – o diagnóstico diferencial a partir das análises laboratoriais era possível até certo ponto. Especialmente quando se tratava de diferenciar os tipos de neuro-sífilis entre si, os neuropsiquiatras deveriam recorrer aos sintomas clínicos então considerados característicos de cada um deles, a saber a tabes, a sífilis cerebral e a paralisia geral progressiva.

Ao lado da demência e da psicose, o diagnóstico da PGP esteve entre os mais discutidos na Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal no período de 1908 a 1930 (CERQUEIRA, 2014: 121). Lembrando ao(à) leitor(a), os casos considerados de difícil diagnóstico eram levados à agremiação. Ede Cerqueira considera que os debates que envolviam a paralisia geral e suas diferentes formas consistiam em um reflexo “das divergências a respeito da importância atribuída à observação clínica ou aos exames de laboratório para fins de diagnósticos”, entre os médicos que frequentavam as reuniões da SBNPML (CERQUEIRA, 2014: 121).

Na sessão de 4 de junho de 1914, Ulysses Vianna apresentou um caso de suspeita de paralisia geral em dois pacientes “velhos dementes. Um deles, preto puro, com diagnóstico de alcoolismo, tendo disartria⁴⁸⁴ e leve delírio de grandezas”.⁴⁸⁵ Vianna afirmou ter considerado diagnosticar ambos como paráliticos, mas como a reação de Wassermann e a linfocitose foram negativas, não o fez. Pedro Pernambuco e Juliano Moreira contra-argumentaram, afirmando a existência de casos em que o quadro clínico indicava um diagnóstico de PGP em que as reações laboratoriais eram negativas. Assim, de fato era possível que o caso tratado pelo colega fosse mesmo de paralisia geral progressiva.⁴⁸⁶

Na sessão posterior, de 25 de junho de 1914, Vianna apresentou outro caso de paralisia geral, diagnosticado por ele ao identificar que o paciente fora diagnosticado sífilítico 20 anos

⁴⁸³ ROXO, H. B. B. **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, pp. 7–9.

⁴⁸⁴ Problema de articulação da fala inerente à construção fonética.

⁴⁸⁵ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 252–253, p. 252.

⁴⁸⁶ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 252–253, p. 252.

antes. Além disso, o indivíduo apresentava problemas na fala e o resultado da reação de Wassermann fora positivo para o líquido cefalorraquidiano. Contudo, Vianna pontuou que “o estado demencial [do indivíduo] era pouco acentuado”.⁴⁸⁷ Antônio Austregésilo e Faustino Esposel diziam concordar com o diagnóstico de PGP. Apesar de considerar legítimas as dúvidas entre se estabelecer um diagnóstico de sífilis cerebral ou de paralisia geral, Esposel afirmava que tanto as provas de laboratório como os exames psiquiátricos faziam-no sustentar a conclusão de Vianna.⁴⁸⁸ Depois de muitas discussões, Juliano Moreira pediu que se lessem por fim as observações *clínicas* colhidas no Pavilhão de Observação (à época, já rebatizado de Instituto de Neuropatologia) e concluiu que as mesmas evidenciavam um caso de paralisia geral. Antes do término da mesma sessão, Pedro Pernambuco apresentou ainda outra suspeita de PGP a ser discutido, mas cuja conclusão à qual os médicos chegaram pareceu dispensar evidências clínicas, priorizando as laboratoriais: “Os sinais clínicos são de demência paranoide, entretanto, todas as reações de Nonne foram positivas”.⁴⁸⁹

Acredito que as passagens apresentadas não se refiram propriamente a *discussões* nas quais os médicos contrapunham suas opiniões díspares acerca de qual seria a melhor forma de se identificar a paralisia geral progressiva, se através de sintomas clínicos *ou* laboratoriais. Enxergo nas atas das reuniões da sociedade discursos que se *alternam* – Ulysses Vianna, por exemplo parecia dar primeiro mais peso às evidências laboratoriais quando, por conta delas, tendia a excluir o diagnóstico de PGP. Todavia, no segundo caso apresentado, ele ficou reticente em identificar um doente como paralítico, considerando que um dos sintomas clínicos apresentados por ele, o delírio de grandeza não era suficientemente pronunciado, como de costume se verificava nos casos da referida doença. Algo similar acontecia com relação ao discurso de Pedro Pernambuco. Mas antes de aprofundar o posicionamento dos outros neuropsiquiatras em relação aos resultados negativos das análises laboratoriais e o reconhecimento de um quadro de PGP, acho interessante pontuar que, nos documentos supracitados, bem como naqueles referentes a outras reuniões, a opinião dos médicos quanto à

⁴⁸⁷ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 250–252, pp. 250–251.

⁴⁸⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 250–252, pp. 250–251.

⁴⁸⁹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 250–252, p. 252.

utilidade ou não das técnicas laboratoriais para fechar um diagnóstico favorecia, em geral, a hipótese do doente ser acometido de paralisia geral.⁴⁹⁰

Segundo Allú Marques Vianna, era justamente diante da dificuldade do diagnóstico diferencial que “Nonne salienta[va] o valor das quatro reações: Wassermann no soro sanguíneo, no líquido cefalorraquidiano, linfocitose e hiper albuminose no líquido.”⁴⁹¹ O médico, cujo pensamento também foi influenciado pelo diretor do Laboratório Anatomopatológico do HNA, Mario Pinheiro, afirmava que a constatação da presença de um número anômalo de células de defesa (linfocitose) era, de fato, muito importante na identificação da paralisia geral. Todavia, mesmo em pacientes nos quais tal análise se encontrasse ausente, de modo nenhum deveria se excluir o referido diagnóstico: “Não resta dúvida que é de real importância o cito-diagnóstico, porém não se pode desprezar o diagnóstico de demência paralítica verificando-se a sua ausência”.⁴⁹² Deste modo, Marques Vianna defendia que o diagnóstico da paralisia geral seria melhor reafirmado se a linfocitose fosse constatada junto a outros sintomas, como a reação da fase I de Nonne.⁴⁹³

Nossas observações nesse sentido são meticolosas e chegamos à conclusão de que há na maioria das vezes uma correlação entre o aumento da albumina e a hiper linfocitose.

Embora os que estudam a questão, sejam unânimes em afirmar a existência de hiper linfocitose como um sintoma precoce, afirmamos, apoiados em

⁴⁹⁰ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 250–252; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 252–253; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 253–259; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Maio, 1917, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 13, 1917, pp. 129–137; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Abril, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuiriatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 2º trimestre, 1919, pp. 190–193; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Maio, 1925, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuiriatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, s/nº, 1925, pp. 122–127.

⁴⁹¹ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 11.

⁴⁹² VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 38.

⁴⁹³ Lembro ao(à) leitor(a) que a positividade da reação de fase I de Nonne ou albuminose consistia no aumento de uma proteína chamada albumina no líquido cefalorraquidiano, considerada, à época, indício da presença de certas formas de neuro-sífilis, como a paralisia geral progressiva.

inúmeras observações e já escudados em opiniões autorizadas, que mais precoce ainda é a hiper albuminose.⁴⁹⁴

Assim, apesar de afirmarem que as quatro reações propostas por Max Nonne auxiliavam em muito o diagnóstico diferencial da PGP, Marques Vianna e outros médicos que escreveram durante a segunda década do novecentos reconheciam as limitações do método do cito-diagnóstico, preconizado por Widal, Sicard e Ravaut. Segundo eles, a presença da linfocitose era um sinal de inflamação das meninges, sintoma típico das variedades de sífilis nervosa. Assim, não era possível distinguir as diferentes doenças entre si a partir do referido sinal.⁴⁹⁵ Além disso, havia ainda controvérsias sobre o momento no qual era possível detectar o aumento anômalo do número de linfócitos no líquido cefalorraquidiano de doentes suspeitos de sífilis nervosa. Por fim, a ausência deste sinal em nada contribuía para se excluir um quadro de PGP, segundo Marques Vianna. Novamente, é interessante perceber que o diagnóstico diferencial a partir das análises laboratoriais era possível até certo ponto, e que a partir daí, neuropsiquiatras voltavam a recorrer aos sintomas *clínicos* das formas de sífilis do sistema nervoso a serem diferenciadas.

Sobre as reações sorodiagnósticas, Marques Vianna explicava os eventuais resultados negativos em doentes que exibiam as manifestações clínicas da paralisia geral não pelas potenciais limitações inerentes ao método, mas pela hipótese de que o próprio processo patológico desencadeado pelo microrganismo sífilítico impedia que os resultados dos testes fossem positivos:

Verdade é que há casos em que as reações são negativas, o que absolutamente não exclui a possibilidade da infecção luética, pois indivíduos cujas reações não denunciam a infecção sífilítica, apresentam-nas positivas dias depois, particularmente no líquido cefalorraquidiano, havendo neste caso ou um fenômeno de ordem biológica, ainda não determinado, impedindo a positividade da reação, ou uma impermeabilidade meníngea obstando a passagem de elementos que justifiquem pela reação o diagnóstico da paralisia geral.⁴⁹⁶

⁴⁹⁴ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, pp. 38–39.

⁴⁹⁵ ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralytia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911, p. 39; MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo)**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912, pp. 85–86; VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, pp. 40–44.

⁴⁹⁶ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 119.

Assim, para Marques Vianna seria uma questão de tempo até que a reação de Wassermann acusasse positiva em pacientes com diagnóstico *clínico* claro de paralisia geral e, mesmo nos casos em que o teste em questão era, inicialmente, negativo, a reação de fase I (que quantificava um tipo especial de proteína) seria sempre positiva.⁴⁹⁷

Noto que a forte crença dos homens de ciência na especificidade da reação de Wassermann apontada por Löwy (1993) também ocorria entre os que atuaram no Rio de Janeiro, todavia mais matizada. Segundo a autora, diversos cientistas enxergavam os resultados negativos dos testes não como evidência da ausência de uma infecção sífilítica, mas como um resultado duvidoso, derivado da baixa sensibilidade atribuída à reação. Por sua vez, médicos como Marques Vianna responsabilizavam a natureza ainda pouco conhecida dos processos patológicos provocados pela invasão do *Treponema pallidum* no tecido cerebral pelos resultados negativos, e não as limitações da reação de Wassermann em si.

Deste a década de 1910 foram desenvolvidos protocolos que tentavam contornar a baixa sensibilidade do teste de Wassermann, como aquele preconizado por Hideyo Noguchi. Contudo, tais tentativas esbarravam sempre na perda da especificidade do teste, acabando por gerar falsos positivos. Segundo Fleck, “Nos primeiros trabalhos [sobre a reação de Wassermann], havia apenas de 15 a 20% de resultados positivos em casos certos de sífilis” (FLECK, 2010: 119). Depois de certo tempo, tais números aumentaram para 70 a 90%. O autor atribui “essa virada” à “verdadeira invenção da reação de Wassermann enquanto reação utilizável” (FLECK, 2010: 119). De acordo com Fleck, tal “virada” esteve predominantemente relacionada ao aumento da quantidade de material biológico (LCR ou sangue) na reação: “Wassermann e colegas utilizavam originalmente 0,1 cm³ do soro dos pacientes, [Julius] Citron recomendava 0,2. [...] É justamente esse ajuste dos reagentes e a aprendizagem na leitura dos resultados que fundamentaram a utilidade da reação de Wassermann” (FLECK, 2010: 119).

Mas antes de falar sobre o desenvolvimento e aplicação de protocolos que utilizavam maior quantidade de amostra nos testes para sífilis no Rio de Janeiro, gostaria de discutir uma crítica às conclusões as quais chega Fleck, já apontada por Ilana Löwy (1993). Segundo a autora, Fleck acreditava que a pouca compreensão acerca dos princípios teóricos que regiam a reação de Wassermann teria culminado no “desenvolvimento de testes baseados apenas em considerações técnicas complexas e, conseqüentemente, no confinamento dos testes de sífilis a um círculo estreito e esotérico de especialistas: os sorologistas” (LÖWY, 1993: 75). Deste modo, a comunidade de sorologistas teria edificado densas relações apenas entre os cientistas

⁴⁹⁷ VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915, p. 119.

que compunham tal grupo, “isolando-se de outras disciplinas científicas e dos círculos exotéricos de biólogos, clínicos gerais e público leigo” (LÖWY, 1993: 75). No Rio de Janeiro, percebo um movimento exatamente no sentido contrário daquele apontado por Fleck. De modo algum há um “isolamento” por parte daqueles que entendiam das complexidades envolvidas nos diferentes protocolos propostos para a reação de Wassermann, e tampouco seus interesses de pesquisa estariam confinados à sorologia. Em outras palavras, documentarei a seguir o envolvimento, nestes debates, de médicos que de fato detinham grande interesse pela microbiologia e pela sorologia, mas também daqueles que foram considerados grandes especialistas em neuropsiquiatria.

Em parceria com Artur Moses, que dez anos antes havia desenvolvido um estudo envolvendo o Instituto de Manguinhos e o HNA, o neuropsiquiatra Ulysses Vianna escreveu um artigo sobre os melhores protocolos a serem aplicados na reação de Wassermann. Assim como Juliano Moreira, Vianna fora um grande conhecedor e divulgador das pesquisas dos alemães em terras brasileiras, entre as quais encontravam-se muitos dos estudos desenvolvidos por Kraepelin e seus colaboradores em Munique (MUÑOZ, 2015: 107). Aliás, junto a Moses, Vianna mostrou-se um atencioso anfitrião durante a visita de uma grande autoridade no tema das reações sorodiagnósticas para as formas nervosas da sífilis – o também alemão Max Nonne, que aportou no Brasil em 1922. A parada no Rio de Janeiro, recebida com entusiasmo por médicos do HNA e da FMRJ, foi parte de uma ampla “missão científica pela América do Sul” empreendida por Nonne (MUÑOZ, 2015: 180-181). Nonne proferiu palestras e teve seu trabalho muitíssimo comentado, especialmente porque sua chegada à Capital Federal coincidiu com a realização do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal (MUÑOZ, 2015: 183).

3.9 “QUE SEROLOGISTAS E SIFILÓGRAFOS SE CONGREGUEM” – AS DISCUSSÕES SOBRE OS PROTOCOLOS PARA A REAÇÃO DE WASSERMANN

Em 1919, os *Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria* publicaram artigo de Ulysses Vianna e Arthur Moses intitulado “Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano”. A pesquisa realizada por um neuropsiquiatra e um microbiologista mobilizou longas discussões nas reuniões da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, que se seguiram à sua publicação. Vianna trabalhava no Hospital Nacional de Alienados desde 1905 e era professor da Faculdade

de Medicina do Rio de Janeiro desde 1911. Moses trabalhou no Instituto de Manguinhos entre 1908 e 1917, e naquele momento ocupava o cargo de biólogo no Ministério da Agricultura. Ambos estavam interessados nos estudos sorológicos aplicados ao diagnóstico das diferentes formas de neuro-sífilis. O trabalho em questão, além de evidenciar as conexões entre a medicina mental e o estudo dos “infinitamente pequenos”, mostra uma relação com o campo da dermatosifilografia, uma vez que fora apresentado no 1º Congresso Sul-Americano da última especialidade.

O objetivo do artigo de Vianna e Moses consistia em propor um protocolo padronizado para a reação de Wassermann, segundo o qual o teste deveria utilizar maiores quantidades de líquido cefalorraquidiano. O objetivo do estudo era contribuir para a diminuição do número de sub diagnósticos derivados, sobretudo, de resultados falsos negativos. Em outras palavras, a análise de maiores quantidades do LCR poderia evitar tais resultados inconsistentes e, assim, permitir que se tratasse pacientes sífilíticos antes que o *Treponema pallidum* invadisse seu sistema nervoso central, diminuindo drasticamente as esperanças de melhora e/ou cura do indivíduo:

Não raro, são os pacientes sífilíticos tratados por profissionais, *não especialistas* que se contentam com a cicatrização das lesões locais e a verificação de uma reação negativa no sangue, e a infecção continua a marcha invasora até que sintomas objetivos de lesões degenerativas abrem tardiamente os olhos ao clínico e qualquer ensaio de tratamento se torna inútil ou, pelo menos, de êxito pouco favorável.⁴⁹⁸

Lembro ao(à) leitor(a) que naquele momento Juliano Moreira também chamava atenção para a importância do especialista na identificação de casos de sífilis que poderiam se agravar, evoluindo para suas manifestações mentais. Também advertia para a importância da profilaxia, que além de passar pela prevenção da infecção inicial, abarcava também as tentativas de evitar o agravamento de quadros iniciais rumo ao comprometimento do sistema nervoso.

Os autores também apontavam que o teste deveria ser realizado por médicos treinados e altamente qualificados nas técnicas sorológicas, e não de forma indiscriminada, por pessoas inexperientes. Segundo a dupla, muitos pacientes eram prejudicados quando os resultados obtidos não correspondiam à sua condição real, uma vez que grande parte não recebia o tratamento adequado, enquanto outros eram submetidos sem necessidade a terapias muito

⁴⁹⁸ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 3.

invasivas. Em vista disso, Vianna e Moses alegavam que a reação de Wassermann deveria ser realizada de acordo com os princípios clássicos, que métodos simplistas e ultrasensíveis deveriam ser abandonados e que os laboratórios que mantinham objetivos meramente comerciais não deveriam ser autorizados a conduzi-la.⁴⁹⁹ Na opinião de Vianna e Moses, restaurar o tecido nervoso já degenerado era muito difícil, mas tratar uma meningite a fim de evitar a degeneração do sistema nervoso central era algo possível e altamente recomendável. A dupla frisava novamente que tal tratamento deveria ser realizado por um especialista. Agindo de acordo com os princípios que apresentavam, o *expert* propiciaria possibilidades de remissão de casos incipientes de sífilis nervosa; ajudaria a melhorar o estado dos pacientes de *tabes* e a manter remissões mais longas naqueles acometidos pela paralisia geral.⁵⁰⁰

Ao discutir a quantidade de líquido cefalorraquidiano utilizada no teste, Vianna e Moses diziam-se adeptos do método desenvolvido pelos alemães Alfred Hauptmann (1881-1948)⁵⁰¹ e Hoessli (?-?), que postulava o uso de volumes crescentes de LCR (até 1cm³), a fim de reduzir o número de resultados falso-negativos na reação de Wassermann. Segundo os cientistas que trabalhavam no serviço clínico dirigida por Max Nonne no Hospital Eppendorf, em Hamburgo, o emprego de volumes crescentes de LCR permitiria ao médico identificar imediatamente os casos em que o sistema nervoso central fosse atingido precocemente pelo agente da sífilis e, conseqüentemente, tratá-los de maneira mais bem-sucedida.⁵⁰²

Na tentativa de produzir mais evidências que corroborassem o protocolo proposto por Hauptmann e Hoessli, Vianna e Moses trabalharam com 123 casos⁵⁰³ de doentes acometidos por sífilis cerebral, paralisia geral, *tabes dorsalis* e outras doenças, todos(as) observados(as) no Hospital Nacional de Alienados. Em cada paciente, a dupla realizou a reação de Wassermann utilizando tanto a quantidade de líquido cefalorraquidiano originalmente proposta por Wassermann e seus colaboradores, quanto com quantidades crescentes do material biológico

⁴⁹⁹ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 4.

⁵⁰⁰ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 5.

⁵⁰¹ Alfred Hauptmann trabalhou com Max Nonne, em Hamburgo, e foi Catedrático de Psiquiatria da Universidade de Halle. De origem judia, ficou temporariamente preso no campo de concentração de Dachau e emigrou para os Estados Unidos (KUMBIER; HAACK, 2002).

⁵⁰² VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 5.

¹⁶⁸ Os autores falam em um total de 123 casos analisados, contudo, a soma das observações que constam no artigo iguala-se a 122 casos.

(até 1 cm³), como no protocolo desenvolvido por Hauptmann e Hoessli. Os resultados obtidos pelos autores encontram-se na tabela a seguir:

Fonte: VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49.

* Grupo “constituído por uma série de observações em que o diagnóstico de sífilis cerebral oscilou com outras doenças, [como,] demência paráltica, esclerose em placas, alcoolismo, arteriosclerose cerebral, demência precoce etc.⁵⁰⁴

** Casos atribuídos a doenças mentais que não eram causadas pela sífilis, como: demência precoce, loucura maníaco-depressiva, alcoolismo, epilepsia, tumor da hipófise e meningite pneumocócica.

| Diagnóstico clínico | Número de observações | Número de resultados positivos com o método de Hauptmann-Hoessli | Número de resultados positivos com o método de Wassermann |
|-----------------------|-----------------------|--|---|
| Sífilis cerebral | 53 | 96.2% (51 de 53) | 7.84% (4 de 51) |
| <i>Tabes dorsalis</i> | 12 | 100% (12 de 12) | 25% (3 de 12) |
| Paralisia geral | 32 | 100% (32 de 32) | 93,7% (30 de 32) |
| Casos duvidosos* | 12 | | |

⁵⁰⁴ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 44.

| | |
|------------------|-----|
| Outras doenças** | 13 |
| Total | 122 |

Explicando os resultados obtidos com relação à sífilis cerebral, Vianna e Moses afirmavam que

Os dois casos negativos merecem algumas considerações.
 O primeiro é de um homem que entrou no Hospital Nacional de Alienados com dores de cabeça e se queixando de ataques convulsivos.
 A reação de Wassermann no sangue, a fase I [de Nonne] e o exame citológico forneceram um resultado francamente positivo. A reação de Wassermann no líquido com 1cc [(método de Hauptmann-Hoessli)] foi negativa.
 O segundo, é de uma doente do serviço clínico do Professor Austregésilo, em que a *anamnese* é evidentemente de uma sífilítica.
 O exame revelou uma hemiplegia orgânica [...]
 Temos assim duas exceções ao método de Hauptmann e Hoessli.⁵⁰⁵

Percebe-se na fala dos médicos que os dois casos nos quais o resultado produzido pelo protocolo desenvolvido por Hauptmann e Hoessli foi negativo não abalou as bases do diagnóstico de sífilis cerebral – ambos foram tratados como *exceções* ao correto funcionamento do método. No segundo caso, inclusive, o diagnóstico clínico inicial parece ter predominado sobre o laboratorial. Chamo atenção também para o fato de que a dupla empregou o método original apenas em amostras em que obtiveram resultados positivos com a aplicação do protocolo de Hauptmann-Hoessli. No limite, tal abordagem metodológica impedia que os resultados negativos provenientes do método de Hauptmann-Hoessli viessem a ser positivados quando aplicada a metodologia original, colocando em questionamento a maior eficiência do novo método, a qual buscavam provar Vianna e Moses. Nos casos de *tabes dorsalis* e de paralisia geral, os autores não correram esse risco, pois todos os resultados obtidos a partir do novo método foram positivos.

Em relação aos “casos duvidosos”, o protocolo de Hauptmann-Hoessli teria solucionado “quase todas as dúvidas”, segundo Vianna e Moses. Contudo, a dupla forneceu os resultados provenientes do uso do método original apenas em dois casos, nos quais havia dúvida entre o diagnóstico de paralisia geral progressiva e o de sífilis cerebral. Em ambos, a reação de Wassermann foi negativa com o método de Wassermann, e positiva com o protocolo de Hauptmann-Hoessli. Justamente o exemplo escolhido pelos médicos evidenciava uma falha

⁵⁰⁵ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, p. 23, grifos meus.

considerável do método original – resultados negativos em quadros patológicos reconhecidamente ocasionados pela sífilis. O mesmo ocorreu para os casos de pacientes com “outras doenças” que não possuíam relação com a sífilis. Nesses, todas as reações conduzidas com a nova metodologia teriam sido negativas, mas Vianna e Moses não falam sobre os resultados obtidos com o protocolo original.⁵⁰⁶

Como conclusões gerais, Vianna e Moses postulavam que o método de Hauptmann e Hoessli era:

O mais *sensível* dos métodos biológicos inculcados para diagnóstico de afecção luética do sistema nervoso central. A técnica do emprego de elevadas quantidades de líquido permite distinguir a sífilis cerebral da esclerose em placas, tumor cerebral, abscesso cerebral etc., assim também autoriza em psiquiatria, distinguir a forma esquizofrênica da sífilis cerebral, da demência precoce e alucinose de Wernicke.⁵⁰⁷

Na reunião da Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal que se seguiu à publicação, Henrique Roxo fez uma alusão a mesma, afirmando que dois casos de paralisia geral com os quais teve contato na Casa de Saúde São Sebastião haviam recebido anteriormente, em outras instituições, um diagnóstico de sífilis cerebral. Roxo atribuiu o “erro” à pequena quantidade de LCR empregada na reação de Wassermann, em um caso, e a ausência de sintomas clínicos proeminentes da PGP, no outro. Segundo ele, depois que o teste foi feito com base no método de Hauptmann-Hoessli, ambos os pacientes obtiveram resultados positivos. Roxo passou a identificá-los, então, como “casos de sífilis cerebral que evoluíram para a paralisia geral”.⁵⁰⁸ Assim, o protocolo defendido por Vianna e Moses era capaz de desvelar casos de PGP indetectáveis a partir do método original de Wassermann. Além disso, pela fala de Roxo, me parece que um resultado positivo derivado do protocolo de Wassermann não era suficiente para se enquadrar um paciente como paralítico, quando esse não apresentava os sintomas clínicos da doença. Já a metodologia proposta por Vianna e Moses era altamente sensível, o que a autorizava a identificar casos de PGP mesmo na ausência de seus sintomas clínicos.

⁵⁰⁶ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, pp. 44-49.

⁵⁰⁷ VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano I, 1º trimestre, 1919, pp. 3-49, pp. 48-49, grifos meus.

⁵⁰⁸ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Fevereiro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 1º trimestre, 1919, pp. 125-130, p. 127.

Discussões envolvendo o método em questão continuaram nas sessões seguintes. Em 14 de junho de 1919, Gilberto de Moura Costa falava sobre o caso de um paciente que apresentava as quatro reações de Nonne positivas, mas que não manifestava perturbações mentais. Depois de passar por um tratamento antissifilítico, as reações se tornaram negativas. Mencionando seu trabalho com Arthur Moses, Ulysses Vianna chamava atenção para o fato de que a positividade ou não da reação de Wassermann dependeria em muito da quantidade de líquido cefalorraquidiano utilizado no teste. Desse modo, propunha que o LCR do referido paciente e de outros em condições similares fossem examinados antes, durante e depois do tratamento antissifilítico, aferindo-se sempre a quantidade de material necessário para positivar a reação. Assim, segundo Vianna, seria possível acompanhar uma eventual e gradativa redução nesta quantidade como efeito da eficácia do tratamento. Moura Costa acabou por concordar com Vianna, concluindo que o método de Hauptmann-Hoessli também possuía, de alguma forma, um valor prognóstico.⁵⁰⁹

Na sessão de 17 de novembro do mesmo ano, emergiram novas discussões sobre o assunto, a partir de quatro casos apresentados por Ernani Lopes. Nas observações de Lopes, a linfocitose e a fase I da reação de Nonne foram positivas, mas a reação de Wassermann acusava-se negativa tanto no sangue quanto no LCR, pelo método original. Lopes afirmou que pediria a Mario Pinheiro, do Laboratório Anatomopatológico do HNA, para repetir os testes com o método de Hauptmann-Hoessli, estudado pelos Drs. Vianna e Moses. Lopes explicou os sintomas clínicos apresentados pelos quatro pacientes, um dos quais, inclusive, já havia falecido. Gilberto de Moura Costa pediu a palavra e afirmou que os diagnósticos de sífilis nervosa podiam ser excluídos. Por um lado, o sifilógrafo defendia que casos da doença venérea com reação de Wassermann negativa no LCR eram muitíssimo raros e que “a fase I da reação de Nonne e a linfocitose” podiam ser positivas em outras doenças como a tuberculose e em certas intoxicações. Por outro lado, Moura Costa também chamava atenção para o fato de que a “quantidade com que se faz o Wassermann é de importância, pois é sabido que o método de reforço tem grande valor diagnóstico e prognóstico”.⁵¹⁰

Depois da fala de Vianna, Ernani Lopes pediu a opinião de Artur Moses sobre os casos narrados pelo primeiro. Moses discordou de seu colaborador, Ulysses Vianna, dizendo que era

⁵⁰⁹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 3º trimestre, 1919, pp. 292–297, p. 297.

⁵¹⁰ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 4º trimestre, 1919, pp. 446–456, p. 453.

importante não generalizar: ele mesmo já havia observado casos em que a reação de Wassermann fora positiva com pequenas quantidades de LCR e negativa com maiores. Assim, admitia que seria “imprescindível empregar o método de reforço, usando até 1cc”. Contudo, não lhe parecia “ser de 8% o número de casos positivos pelo método clássico e de 95% pelo de Hauptmann e Hoessli, como o quer[ia] o Dr. Ulysses Vianna”.⁵¹¹

Ulysses Vianna por fim pediu ao dirigente da reunião, Juliano Moreira que a Sociedade nomeasse uma comissão para estudar as formas de sífilis nervosa, proposta surgida da Sociedade de Neurologia de Paris “de convidar outras Sociedades congêneres a se manifestar sobre o assunto”.⁵¹² Juliano Moreira nomeou Antonio Austregésilo, Eduardo Rabello, o próprio Ulysses Vianna, Ernani Lopes, Artur Moses e Gilberto de Moura Costa para a comissão, que também incluiu Moreira, por sugestão de Waldemar Almeida.

Em artigo publicado em 1922 e apresentado no Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, Odilon Gallotti e Raul Chagas Doria discutiram as contribuições das quatro reações biológicas para o diagnóstico de casos de neuro-sífilis. Segundo eles, aquele era “Um dos problemas que mais tem preocupado os neurologistas e psiquiatras, nestes últimos anos”.⁵¹³ Gallotti e Doria afirmavam que diversas reações teriam sido propostas com este fim, mas apenas quatro eram utilizadas de modo mais frequente: a reação de Wassermann no sangue; a reação da fase I de Nonne; o exame citológico e a reação de Wassermann no líquido cefalorraquidiano. O neurologista Max Nonne, presente durante a apresentação de Gallotti e Doria, foi quem reuniu as quatro reações citadas sob a denominação de “quatro reações” (*Vier Reaktionen*). Para ele, tal conjunto constituía as quatro “provas” necessárias para se caracterizar *laboratorialmente* casos de sífilis do sistema nervoso.

Para Gallotti e Doria, a positividade da reação de Wassermann no sangue indicaria, salvo “raríssimas exceções”, *apenas* que o indivíduo contraía uma infecção sífilítica, e, assim sendo, sua afecção mental poderia não ser ocasionada pela infecção venérea.⁵¹⁴ Ao comentar os muitos falsos negativos do LCR na reação de Wassermann, a dupla discutiu a influência da

⁵¹¹ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 4º trimestre, 1919, pp. 446–456, p. 455.

⁵¹² SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 4º trimestre, 1919, pp. 446–456, p. 456.

⁵¹³ GALLOTTI, O.; DORIA, R. C. Contribuição ao estudo do valor semiológico das quatro reações de Nonne. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, v. 2, 1922, pp. 139–153, p. 139.

⁵¹⁴ GALLOTTI, O.; DORIA, R. C. Contribuição ao estudo do valor semiológico das quatro reações de Nonne. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, v. 2, 1922, pp. 139–153, p. 140.

quantidade de material utilizado no teste, frisando a relevância do método desenvolvido por Hauptmann e Hoessli, na década de 1910. O protocolo, que acabou ficando conhecido como “método do maior aproveitamento” (*Auswertungsmethode*), teria fornecido “resultados muito animadores” nos estudos conduzidos por Gallotti e Doria.⁵¹⁵ Os autores concluíam a publicação afirmando que as análises do LCR deveriam ser conduzidas “sempre” a partir do protocolo em questão.

A presença de Max Nonne na leitura da comunicação desencadeou uma discussão fervorosa, sobretudo entre o próprio Nonne, Ulysses Vianna e Gilberto Moura Costa. O debate envolveu diferentes aspectos da padronização dos protocolos sorológicos no diagnóstico das diferentes formas de sífilis do sistema nervoso, incluindo a paralisia geral progressiva. Assim, no final do evento, os médicos propuseram uma moção para a uniformização da utilização das quatro reações biológicas no diagnóstico da neuro-sífilis, afirmando que seria mais útil e mais sábio empregar técnicas com os mesmos parâmetros, especialmente ao realizar-se a reação de Wassermann no sangue e no LCR, pois isso evitaria divergências nos resultados obtidos. Assim, o Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal aprovou “sem restrições” o voto assinado por Artur Moses de que sorologistas e sífilógrafos se associassem para estabelecer as regras a serem adotadas na condução dos testes, e que tal padronização deveria ser baseada nas pesquisas de Artur Moses apresentadas no evento:

Sendo evidente que maior seria o concurso prestado ao diagnóstico das afecções nervosas e mentais pelas reações biológicas e, em particular, pela reação de Wassermann praticada no sangue e líquido raquiano, se uniforme fosse a técnica empregada, o Segundo Congresso Brasileiros de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal faz esperar que *serologistas e sífilógrafos se congreguem* para estabelecer as regras a adotar, tomando por base o trabalho sobre o assunto apresentado ao Congresso.⁵¹⁶

Busquei resumir até aqui as principais discussões que envolviam o emprego das técnicas laboratoriais na construção do conhecimento sobre as diferentes formas de sífilis do sistema nervoso, entre elas a paralisia geral progressiva. Tais debates mobilizaram importantes médicos que atuaram no Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XX, e nos permitem fazer algumas reflexões. A primeira relaciona-se à evidente parceria entre a neuropsiquiatria e outras

⁵¹⁵ GALLOTTI, O.; DORIA, R. C. Contribuição ao estudo do valor semiológico das quatro reações de Nonne. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, v. 2, 1922, pp. 139–153, p. 145.

⁵¹⁶ SESSÃO DE ENCERRAMENTO do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada dia 26 de agosto de 1922, Rio de Janeiro. **Archivos de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, v. 2, 1922, pp. 274–278, p. 275, grifos meus.

especialidades médicas, como a microbiologia e a sifilografia. Tal colaboração evidencia o ganho de prestígio pela neuropsiquiatria nas teorizações e tomadas de decisão sobre as melhores formas de se evitar a degeneração da população brasileira através das formas nervosas da sífilis.

As discussões trazidas pela pesquisa realizada por Vianna e Moses mostram que neuropsiquiatras também possuíam autoridade nos debates sobre as melhores formas de se aplicar certas técnicas laboratoriais. Seu maior intuito era prevenir que os casos de sífilis do sistema nervoso passassem despercebidos, alastrando-se sem controle e comprometendo a construção de uma nação brasileira saudável e produtiva. Vianna e Moses propunham que o teste de Wassermann no LCR, além de ferramenta diagnóstica, fosse utilizado como instrumento profilático. A dupla argumentava que a análise deveria ser realizada a partir do “método do maior aproveitamento” em casos nos quais os resultados da reação no sangue tivessem sido negativos. Essa seria uma forma de se impedir que pacientes com infecções sifilíticas em seu estágio inicial (daí o resultado negativo no sangue) pudessem se tornar neuro-sifilíticos. Nos primeiros estágios da doença venérea havia esperanças de que o tratamento surtisse alguma efeito benéfico, impedindo que a bactéria invadisse o sistema nervoso central.

Segundo Löwy, até 1940 a reação de Wassermann foi reconhecida como teste de alta especificidade e sensibilidade limitada, ou seja, era capaz de gerar um número considerável de falsos negativos. Ao longo da primeira metade do século XX, houve uma mobilização intensa por parte dos cientistas no sentido de aumentar essa sensibilidade, buscando a melhor relação de balanceamento entre estes parâmetros (FLECK, 2010: 119; LÖWY, 1993). Como narra Fleck:

Em alguns casos, obteve-se um número excessivo de resultados positivos (mesmo em pacientes sem sífilis!); em outros casos, um número excessivo de resultados negativos (mesmo em pacientes com sífilis). Entre a maior falta de especificidade e a maior sensibilidade precisava-se sondar a melhor posição intermediária (FLECK, 2010: 119).

Uma das formas que se encontrou para isso foi justamente o aumento da quantidade na reação de líquido cefalorraquidiano ou de sangue, o que melhoraria seu grau de sensibilidade. Contudo, como lembra Löwy: “em condições reais, os testes possuem geralmente ou uma especificidade ou uma sensibilidade mais altas” (LÖWY, 1993: 78). Assim, quando se aumenta a sensibilidade, sua especificidade fica comprometida, gerando muitos falsos positivos. No Rio de Janeiro, parece-me que a maior preocupação dos médicos residia em evitar falsos negativos, daí a opção por um protocolo que elevava a sensibilidade e diminuía a especificidade. Os falsos positivos, eventualmente gerados a partir da utilização do protocolo do “método do maior

aproveitamento”, não pareciam atormentar neuropsiquiatras, sifilógrafos e sorologistas. Esses não deixavam de legitimar todo aparato laboratorial montado por Juliano Moreira e seu grupo nas dependências do Hospital Nacional de Alienados, com o auxílio do poder público e do capital filantrópico – imagem e semelhança de uma nação que pretendia, sobre os ladrilhos da ciência, caminhar rumo à civilização.

3.10 “PARALISIA GERAL = CIVILIZAÇÃO + SIFILIZAÇÃO”

Se alguém tentasse resumir a etiologia da paralisia [geral progressiva] em duas palavras, essas deveriam ser: sifilização e civilização (KRAFFT-EBING, 1900: 15 *apud* OOSTERHUIS, 2000: 110).

Em princípios do século XX, as reações diagnósticas laboratoriais passaram a ser incorporadas na prática neuropsiquiátrica em diferentes lugares do mundo (DAVIS, 2008; FLECK, 2010; HURN, 1998; MUÑOZ, 2015). Tal incorporação refletiu-se no enquadramento da PGP, contribuindo para o fortalecimento do seu laço etiológico com a doença venérea e para o estabelecimento de um diagnóstico diferencial com outras enfermidades mentais de fundo não sifilítico. No entanto, as aplicações de tais métodos foram rodeadas por controvérsias – fenômeno muito presente no processo de produção do conhecimento científico. Em meio a protocolos extremamente minuciosos e de cumprimento delicado, neuropsiquiatras que atuavam no Rio de Janeiro passaram a colaborar com sorologistas e sifilógrafos, apropriando-se desses protocolos a partir de escolhas teórico-metodológicas que ratificavam seus discursos sobre o perigo da sífilis para o desenvolvimento da nação brasileira. Além de ter abrigado investigações próprias em seus laboratórios, o Hospital Nacional de Alienados foi também fonte de material biológico para pesquisas conduzidas em outras instituições da Capital Federal (BECERRA REBOLLEDO, 2015: 108), entre elas o Instituto de Manguinhos. A dinâmica das trocas de amostras e as conclusões que emergiram delas permitiram que intelectuais com formações diversas amalgamassem seus conhecimentos e experiências de modo conjunto e complementar, o que foi fundamental para a produção de conhecimentos sobre a paralisia geral progressiva.

O desenvolvimento da punção lombar, dos estudos citológicos e das reações diagnósticas, decorrentes da apropriação do primeiro método, foram produtos de contribuições dadas por diferentes cientistas, atuantes em diversos países, e que impulsionaram a disseminação das técnicas ao redor do planeta. Do lado de cá do Atlântico, a punção lombar e

as técnicas citológicas foram apropriadas por médicos que tiveram grande projeção no campo neuropsiquiátrico, como Juliano Moreira, Ulysses Vianna e Leitão da Cunha. Tal apropriação se deu a partir de trabalhos de alemães, franceses e belgas. Isso fica claro nas palavras de Ulysses Vianna, cuja atuação foi muito significativa na produção do conhecimento sobre a PGP, como já apontado:

O exame citológico do líquido cefalorraquidiano praticado por Widal, Sicard e Ravaut inaugurou uma época notável de fecundos progressos e inestimáveis consequências no desenvolvimento das doenças nervosas e mentais.

Muitos doentes que tinham o diagnóstico de psicoses funcionais foram melhor observados e o exame do líquido cefalorraquidiano em vários casos demonstrou que se tratava de uma doença orgânica específica. O domínio das doenças sífilíticas estendeu-se consideravelmente, devido sobretudo ao cito-diagnóstico.

A reação do desvio do complemento empregada por Wassermann, Neisser e Bruck solidificou o edifício da sífilis mental.⁵¹⁷

A influência da medicina germânica na organização do modelo laboratorial neuropsiquiátrico que foi instalado no Brasil é bem marcante, como apontei com detalhes. Porém, quero frisar o argumento que venho defendendo desde o primeiro capítulo desta tese, de que a apropriação das tecnologias desenvolvidas no intuito de se objetivar o conhecimento neuropsiquiátrico continuaram a sofrer forte influência de estudos franceses no século XX.

Ainda que não se revelassem através de seus sintomas clínicos típicos, as formas nervosas da sífilis, especialmente a paralisia geral progressiva, poderiam ser desnudadas e/ou prevenidas com auxílio “da boa vontade” de médicos, de filantropos e do governo federal. Os primeiros auxiliariam a diminuir a cifra de alienados da Capital Federal por meio de sua *expertise* em diagnosticar e tratar os pacientes a partir de protocolos detalhados e complexos, mais alinhados com os referenciais de cientificidade e objetividade da época. Tal promessa convenceu os últimos do quão importante eram os investimentos em instalações laboratoriais pertencentes à Assistência Médica e Legal dos Alienados. Deste modo, afirmo que a apropriação dos métodos laboratoriais permitiu a tomada de lugar por parte dos neuropsiquiatras, não somente nas discussões que rodeavam a utilização das técnicas, mas também em debates mais amplos, imbricados a questões referentes a um dos maiores problemas de saúde pública do país, *a sífilis*.

⁵¹⁷ VIANNA, U. Syphilis do systema nervoso. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, v. 1, 2º trim., 1919, pp. 164–176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp. 683–691, p. 685.

Entretanto, no final do primeiro quartel do novecentos, um século após a publicação dos escritos de Bayle, mesmo com o aumento da produção dos conhecimentos laboratoriais acerca da PGP, é perceptível a solidez e importância que ainda eram conferidas à sua caracterização clínica e anatomopatológica. A estrutura argumentativa do trabalho produzido por Noguchi e Moore constituiu-se como evidência de que, ainda assim, a era do laboratório não obrigou que os médicos tivessem que decidir entre os referenciais clínicos *ou* laboratoriais. Nas fontes aqui analisadas identifiquei o acionamento de parâmetros de ambas as instâncias nos processos de identificação da paralisia geral progressiva – em alguns casos os mesmos se sobrepõem, em outros, um deles supria a necessidade do outro. Assim, ainda que em certas passagens o laboratório apareça na forma de um “poderoso auxiliar”, em grande parte das discussões sobre o diagnóstico a clínica também permanecia como sua fiel condutora.

Outro achado digno de recapitulação é que mesmo depois de encontrarem uma série de evidências consideradas objetivas, muitos dos neuropsiquiatras brasileiros não renunciaram à explicação multicausal para a ocorrência da paralisia geral progressiva. Henrique Roxo, Marques Vianna, Pacheco e Silva e Franco da Rocha continuavam a defender que a sífilis teria de encontrar “um terreno predisposto” para colonizar o sistema nervoso de alguém, fosse pela herança ou pelos males trazidos pela civilização, como o alcoolismo (NEVES, 2008: 255). Recupero aqui a visão de Kraepelin acerca da mesma questão. Na década de 1920, o neuropsiquiatra alemão permanecia entre os que continuavam a acionar a contribuição das causas predisponentes na eclosão de quadros mentais que envolviam a infecção sífilítica, com uma roupagem diferente, mas ainda assim fazendo referências ao poder danoso da civilização. Segundo Engstrom e Crozier:

A descoberta de Hideyo Noguchi [...] certamente revigorou o interesse de Kraepelin pela paralisia [geral progressiva]. Mas nada o levou mais às implicações prognósticas da doença do que a Primeira Guerra Mundial e seus supostos efeitos biológicos na população alemã. O espectro de soldados sífilíticos que retornavam da guerra surgiu no imaginário de Kraepelin e aprofundou ainda mais suas antigas preocupações acerca da conexão entre o álcool e a propagação de doenças sexualmente transmissíveis. Para ele, o abuso de álcool costumava ser um “precursor da paralisia”, porque aumentava o risco de infecção e piorava seu prognóstico (Kraepelin, 1924: 1128; 1926b) (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 272).

Nas já mencionadas viagens de Kraepelin a Java e aos Balcãs, o médico mapeou elementos que em sua opinião poderiam dar luz aos motivos pelos quais a paralisia geral progressiva era tão rara nos povos daqueles locais. Kraepelin suspeitava que houvesse “uma espécie de ‘proteção natural’ contra a paralisia geral progressiva (mas não contra a sífilis), que

estava ameaçada em culturas ‘civilizadas’: enquanto os europeus corriam maior risco de sofrer de PGP, povos do ‘leste e [do] sul’ gozavam de certo grau de imunidade” (ENSTROM; CROZIER, 2018: 273). Ademais, os hábitos diferenciados de consumo de álcool registrados por Kraepelin nas populações estudadas também foram considerados fatores culturais importantes na emergência dos quadros de paralisia geral nesses povos. Assim, a fim de viabilizar investigações mais complexas acerca dessas diferenças, o neuropsiquiatra alemão trabalhou durante a década de 1920 no sentido de fundar um projeto internacional de coleta de dados sobre a paralisia geral. No entanto, os objetivos do projeto permaneceram centrados na Europa, e seus resultados foram contraditórios e/ou insuficientes para, segundo Kraepelin, “se tirar qualquer conclusão clara” (ENGSTROM; CROZIER, 2018: 273; 276).

Mesmo após a publicação dos trabalhos de Noguchi e Moore em 1913, as particularidades acerca do papel da sífilis no desencadeamento de quadros mentais ainda não estavam muito bem estabelecidas. Ulysses Vianna, que achava apropriado nunca descartar a doença como potencial causa das formas de adoecimento psíquico, ainda se referia ao “alcoolismo, o traumatismo e o trabalho intelectual em excesso” como causas predisponentes para as diferentes formas de sífilis do sistema nervoso.⁵¹⁸ O médico propunha, assim, que se classificasse as três formas de neuro-sífilis (*tabes dorsalis*, paralisia geral progressiva e sífilis cerebral) a partir da conciliação entre a clínica e a anatomia patológica.⁵¹⁹ Para Henrique Roxo, a “causa provada” da paralisia geral era a sífilis. Entretanto e ao mesmo tempo, o catedrático de Clínica Psiquiátrica da FMRJ não dispensava o papel dos fatores “predisponentes” na eclosão da referida enfermidade:

Claro está que quem mais se servir do cérebro, tê-lo-á mais suscetível de ceder à influência luética e é por isso que nos civilizados e nos intelectuais o mal se encontra mais vezes, do que nos que vivem nos campos e menos cerebralmente se fatigam. [...]

Fato é que a paralisia geral qualquer um pode ter, desde que tenha tido ou herdado sífilis e houver uma certa usura cerebral.⁵²⁰

Em meados da década de 1920, a ineficácia do tratamento específico para a sífilis em paralíticos gerais perdurava como argumento contra a ideia de que a sífilis seria a causa

⁵¹⁸ VIANNA, U. Syphilis do systema nervoso. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, v. 1, 2º trim., 1919, pp. 164–176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp. 683–691, p. 688.

⁵¹⁹ VIANNA, U. Syphilis do systema nervoso. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, v. 1, 2º trim., 1919, pp. 164–176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp. 683–691, p. 691.

⁵²⁰ ROXO, H. B. B. *Manual de Psychiatria*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921, pp. 451–452.

exclusiva da paralisia geral. Segundo Pacheco e Silva e Franco da Rocha “o tratamento específico, cujo resultado, inteiramente nulo, fala contra o exclusivismo da etiologia luética, ao menos aparentemente”.⁵²¹ Mas na opinião da dupla, o fato de a terapêutica não produzir resultados devia-se à sua administração tardia, “quando as lesões já se processaram no encéfalo”.⁵²² Em vista da diversidade de manifestações clínicas da infecção sífilítica, Pacheco e Silva mencionavam a teoria dualista, que postulava a existência de dois tipos de “vírus” sífilíticos: o dermatrópico e o neurotrópico. O segundo “possuiria propriedades biológicas e localizações especiais, explicando a ineficácia da terapêutica arsenical da paralisia geral e na tabes”.⁵²³

Franco da Rocha e Pacheco e Silva explicavam que, apesar das discordâncias sobre a forma como a paralisia geral se manifestava do ponto de vista anatomopatológico, no tecido cerebral, e da consequente ausência de uma teoria que provasse a real razão da ineficácia do tratamento antissifilítico na PGP, “a sua íntima relação com a sífilis” estaria “devidamente assentada”. Porém, segundo os autores, o “mal venéreo” não seria capaz de produzir a paralisia geral se não houvesse a interferência de outras causas (NEVES, 2008). Tal hipótese estaria, segundo a dupla de neuropsiquiatras, acorde aos referenciais da patologia geral, segundo os quais os desequilíbrios funcionais, “abririam a porta às toxinas específicas”.⁵²⁴

Médicos como Marques Vianna, Roxo, Octaviano Ferreira, Pacheco e Silva e Franco da Rocha não se aprofundam nos mecanismos através dos quais acreditavam essas toxinas, a exemplo do álcool, se articulava à sífilis. Mas, tanto do ponto de vista comportamental (ébrios, a princípio, tendiam a negligenciar aos costumes sexuais moralmente aceitos e considerados sadios) quanto do orgânico (a intoxicação tornaria o sistema nervoso mais permeável à invasão do *T. pallidum*), permaneceu o peso conferido aos abusos trazidos pela civilização na gênese da PGP. Ainda que a etiologia desta doença mental tenha acionado a moldura do paradigma bacteriológico, isso não impediu que as concepções sobre sua disseminação continuassem a ser articuladas com o processo civilizatório – a própria sífilis permanecia associada ao mesmo. Assim, para muitos dos neuropsiquiatras brasileiros, que atuaram durante o primeiro quartel do século XX, era válida a máxima “paralisia geral = civilização + sífilização”.

⁵²¹ ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp. 1–22, p. 3.

⁵²² ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp. 1–22, p. 3.

⁵²³ ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp. 1–22, p. 4.

⁵²⁴ ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp. 1–22, pp. 4–5.

Durante o início da década de 1920, mais do que questionar sua etiologia exclusivamente sífilítica, os debates sobre a (in)eficácia do tratamento específico na paralisia geral progressiva trazia à tona um problema mais amplo. A PGP permanecia, para grande parte dos que atuavam no Rio de Janeiro, como uma doente incurável e que levava à morte através de um processo sórdido. Foi a partir de 1924 que a visão de certos neuropsiquiatras passaram a se modificar a esse respeito. A responsável por isso? A chegada ao Rio de Janeiro de uma terapêutica denominada malarioterapia, preconizada pelo um neuropsiquiatra vienense, Julius Wagner-Jauregg (1883-1940).⁵²⁵

3.11 “*FEBRIS ASCENDENS SPAMOS SOLVET*” – A APLICAÇÃO DA MALARIOTERAPIA NO RIO DE JANEIRO

Em 26 de setembro fizemos, ao que nos parece, pela primeira vez no Brasil, inoculação de sangue contendo *Plasmodium vivax* em dois doentes de demência paralítica. Ambos tiveram francos acessos de hiperpirexia malárica e, após cessadas as crises febris pela ação oportuna do quinino, do azul de metileno e do neosalvarsan, apresentaram acentuadas melhoras psíquicas e somáticas, de acordo com o avultado número de observações publicadas nos países onde se tem usado, *larga manu*, do método terapêutico instituído por Wagner von Jauregg. Por motivo alheio à nossa vontade não foi possível continuar a observação dos referidos doentes na Colônia, mas somos informados que um deles, transferido para o Hospital Nacional, lá continua a apresentar as melhoras aqui observadas.⁵²⁶

Até os anos de 1920, grande parte dos médicos brasileiros acreditava que a paralisia geral não possuía cura e que alguns de seus sintomas poderiam ser apenas controlados paliativamente ou eliminados por um curto intervalo de tempo, o que chamavam de remissão (ACCORSI, 2015). Segundo Pacheco e Silva e Franco da Rocha, por exemplo, a paralisia geral progressiva era “uma das piores doenças que podem acometer o organismo humano, e cuja evolução, relativamente curta e *irremediavelmente condenatória*, traz a morte em

⁵²⁵ Julius Wagner-Jauregg nasceu em 1857, em Wels (Áustria). Cursou medicina na Universidade de Viena, passando a se interessar pelas doenças neurológicas e psiquiátricas durante seu estágio com o diretor do Instituto de Patologia Experimental de Viena, Salomon Stricker (1834-1898). Foi Diretor da Primeira Clínica Psiquiátrica do asilo do condado de *Lower Austria* e professor da Cadeira de Psiquiatria da Universidade de Viena (ACCORSI, 2015).

⁵²⁶ BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatório I do ano de 1924 apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negócios Interiores Dr. Affonso Penna Junior (Assistência a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1926, pp. 105–167, pp. 152–153. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=104&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-28%2C4048%2C2855>. Acesso em 01 ago. 2020.

circunstâncias dolorosas”.⁵²⁷ Henrique Roxo também condenava o destino daqueles(as) diagnosticados(as) como paralíticos(as), na primeira edição de seu “Manual de Psiquiatria”, publicada em 1921: “A sífilis cerebral pode representar um ponto de passagem para a paralisia geral. Importa muito a diferenciação [entre elas], pois esta é incurável e inquestionavelmente mais grave do que aquela” (ROXO, 1921: 408-409). Grande parte dos médicos era avessa à utilização do mercúrio no tratamento da PGP, em vista de sua já conhecida toxicidade, e optava por administrar outros compostos, na tentativa de aplacar, ainda que de modo temporário, o sofrimento de seus pacientes. Contudo, do uso de compostos iodados, sobretudo do 606 e do 914,⁵²⁸ derivavam resultados admitidamente ruins e/ou duvidosos (NEVES, 2008: 389-390).

Desde o final do século XIX, neuropsiquiatras buscavam desenvolver tratamentos específicos para os diversos tipos de doença mental e que estivessem baseados em princípios materiais, ao contrário do que ocorria com o tratamento moral, preconizado por Pinel (SHORTER, 1997). Tais terapêuticas ficaram conhecidas como terapias biológicas e diversas de suas modalidades foram desenvolvidas e disseminadas ao longo do século XX. O primeiro tratamento desse tipo que teve uma projeção em escala mundial, conquistando adeptos nos círculos psiquiátricos de diversos países, foi a malarioterapia (ARTVINLI, 2014; BRASLOW, 1996; KRAGH, 2010; TSAY, 2013; WHITROW, 1990; WULF; SCHMIEDEBACH, 2014). A terapêutica, hoje em dia, vista como um contrassenso aos olhos de muitos, consistia precisamente no tratamento de indivíduos acometidos pelas diferentes formas de neuro-sífilis, especialmente pela paralisia geral progressiva, através dos acessos febris conhecidamente causados pelo agente etiológico da malária. Segundo o psiquiatra Waldemiro Pires Ferreira, um dos maiores idealizadores da malarioterapia na Capital Federal, a crença de que o aumento da temperatura corporal auxiliaria a regressão de quadros patológicos podia ser rastreada desde os tempos de Hipócrates (~460 a.C.-377 a.C.) (ACCORSI, 2015).

Contudo, as primeiras tentativas de se utilizar um microrganismo para tal datam dos últimos anos do oitocentos. Nesse momento, o neuropsiquiatra austríaco Julius Wagner-Jauregg, então assistente na Clínica Psiquiátrica de Viena, iniciou seus experimentos com dois gêneros de bactérias reconhecidas como causadoras de diferentes quadros patogênicos nos seres

⁵²⁷ ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. *Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria*, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp. 1-22, pp. 1-2, grifos meus.

⁵²⁸ O 606 ou Salvarsan foi desenvolvido por Paul Ehrlich (1854-1915) e Sahachiro Hata (1873-1938), em 1909. O medicamento popularizou-se entre médicos e pacientes e foi considerado por muitos como a “bala mágica” para a sífilis. Contudo, estudos subsequentes demonstraram que o composto não surtia efeito na paralisia geral e nem na tabes. Alguns anos depois, Ehrlich apresentou um fármaco similar ao 606, o 914, ou Neosalvarsan, que passou a ser comercializado a partir de 1912. Todavia, os resultados obtidos com o 914 no tratamento das referidas doenças também não foram animadores (ACCORSI, 2015).

humanos, como a erisipela, por exemplo. Segundo Magda Whitrow (1990), a incurabilidade da PGP influenciou muito para que Jauregg escolhesse realizar seus experimentos em indivíduos considerados acometidos pela doença em questão. Ainda que desapontado com os resultados obtidos nos primeiros testes, o médico decidiu continuá-los, contudo, utilizando outro material de origem biológica, a tuberculina.⁵²⁹ Mas os frutos dos testes realizados com a substância desenvolvida por Koch e seus colaboradores também foram desanimadores.

Jauregg cogitava utilizar o agente causador da malária como indutor da febre em seus experimentos desde o final do oitocentos, contudo, além de considerar a doença bastante agressiva, foi apenas no período final da Primeira Guerra Mundial que o psiquiatra vienense teve acesso ao microrganismo em questão. Em 1917, um combatente retornado do *front* macedônico foi admitido na Clínica Psiquiátrica de Viena, e logo constatou-se que o homem sofria da forma benigna da malária. Tal variação, já se sabia à época, é transmitida pelo protozoário da espécie *Plasmodium vivax*, e seu controle era possível através da administração do quinino. Jauregg colheu o sangue do soldado, iniciando seus experimentos com a infecção palúdica em pacientes paralíticos, mas novamente não obteve resultados animadores. Apesar disso, o neuropsiquiatra decidiu por continuar os testes e, uma vez que não possuía acesso contínuo a indivíduos infectados pela malária, organizou um sistema de recepção de amostras provenientes de um hospital militar. Novamente favorecido pelo contexto da Primeira Guerra Mundial, o acesso de Jauregg ao agente etiológico da malária foi possível graças ao acordo feito com a instituição hospitalar em questão, a qual recebia cifra significativa de soldados acometidos pela referida doença. É interessante pesar que um dos maiores obstáculos enfrentados no referido conflito estimulou o desenvolvimento não somente dos campos da medicina experimental, da medicina tropical e da imunologia, mas também da neuropsiquiatria (BRABIN, 2014; SILVA; BENCHIMOL, 2014).

A edificação e legitimação da técnica, bem como de seus protocolos, constituíram-se como processos longos, coletivos e nos quais houve também percalços e dissensos (ACCORSI, 2015). Ainda assim, a malarioterapia tornou-se uma técnica cosmopolita e foi amplamente utilizada nos diferentes cantos do globo. Em meio às discordâncias acerca de a quem caberia tal título, Julius Wagner-Jauregg foi reconhecido como descobridor da malarioterapia e ganhou o Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia, em 1927. Seu efeito foi testado em outras doenças consideradas de origem sifilítica ou não, como a *tabes dorsalis*, a esquizofrenia e a epilepsia.

⁵²⁹ A tuberculina foi desenvolvida por Robert Koch e sua equipe durante a década de 1880, a partir da identificação da bactéria causadora da tuberculose pelo mesmo grupo. Inicialmente a substância fora vista como uma das mais promissoras curas para a tuberculose, ideia que logo mostrou-se frustrada.

Alguns círculos médicos cogitaram, inclusive, a aplicação da malarioterapia como medida profilática, a fim de impedir que indivíduos que portassem uma infecção sífilítica em estágio inicial caminhassem em direção a seu quadro mais mórbido, a paralisia geral progressiva (ACCORSI, 2015).

Apesar de haver diretrizes de administração comuns, os protocolos sob os quais o tratamento era aplicado foram apropriados de formas específicas, pelos diferentes grupos médicos que se tornaram adeptos dele. Tal apropriação satisfazia as necessidades e adequava-se às limitações impostas aos médicos por suas díspares realidades de trabalho e tradições disciplinares (ACCORSI, 2015). Somando-se às manifestações clínicas, às lesões anatômicas e aos sinais laboratoriais, a existência de um tratamento específico para a paralisia geral progressiva coroou sua legitimação enquanto entidade nosológica autônoma (ACCORSI, 2015). Além disso, o próprio processo de desenvolvimento da malarioterapia, em grande parte ocorrido no laboratório, contribuiu significativamente para o respaldo do potencial científico do campo neuropsiquiátrico brasileiro, que se consolidava durante o primeiro quartel do novecentos (TARELOW, 2015; ROSENBERG, 2006). Por fim, a administração da referida terapêutica interrompeu o niilismo terapêutico que, segundo algumas pesquisas, imperou quando vigoraram as ideias kraepelianas (BRASLOW, 1996; BROWN, 2000; SHORTER, 1997; TSAY, 2013).

No Brasil, a malarioterapia também foi utilizada, especialmente no Hospital do Juquery (SP), no Hospital São Pedro (RS), no Hospício de Alienados de Recife (PE), nas dependências da Assistência Médica e Legal dos Alienados, localizadas no Rio de Janeiro, e no Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle, também localizado na Capital Federal (ACCORSI, 2015; PADOVAN, 2010; TARELOW, 2012; MATTOS; CURY, 2010). A aplicação da técnica em instituições do país permitiu que os médicos que aqui atuavam se apropriassem de seus protocolos, inserindo-se ativamente na dinâmica de produção, aprimoramento e difusão dos conhecimentos sobre a malarioterapia. O campo neuropsiquiátrico logo percebeu que sob sua posse encontrava-se um poderoso instrumento para o processo de legitimação de sua imprescindível e especializada atuação na salvaguarda da nação brasileira. No entanto, a malarioterapia tornou-se um dos principais objetos de estudo não somente de neuropsiquiatras, mas, tão logo, também de sífilógrafos (ACCORSI, 2015). Entre os estudiosos, simpatizantes e praticantes da terapêutica estavam Eduardo Rabello, diretor geral da Inspetoria de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas, e Gilberto de Moura Costa, diretor do Ambulatório Afrânio Peixoto do Hospital Nacional de Alienados e do Hospital da Fundação Gaffrée e Guinle. Vê-se, assim, que as diferentes formas de neuro-sífilis, especialmente a paralisia geral progressiva,

continuaram a estreitar os laços entre as duas especialidades médicas, agora, por meio de sua terapêutica específica (ACCORSI, 2015).

Diferentes aspectos nortearam os debates que envolveram a malarioterapia, a exemplo de seu potencial e mecanismo de cura e das questões ético-metodológicas relacionadas à prática da referida terapia. Conforme ampliaram-se os estudos e a aplicação da malarioterapia no Brasil, passou-se a elencar as eventuais modificações acreditadas advindas do tratamento, no quadro dos pacientes paralíticos. Em geral, os médicos falavam em “remissões completas” (casos nos quais os sintomas clínicos desapareciam completamente), “remissões incompletas”, “casos estacionários”, “pioras” e “óbitos”. As primeiras estatísticas internacionais que reportavam as melhoras enquadradas como curas ou remissões completas podiam variar extraordinariamente – entre 20% e 70%. Em geral, o número de remissões consideradas completas produzidas a partir da aplicação da técnica no Rio de Janeiro ficava entre 30% e 40% (ACCORSI, 2015).

Para muitos médicos nacionais e internacionais, o parâmetro da “remissão completa”, ou da cura clínica, baseava-se na capacidade de readaptação social do paralítico malarizado, a saber, de conviver com outras pessoas e, especialmente, de voltar a trabalhar. A escolha médica por enquadrar tal parâmetro através dos referenciais em questão encontra-se em muito articulada à tentativa da classe neuropsiquiátrica de demonstrar que os conhecimentos e a expertise da qual era dotada faziam de seus profissionais componentes imprescindíveis na luta contra as doenças mentais, especialmente aquelas causadas pela sífilis. No contexto europeu, a incapacitação de homens pela paralisia geral progressiva gerava um desfalque no potencial contingente de soldados a serem mandados para os *fronts* de guerra (WULF; SCHIMIEDENBACH, 2014). Na Capital Federal, o ônus financeiro gerado pelo crescente número de pessoas que adoecia vitimado pela PGP foi constantemente mobilizado na retórica de Juliano Moreira, em seus relatórios como Diretor da Assistência Médico e Legal dos Alienados durante as décadas de 1910 e 1920 (ACCORSI, 2015).

Alguns autores defendiam que a malarioterapia também era capaz de modificar o resultado das análises laboratoriais que indicavam a presença da paralisia geral progressiva, tornando-os negativos. Segundo alguns deles, o tratamento promovia, nesta ordem, o desaparecimento da linfocitose e tornava as reações da fase I de Nonne e de Wassermann negativas. Além da extinção das manifestações clínicas e do apagamento dos sintomas laboratoriais, havia autores que falavam sobre as eventuais melhoras no quadro anatomopatológico da paralisia geral, ocasionadas pelo referido tratamento. Assim, alguns estudos empenhavam-se em mostrar que a malarioterapia era capaz de curar as lesões no tecido

cerebral ocasionadas pela bactéria sífilítica. O alemão Alfons Maria Jakob (1884-1931),⁵³⁰ por exemplo, apontava para a influência positiva da malária sobre tais lesões, afirmando que a infecção palúdica parecia capaz de estimular a reação inflamatória do tecido cerebral, desencadeando uma resposta imunológica curativa para as lesões associadas à PGP. Jacob falava isso com base na observação de pacientes malarisado que iam a óbito. O falecimento, considerado decorrente de complicações não relacionadas à paralisia geral, tornava possível a realização de autópsias, através das quais o médico teria observado que a anatomia do tecido cerebral paralítico possuía características muito similares àquelas características do mesmo substrato em seu estado sadio. Jakob considerava tal constatação como um indício de que a malarioterapia, de fato, auxiliava a recuperação da referida região (ACCORSI, 2015). Tal concepção promovia a ideia de que a neuropsiquiatria era capaz de desenvolver tratamentos capazes de intervir *precisa e especificamente* no sintoma característico de uma determinada doença mental (TSAY, 2013).

Waldemiro Pires, um dos maiores defensores da expansão da utilização da malarioterapia, teceu longas discussões sobre quais seriam os fatores que levariam um sífilítico em estágio inicial a sofrer de paralisia geral progressiva – afinal, nem todo(a) sífilítico(a) transformava-se em paralítico(a). Para Pires, o tratamento ineficiente seria um dos principais responsáveis na evolução de um quadro inicial do “mal venéreo” para suas formas nervosas. Além de incapaz de debelar a infecção, o tratamento inespecífico também comprometia a eficácia da malarioterapia, para o médico (ACCORSI, 2015). Contudo, Pires admitia que parte desses fatores ainda não era conhecida e que, na prática, “todo sífilítico pode[ria] ser um candidato à paralisia geral”. Assim, o neuropsiquiatra falava sobre o “imensidade do perigo” ao qual estariam expostos os indivíduos sífilíticos, advogando a favor da “necessidade de [se] utilizar os meios seguros para evitar as suas funestas consequências”, no caso, a malarioterapia (PIRES, 1934: 179 *apud* ACCORSI, 2015: 154).

Todavia, em geral, os círculos neuropsiquiátricos acreditavam que a malarioterapia enquanto medida profilática era um exagero e não estavam dispostos a encarar todos os percalços que a implementação de tal prática pudesse acarretar consigo. Aliás, já no tempo em que foi desenvolvido, o tratamento mobilizou discussões éticas entre os especialistas, no sentido não somente da prática, mas também da pesquisa médica (ACCORSI, 2015; BRASLOW, 1996;

⁵³⁰ Alfons Maria Jakob trabalhou na Clínica de Kraepelin em Hamburgo e na mesma cidade dirigiu o Hospital de Friedrichsberg. Ocupou a Cadeira de Neurologia da Universidade de Hamburgo e trabalhou extensivamente com a anatomia patológica do sistema nervoso, recebendo Ulysses Vianna em dos laboratórios dedicados ao tema e localizado na instituição da qual foi diretor. Em 1928, visitou o Rio de Janeiro e ministrou um curso sobre seu tema central de pesquisa (MUÑOZ, 2015; SILVA, 2011).

HURN, 1998; KRAGH, 2010; TSAY, 2013; WHITROW, 1990). Para Wulf e Schmiedebach (2014) o fato de Jauregg iniciado os experimentos com a malária durante o período da Primeira Guerra não esteve relacionado apenas com seu acesso ao sangue infectado com o agente etiológico da referida doença. Segundo os autores, as circunstâncias do conflito relativizavam o valor da vida de um indivíduo doente, já que nos *fronts* havia milhares de homens saudáveis morrendo em defesa de suas pátrias. Jauregg, assim como outros homens e mulheres de seu tempo, tiveram suas visões de mundo impactadas pelo confronto armado que, nesse sentido, acabou por mitigar as barreiras psicológicas e éticas para a condução de experimentos que objetivavam elucidar a cura de certas enfermidades.

Contudo, já na década de 1920, fontes nacionais e internacionais registram certas preocupações concernentes à aplicação da malarioterapia (ACCORSI, 2015; BROWN, 2000; HURN, 1998). Na literatura médica da época, certos autores mencionavam que a administração da malarioterapia fora realizada sob a autorização prévia da família dos(as) pacientes (ACCORSI, 2015). Entretanto, anexados aos prontuários pertencentes ao Hospital do Juquery, por exemplo, Tarelow (2015) encontrou pouquíssimos destes documentos, concluindo que, a esse respeito, havia diferenças entre a retórica e a prática médicas. Apesar disso, a menção, *per se*, à necessidade do aval familiar para a realização da malarioterapia constitui-se como indício da existência de algum nível de consciência por parte de certos médicos, nesse sentido. Ainda que esse não estivesse relacionado à existência de uma empatia com a condição do(a) paciente, mas no medo de macular sua carreira e reputação médicas, seria impreciso afirmar que os debates inerentes à ética médica não permearam o processo de construção do conhecimento sobre a malarioterapia (ACCORSI, 2015).

Igualmente, seria pouco acurado e, inclusive, anacrônico, afirmar que o rigor científico não era uma preocupação dos cientistas que conduziam investigações sobre a terapia palúdica. É verdade que os parâmetros que orientavam tal rigor eram diferentes daqueles utilizados hoje em dia, o que não quer dizer que os mesmos encontravam-se ausentes (ACCORSI, 2015). A palavra germânica “*Wissenschaft*”, é correntemente traduzida para a língua portuguesa como “ciência”. Contudo, segundo Bynum (2006), o termo carrega um significado mais complexo: conhecimento sistematizado. Ao pretender-se “*Wissenschaft*”, o campo neuropsiquiátrico austríaco lançou mão de diretrizes que guiariam seus experimentos. Isso fica claro, nos registros deixados por Otto Kauders, assistente de Wagner-Jauregg, na Clínica de Viena, nos quais narrou como alguns dos experimentos com a malarioterapia foram conduzidos (WHITROW, 1990).

O médico pernambucano Waldemiro Pires também mostrou possuir um pensamento

complexo, nesse sentido. Na tentativa de atestar a eficácia do tratamento palúdico, expunha e comparava os resultados obtidos por diferentes cientistas com os seus. Contudo, o brasileiro defendia que havia certa limitação na comparação destes resultados, uma vez que, para ele, o perfil e grau das remissões podiam variar bastante entre os(as) pacientes. Apesar de haver escalas objetivas para o enquadramento das remissões, como a criada pelo neuropsiquiatra alemão Wilhelm Weygandt (1870-1939), Pires considerava os níveis de melhora como subjetivos e, portanto, difíceis de serem classificados através deste tipo de sistema.

O cientista brasileiro também defendia que os riscos da malarioterapia eram diferentes entre pacientes, dependendo do estágio da paralisia geral progressiva nos quais esses(as) se encontravam. Assim, a ausência de aleatoriedade na escolha dos indivíduos que seriam ou não tratados podia derivar da relutância de certos médicos em arriscar, por exemplo, sua carreira, submetendo à terapêutica pacientes que poderiam sucumbir a ela (ACCORSI, 2015). Certos autores, contudo, preferem afirmar que a tendência para tratar indivíduos nos estágios iniciais da doença derivava de uma escolha deliberada dos pesquisadores, feita na tentativa de manipular os resultados do tratamento com a malarioterapia, favorecendo-os (AUSTIN; STOLLEY; LASKY, 1992).

O campo da bioética institucionalizou-se durante o período do Pós-Guerra impulsionado, sobretudo, pelos protestos contra as atrocidades cometidas por muitos cientistas durante a primeira metade do novecentos, especialmente, no contexto da Segunda Guerra Mundial. Logo após declarado o fim do referido conflito, foi iniciada uma série de julgamentos, conhecidos como *Nuremberg Trials*. O primeiro caso julgado intitulava-se “Processo contra os médicos”, e foi organizado pelo governo dos Estados Unidos. Através dele, foram condenados 16 dos 23 acusados, 20 dos quais médicos que conduziram experimentos em prisioneiros nos campos de concentração. Em 1947, foi elaborado um documento conhecido como “Código de Nuremberg” e no qual estavam previstos os quatro princípios bioéticos a serem cumpridos, durante qualquer tipo de investigação que compreendesse fases de experimentação em seres humanos: beneficência, não maleficência, justiça e autonomia (WEINDLING, 2001). Além disso, foi também durante o referido período que um dos testes de controle mais utilizados na atualidade foi desenvolvido. Em 1948, publicou-se o primeiro estudo sobre a técnica conhecida como *randomized controlled trial* ou, em português, “estudo clínico randomizado controlado”. Austin Bradford Hill e seus colaboradores levaram o crédito pelo desenvolvimento do método, a despeito do conhecido fato de que, antes deles, outros pesquisadores já haviam desenvolvido estudos a partir de uma lógica de controle similar (ACCORSI, 2015).

Isso posto, a “distância antropológica” que temos hoje pode, por um lado, tornar

anacrônica a formulação de juízos de valor que se faz sobre os pretéritos processos de produção do conhecimento científico. Por outro, pode edificar uma visão simplista sobre determinados aspectos destes processos. Evitar tais armadilhas historiográficas, entretanto, não significa relativizar os comportamentos desumanos que foram manifestados por determinados homens de ciência. Mas realizar pesquisas e análises mais profundas, que busquem evidenciar o maior número possível dos matizes destes processos. Apesar dos eventuais acidentes, da incompleta compreensão sobre o mecanismo de atuação da malária no organismo de paráliticos(as), dos potenciais severos efeitos colaterais e dos riscos que a malarioterapia oferecia, há registros de que o referido tratamento foi utilizado até, pelo menos, a segunda metade da década de 1950 no Brasil, mais de dez anos depois da descoberta da penicilina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na presente tese procurei sustentar a hipótese de que o enquadramento da paralisia geral progressiva se articulou de modo singular aos processos de emergência, institucionalização e legitimação do campo alienista/neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro, durante o período compreendido entre os anos de 1868 e 1924. Encaro tal relação como uma via de mão dupla, ou seja, como dinâmicas que se desenvolveram concomitantemente e que se influenciaram de modo mútuo.

O reconhecimento de diferentes áreas da medicina enquanto campos científicos passou não somente pela crescente profissionalização, mas também pela construção de um arcabouço teórico-prático que fosse considerado objetivo e obedecesse aos padrões de cientificidade vigentes à época. Desde o século XIX, o uso de métodos estatísticos e a mobilização dos referenciais da anatomia patológica foram elementos chave no início deste processo com relação a diferentes campos médicos, entre eles, o neuropsiquiátrico. A partir do novecentos, os referenciais de cientificidade passaram a ser representados também pelo manejo de equipamentos capazes de traduzir os sintomas dos pacientes para uma linguagem quantitativa e/ou qualitativa padronizada; pela familiarização com procedimentos de análise laboratorial para diagnóstico; e através da apropriação de técnicas de microscopia. Essas iniciativas foram consideradas passos desejáveis nos percursos de emergência e consolidação dos diferentes campos de produção do conhecimento médico no Brasil e em muitos países da Europa, no sentido de se angariar seu reconhecimento enquanto *campos científicos*. Além de atestar objetividade de seus saberes, também foi importante elucidar a importância social, política e/ou econômica destas áreas, bem como dos especialistas que os edificavam. Como tencionei mostrar, todos os aspectos supracitados marcaram a trajetória de institucionalização do saber alienista em ciência neuropsiquiátrica no Rio de Janeiro.

As tentativas de objetivação do diagnóstico da paralisia geral progressiva foram nesta tese analisadas desde as primeiras tentativas de caracterização da doença. Durante a segunda metade do século XIX, recrudesciu-se a busca por estabelecer de modo objetivo as manifestações características da PGP. Neste momento, alienistas europeus, incluindo franceses, procuravam localizar e descrever as lesões associadas à doença, acreditando refinar o conhecimento originalmente elaborado por Bayle, durante os anos de 1820 (BROWN, 1994; HURN, 1998). Como discuti, tal movimento foi impulsionado por tentativas de enquadrar a produção do conhecimento sobre as doenças mentais a partir de parâmetros científicos e objetivos já empregados por outras áreas da medicina. Os parâmetros baseavam-se

especialmente na associação de lesões anatomopatológicas com sintomas clínicos – relação considerada de extrema importância pelas escolas anatomopatológicas que se fortaleciam na Europa, a exemplo da Escola de Paris.

Assim, chamo atenção para o fato de que, ao contrário do que sugerem Shorter (1997) e Harris (1993), instituições alienistas francesas foram palco de pesquisas que versavam sobre a natureza anatômica das doenças psíquicas. Tais estudos foram realizados por médicos adeptos de certos ideais pinelianos e esquirolianos, a exemplo de Baillarger, Georget e Calmeil, e cujos interesses, de acordo com o segundo autor, não pareciam incluir os aspectos anatomopatológicos da loucura. Além disso, baseada nos trabalhos de Rafael Huertas (2008; 2014), pontuo que a ideia de que Pinel e Esquirol não se interessavam pelo estudo anatomopatológico da alienação mental é, no mínimo, pouco acurada. Ambos desenvolveram pesquisas nesse sentido, as quais, contudo, não trouxeram resultados que consideraram representativos segundo os padrões do empiricismo dos quais eram devotos. Por fim, argumento que estudiosos das teorias anatômicas da alienação mental não caíram em absoluto ostracismo na França, nem no Brasil. Seus tratados não somente cruzaram o território francês em direção à Alemanha, estabelecendo discussões com seus vizinhos europeus, mas também navegaram o Atlântico, influenciando o pensamento alienista no Rio de Janeiro durante a segunda metade do século XIX. Entretanto, também chamo atenção para o fato de que, neste período, tal influência aqui não foi exercida apenas por autores franceses e germânicos, mas também por médicos de outras nacionalidades, como britânicos e belgas.

O campo psiquiátrico brasileiro recebeu influência significativa das teorias francesas e alemãs sobre doenças mentais, durante a segunda metade do século XIX e as primeiras décadas do século XX (CAPONI, 2012; PORTOCARRERO, 2002). Alguns desses estudos, entretanto, insistem em separar o pensamento psiquiátrico brasileiro em polos dicotômicos, cada um dos quais teria vigido em épocas distintas. O primeiro teria predominado durante os oitocentos; altamente influenciado pelo alienismo francês e defensor das perspectivas psiquiátricas morais e filosóficas como mais apropriadas para as doenças mentais e seu tratamento. Por fim, teria sido amplamente aceito e difundido por alienistas no Rio, a exemplo de Teixeira Brandão e Marcio Nery. O segundo teria se estabelecido a partir das duas primeiras décadas do século XX, quando ideias provenientes dos círculos psiquiátricos alemães começaram a influenciar o pensamento brasileiro acerca das doenças mentais de maneira mais significativa. É inegável que as teorias francesa e alemã tiveram um amplo impacto no processo de consolidação do campo neuropsiquiátrico, ocorrido, sobretudo, durante o final dos oitocentos e primeiros anos do novecentos. Não obstante isso, vale apontar que, apesar das evidentes divergências entre a

maneira como alienistas e neuropsiquiatras encararam as doenças mentais na França e na Alemanha, é possível identificar alguns pontos de vista comuns, que contradizem o dualismo esquematizado por alguns pesquisadores. Além disso, vale ressaltar que teorias de médicos atuantes em outros países além daqueles influenciaram o pensamento neuropsiquiátrico brasileiro no final do século XIX e início do século XX. As viagens acadêmicas por diferentes países da Europa, nas quais Juliano Moreira, Ulysses Vianna, Henrique Roxo, Antonio Austregésilo e outros médicos que trabalhavam e ensinavam no Rio de Janeiro prosseguiram, constituem uma evidência de que concepções propostas por outros círculos médicos internacionais participaram do processo de construção do conhecimento neuropsiquiátrico no Brasil.

A despeito das frustradas investidas de se construir um consenso acerca da natureza e das características das lesões da PGP, e do fato de que a doença era associada a uma amplitude considerável de fatores etiológicos e de sintomas clínicos, a paralisia geral progressiva foi reconhecida, de modo generalizado, como uma doença autônoma durante a segunda metade do novecentos por diferentes campos alienistas, incluindo o carioca. No rio de Janeiro, a enfermidade mobilizou discussões complexas acerca da natureza de suas lesões encefálicas e de seus sintomas clínicos característicos. No que diz respeito aos últimos, estabeleceu-se que eram específicos os delírios de grandeza e a paralisia dos membros. Assim, a PGP foi considerada, por grande parte dos médicos da virada entre os séculos XIX e XX como a forma de sofrimento mental que melhor expressava a relação entre lesões materiais e sintomas físicos e mentais. Segundo muitos, seria apenas uma questão de tempo até que os campos da anatomia patológica e da histologia trouxessem respostas para certas “obscuridades” inerentes à patologia mental e aos processos de adoecimento pela loucura.

Segundo grande parte dos médicos nacionais e internacionais, a paralisia geral progressiva manifestava-se através de características físicas e mentais, as quais, na maior parte dos casos, se manifestavam conjuntamente. A unidade da doença evidenciava, assim, que o mesmo processo patológico produzia os dois tipos de manifestação (HURN, 1998: 71). Esta ideia de reconhecimento da paralisia geral progressiva como doença que possuía sintomas físicos e psíquicos resultantes de uma lesão encefálica, legitimou a ideia de que a alienação mental também poderia ser estudada a partir de referenciais considerados científicos. Assim, para parte dos cientistas que atuava no Rio de Janeiro, a existência de casos de PGP *sem lesões cerebrais*, era inconcebível, já que, segundo eles, os sintomas físicos e psíquicos da enfermidade *seriam resultado* das referidas lesões.

Alguns também consideravam inconcebíveis casos em que o(a) paciente apresentava apenas sinais de demência, desacompanhados dos delírios considerados característicos da moléstia. A meu ver, a *escolha* por criar uma forma da doença que enquadrava os paralíticos que não apresentavam manifestações delirantes, somente sinais de demência, favoreceu a estratégia do campo neuropsiquiátrico de busca por legitimação. A criação da forma demencial da paralisia geral ampliou o enquadramento da PGP, porque permitiu que se mantivesse o diagnóstico nos casos em que os delírios se encontravam ausentes. Transformando a demência em um sinal igualmente característico da doença, a paralisia geral progressiva de tipo demencial alargou o espectro de reconhecimento da enfermidade, garantindo a jurisdição dos neuropsiquiatras sobre a enfermidade e seus pacientes.

Ainda sobre a caracterização da paralisia geral progressiva enquanto uma enfermidade que reunia sintomas físicos e mentais, causados por uma lesão encefálica, mapeei discussões acerca da melhor forma de batizar a referida entidade nosológica. Indo ao encontro da chave interpretativa proposta por Charles Rosenberg, vale ressaltar a intrínseca relação existente entre o ato de nomear uma enfermidade e os significados que ela assume a partir da nomeação. Dito de outro modo, o termo eleito para se fazer referência a uma doença pode indicar, entre outras coisas, a circunscrição diagnóstica que se quer conferir à mesma. Argumento, assim, que a *escolha* feita por grande parte dos autores por utilizar os termos “paralisia geral (progressiva)” e “periencefalite crônica difusa”, de modo intercambiante, transmite o nível de destaque que procurou-se conferir a determinadas características da moléstia. O primeiro termo realçava a entidade mórbida como forma de alienação mental que possuía sintomas físicos. A segunda, sublinhava o mesmo como resultado de uma lesão material no encéfalo.

Os esforços para se estabelecer formas de diagnóstico também podem ser igualmente encarados como um recurso para reforçar a individualização da doença. Os médicos não negavam, entretanto, que a identificação da paralisia geral progressiva era capciosa, uma vez que, além de possuir sintomas e causas múltiplas, esses sobrepunham-se às manifestações e fatores etiológicos de outras formas de alienação mental. Assim, o diagnóstico da PGP só poderia ser estabelecido pelo olhar treinado de um especialista, de um médico que conhecesse e fosse capaz de identificar os menores sinais das características da doença originalmente descrita por Bayle. É importante ressaltar que este discurso era entoado no mesmo momento em que certos médicos defendiam a criação de uma cadeira específica para o estudo das moléstias mentais, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tal demanda era apresentada em paralelo às denúncias acerca das péssimas condições de internamento e da ineficácia terapêutica do primeiro asilo brasileiro destinado a alienados, o Hospício de Pedro II.

Assim, a PGP emergiu enquanto entidade nosológica autônoma nos círculos médicos do Rio de Janeiro no momento em que o alienismo buscava institucionalizar-se e conquistar prestígio social e respeitabilidade acadêmica. Ainda que um número reduzido de trabalhos versasse sobre a doença, percebe-se que o interesse científico pela mesma surgiu bem antes de sua etiologia sífilítica ser bem estabelecida. Associado às escolhas realizadas no processo de enquadramento da paralisia geral progressiva como doença mental, tal aspecto denota que as tentativas de se inserir o conhecimento alienista dentro de uma moldura objetiva estiveram presentes, desde meados do oitocentos, no campo médico carioca. Deste modo, as concepções referentes à enfermidade circulavam, tanto na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, como no Hospício de Pedro II, antes mesmo da criação da Cadeira de Clínica Psiquiátrica e da Assistência Médica e Legal de Alienados nas décadas de 1880 e 1890.

Nas últimas duas décadas dos oitocentos, a paralisia geral progressiva prosseguiu provocando controvérsias científicas e as discussões sobre suas principais características patológicas perduraram. Neste período, houve um aumento no número de trabalhos acadêmicos que versavam sobre a doença, o qual deveu-se, em muito, a um dos eventos supracitados, a saber a criação da Cátedra de Clínica Psiquiátrica. A aquisição da nova cadeira contribuiu para que se ampliasse o espaço de estudo das doenças mentais. Alguns dos autores desses trabalhos apresentaram interpretações bastante originais para problemas inerentes à caracterização da paralisia geral progressiva, a exemplo de Rodrigues Ferreira. Para o médico, a diversidade de lesões encefálicas verificada em paralíticos(as) era totalmente natural, refletindo não um problema para sua tipificação anatomopatológica, como colocavam muitos médicos, e sim a realidade multifacetada através da qual a PGP se manifestava. As discussões a respeito da existência de casos da doença caracterizados por um forte quadro demencial e ausência de delírios também continuaram durante o século XX. Tais contendas ratificaram a ideia de que a demência não era um sintoma menos psíquico do que os delírios: ambos seriam fortes indicadores de alienação mental, mantendo-se, conseqüentemente, a categoria de “paralisia geral de tipo demencial” para designar estes casos.

Os trabalhos sobre a paralisia geral progressiva produzidos no final do século XIX e início do XX também traziam reflexões articuladas às teorias socio-científicas em voga. Além da percepção médica sobre a doença ter se sofisticado, ganharam força os anseios de legitimação e aquisição de prestígio por parte do campo neuropsiquiátrico, que se organizava no Rio de Janeiro. Tal propulsão se baseava, sobretudo, na associação entre o suposto crescimento da incidência da enfermidade no país e o projeto de uma nação desenvolvida, moderna e saudável, para o qual a doença representava um obstáculo. Neuropsiquiatras

argumentavam frequentemente que, apesar da PGP ainda ser relativamente rara no Brasil, a cada dia fazia maior número de vítimas. Para comprovar este aumento, os autores lançaram mão de mais um referencial que atendia aos parâmetros de objetividade da época – a estatística. Contudo, se nos ativermos aos dados apresentados pelos próprios médicos, a ampliação do número de casos de paralisia geral progressiva era inexpressiva quando comparada com outras formas de adoecimento mental, como a histeria, a epilepsia e o alcoolismo. Entendo, deste modo, que o enfoque dado à enfermidade não esteve relacionado a sua epidemiologia, mas ao potencial que ela tinha de contribuir para o processo de legitimação da neuropsiquiatria, como uma doença mental cujo enquadramento obedecia aos parâmetros de cientificidade. Tal potencial foi alargado durante as primeiras décadas do século XX, quando a sífilis, há muito já considerada um dos possíveis fatores etiológicos da paralisia geral, passou a ser vista como sua causa principal e mais frequente.

Durante a segunda metade do século XIX e a primeira do XX, a loucura por si só era exibida pelo campo neuropsiquiátrico brasileiro como um dos principais fatores de degeneração da nação – daí a importância da especialidade na empreitada da construção de um país moderno, desenvolvido e saudável, acorde aos referenciais burgueses definidores de *progresso* e *civilização* à época. Grande parte dos casos de loucura era diagnosticada, não coincidentemente, em indivíduos ditos incapazes de levar uma vida que estivesse de acordo com os padrões de conduta preconizados pela sociedade. Tais padrões edificavam-se com base, sobretudo, nas categorias de sexo, de “raça” e de classe às quais ele(a) pertencia. Mulheres e homens deveriam respeitar os padrões de comportamento *socio-moral* em voga, que à época valorizavam a capacidade para o trabalho e definiam como proibitivos hábitos e escolhas de vida consideradas nocivas, como o abuso de substâncias tóxicas, a exemplo do álcool, os excessos sexuais, a renúncia à maternidade (no caso das mulheres) e a homossexualidade.

E é também articulada à sífilis que a categoria de paralisia geral estabelece conexões com o pensamento racialista e as teorias sobre a biologia e o papel social das mulheres no Brasil. Inicialmente pouco diagnosticada em indivíduos de cor, a enfermidade mental passou a figurar entre as causas de adoecimento psíquico de negros(as), especialmente dos recém-libertos. Na virada entre os séculos XIX e XX, certos médicos justificavam o aumento da incidência da PGP em ex-escravizados(as) através da ideia de que esses(as) haviam sido retirados(as) de modo abrupto da proteção de seus senhores. Munidos de um sistema nervoso inferior, homens e mulheres negros(as) não estavam, de acordo com certos neuropsiquiatras, preparados para adentrar a vida em civilização como sujeitos autônomos. A luta pela sobrevivência, que para

esses médicos era inexistente nos tempos de cativo, e, sobretudo, os excessos venéreos e alcoólicos, contribuíam para que libertos(as) fossem vitimados pela paralisia geral progressiva.

Antes também consideradas pouco acometidas pela PGP, as mulheres começaram a alongar as fileiras de paráliticos. Segundo certos intelectuais, no caso da Europa, isso ocorria porque elas estavam adentrando a vida política e passando a tomar parte em decisões sociais importantes. Já as brasileiras dividiam-se: aquelas provenientes das classes altas seguiam imaculadas em suas vidas de alcova, a princípio distantes de qualquer fator etiológico da paralisia geral. As mulheres provenientes das classes baixas, sobretudo as “mestiças”, é que adoeciam. Ao afastarem-se de um cotidiano doméstico e recatado, desenvolviam gosto pelos excessos venéreos, aproximando-se da sífilis, que as tornava paráliticas. Assim, a silhueta da PGP no Rio de Janeiro era esculpida a partir desse universo de categorias. A doença acometia homens de todas as classes, porque esses trabalhavam de modo intenso intelectual ou fisicamente. Já as mulheres brasileiras, tornavam-se paráliticas quando incorriam nos excessos venéreos, comportamento esse associado, por muitos médicos, às moças das classes populares, e, por alguns deles, às mulheres de cor.

No que diz respeito às teorias racialistas e climáticas e sua articulação às diferentes formas de loucura, o século XX assistiu a uma reinterpretação dessas ideias. Certos neuropsiquiatras, a exemplo de Juliano Moreira, desmentiam qualquer associação entre o assolamento pela paralisia geral e o clima ou a “raça”. Comparando os sintomas apresentados por paráliticos no Brasil e na Europa, Moreira concluía que esses eram os mesmos, evidência para ele de que a doença assumia os mesmos feitios ao norte e ao sul do equador. Tais manifestações, argumentava Moreira, eram também invariáveis a despeito da “raça” do indivíduo acometido pela paralisia geral. O que definia se uma pessoa, branca ou não-branca, se tornaria uma vítima da PGP seria seu nível de instrução higiênica e sua capacidade de viver acorde aos preceitos deste ramo da medicina, seguindo as medidas profiláticas que sugeriam as diversas áreas médicas, incluindo a neuropsiquiatria. Assim, a paralisia geral progressiva se consolidou enquanto categoria nosológica a partir de uma interlocução significativa com as teorias sociais em voga. Através desta interlocução, difundiram-se para o escopo da doença uma série de preceitos das referidas teorias, de modo a sustentar suas interpretações mais ou menos deterministas.

A despeito dos outros fatores que figuravam, ainda que como coadjuvantes, entre os culpados pelo desenvolvimento da tão temível (e terrível) doença, o século XX viu a sífilis entrar no foco psiquiátrico. Em meio às discussões sobre o futuro da nação, que provocava ansiedade por conta dos deletérios poderes da doença venérea, seu microrganismo espiralado

consolidou o processo de admissão da psiquiatria no espaço do laboratório. Ambiente esse no qual neuropsiquiatras acreditavam poder provar de modo objetivo que os índices de sífilis nervosa cresciam entre os brasileiros. Uma série de eventos, como a produção de estatísticas que relacionavam a doença venérea com a PGP, a descrição de casos de PGP juvenil, a “descoberta” da bactéria sífilítica, o desenvolvimento das análises laboratoriais de diagnóstico e o experimento conduzido por Noguchi e Moore contribuíram para que o elo entre a sífilis e a paralisia geral progressiva se estabilizasse ao longo as três primeira décadas do século XX.

Minha interpretação acerca das discussões trazidas por parte da historiografia sobre a paralisia geral progressiva é a de que a aceitação de sua etiologia sífilítica deve ser encarada como um *processo*, para o qual certamente contribuíram os eventos ocorridos no laboratório, mas que não necessariamente restringiu-se a esse espaço. Os primeiros estudos que identificamos como tendo estabelecido uma relação causal entre sífilis e PGP foram publicados em 1857. Ao longo dos anos seguintes, outras investigações estatísticas foram conduzidas, e o final do século XIX assistiu à produção de numerosos estudos que associavam ambas as enfermidades através de uma relação de causa e efeito (KRAGH, 2017). Deste modo e com base nas fontes que analisei aqui, o impacto que tais estatísticas tiveram enquanto evidências do papel da sífilis na paralisia geral, não pode ser ignorada.

O crescente interesse médico pela paralisia geral progressiva e sua apropriação em meio à busca de legitimação por parte do campo neuropsiquiátrico iniciou-se ainda no século XIX, atingindo seu ápice a partir da ampla aceitação de sua etiologia sífilítica, ocorrida durante as duas primeiras décadas do novecentos. Como venho discutindo desde o capítulo 1, já a partir de sua descrição inicial por Bayle, a doença fora diretamente relacionada com lesões localizadas na região cerebral dos indivíduos acometidos. Grande foco também foi dado à relação de causa e efeito entre essas lesões e os sintomas clínicos – físicos e mentais – da PGP. Tais enquadramentos baseavam-se em paradigmas anatomopatológicos em voga no século XIX e, portanto, psiquiatras e alienistas acreditavam que o campo de estudos das doenças mentais estaria mais próximo do que seria considerado um campo científico naquele momento. A culpabilização do *Treponema pallidum* pelo mórbido quadro de degeneração física e mental em questão sem dúvida consagrou a esperança neuropsiquiátrica de que outros agentes etiológicos pudessem ser identificados para outros tipos de doença mental. Tal esperança, por sua vez, calcava-se nos promissores preceitos da bacteriologia, que floresceram a partir do último quartel dos oitocentos. Mas destaco que a etiologia sífilítica da PGP foi construída sobre uma indumentária científica que a doença já vinha vestindo desde sua chegada à Corte Imperial, ainda que entre debates médicos acalorados.

No princípio, a paralisia geral progressiva foi caracterizada como decorrente do processo civilizatório, associado à desfiguração dos hábitos morais e de vida dos indivíduos, tornando-os mais propensos a adoecer pela fatal moléstia. Contudo, questiono até que ponto a paulatina aceitação de que a sífilis seria a principal causa da paralisia geral progressiva deslocou o foco dos males da civilização como elemento produtor de paráliticos e parálíticas. O mal venéreo foi enquadrado também como consequência da modernização e do desenvolvimento dos centros urbanos. Inclusive, parte das tentativas de contê-lo estiveram articuladas precisamente às propostas de pedagogia higiênica que “ensinariam”, principalmente os jovens, a lidarem com os impactos que a modernidade estaria trazendo para o cotidiano de seus corpos, fazendo-os adoecerem não somente física, mas também mentalmente. Reconhecidamente ocasionada pela sífilis, a paralisia geral continuou a ser considerada uma doença da civilização até pelo menos a década de 1920, já que o mal venéreo também era visto pela medicina como um produto dos excessos trazidos pelo processo civilizatório. Para a *intelligentsia* brasileira das primeiras décadas do novecentos, este era o momento de lidar com o ônus da civilização, munindo-se de uma ferramenta de alto potencial – a *ciência*. Integrada a este movimento, a paralisia geral progressiva tornou-se um dos emblemas utilizados pela neuropsiquiatria carioca para legitimar sua importância no processo de inserção do país no *hall* das nações civilizadas, modernas, desenvolvidas.

Segundo Juliano Moreira, por exemplo, a sífilis era a segunda principal causa de internações no Hospital Nacional de Alienados, já que tinha o poder de colonizar o sistema nervoso, transfigurando-se na PGP. Tal argumento embasou as demandas por investimentos em medidas profiláticas que visavam reduzir a conversão da doença venérea em doença mental. Atendidas através da fundação do Ambulatório Afranio Peixoto, localizado nas dependências do HNA, a solução para tais demandas acabou por aproximar sifilógrafos, sorologistas e neuropsiquiatras durante as três primeiras décadas do século XX. Convivendo nos mesmos ambientes, profissionais originalmente pertencentes a estas três especialidades passaram a negociar diagnósticos e a trabalhar no estabelecimento de protocolos laboratoriais mais adequados para a detecção de casos de sífilis nervosa, incluindo a paralisia geral progressiva. A escolha favoreceu o método que privilegiava falsos positivos em detrimento de falsos negativos, e foi realizada no âmbito de um discurso que desde o final do oitocentos vinha advogando o crescimento significativo da PGP no país.

A retórica neuropsiquiátrica sobre a importância dos laboratórios na identificação da paralisia geral transpôs o discurso, sendo aplicado na prática. Se tais ferramentas de fato forneceram soluções para os problemas existentes acerca do enquadramento, da cura e do

próprio diagnóstico da PGP é uma outra questão. O número de testes diagnósticos executados no HNA cresceu exponencialmente durante as décadas de 1910 e 1920 a partir da crença médica de que as análises seriam capazes de revelar, ao menos na maioria dos casos, a presença da doença venérea. A identificação de casos iniciais de sífilis seria fundamental para a aplicação dos tratamentos considerados apropriados, evitando-se que tais pacientes se tornassem também paralíticos. Apesar de não haver estudos históricos que cotejem de modo detalhado como se dava o funcionamento desses espaços na prática, o acesso aos laboratórios contribuiu para que a neuropsiquiatria obtivesse sucesso diante de suas tentativas de se aproximar dos modelos de cientificidade já incorporados por outras áreas médicas. Além disso, a criação desses ambientes dentro de instituições neuropsiquiátricas, como o HNA, também pode ser interpretada como uma das conquistas do referido campo, no que diz respeito à obtenção de certo espaço na estrutura estatal.

Os recursos laboratoriais não foram capazes de dirimir muitas dúvidas acerca do diagnóstico da PGP e de estabelecer em bases fortes sua diferenciação em relação a outras doenças mentais. Contudo, não acredito ser acurado dizer que a retórica neuropsiquiátrica sobre a importância e utilidade do laboratório no esclarecimento sobre aspectos nebulosos da entidade mórbida aqui estudada ficou restrita ao campo do discurso. As tentativas de inserir e ampliar a *praxis* laboratorial no cotidiano das instituições de assistência mental foram claras e, muitas, bem-sucedidas. Como exemplo, temos a aprovação do protocolo de Hauptmann-Hoessli estudado, apropriado e sugerido por Ulysses Vianna e Artur Moses, como o padrão a ser adotado na execução das reações de Wassermann. Ao mesmo tempo, entretanto, enxergo, através das fontes que analisei, não uma crença “cega” nas técnicas objetivas performadas no espaço do laboratório. As tensões acerca de como deveriam ser articulados os sinais clínicos e laboratoriais da paralisia geral progressiva não foram poucas. Não defenderei, contudo, que isso significasse uma oposição entre clínica e laboratório – para muitos médicos um passou a complementar o outro.

A paralisia geral progressiva desempenhou papel singular no processo de emergência, institucionalização e consolidação do campo neuropsiquiátrico no Rio de Janeiro, garantindo que algumas de suas demandas fossem escutadas. A forma como foi enquadrada ao longo do tempo viabilizou a apropriação de referenciais considerados científicos pela medicina da época, permitindo que a neuropsiquiatria afirmasse possível que seus objetos de estudos fossem investigados a partir de uma visada legitimamente científica. O discurso sobre o crescimento da incidência da doença no Brasil foi muito bem articulado com as preocupações da *intelligentsia* brasileira da virada entre os séculos XIX e XX sobre o futuro da nação. Enquanto

tipo de loucura *per se*, a paralisia geral progressiva já consistia em uma forma de degeneração. Mas tal articulação, sedimentou-se em bases sólidas no alvorecer do novecentos, quando passou a ser aceita de modo amplo a etiologia principalmente sifilítica da PGP. Assim, a *ciência* neuropsiquiátrica era legitimada frente ao poder público como necessária para se transpor os obstáculos ao cultivo de uma população saudável e de um país desenvolvido e moderno. Sem ela seria difícil, dentre outras coisas, impedir que aqueles, muito antes já degenerados, se tornassem também paralíticos.

FONTES

Artigos acadêmicos

ANDRADE, N. Da natureza e do diagnostico da alienação mental. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 1, jun.-ago. 1879a, pp.4–30.

ANDRADE, N. Da natureza e do diagnostico da alienação mental (continuação). **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 2, set.-dez. 1879b, pp.156–184.

ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877). **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 4, 15 fev. 1877a, pp.53–54.

ANDRADE, N. Da Peri-encephalite diffusa a proposito do Tratado de pathologia interna de S. Jaccoud (Appendice às edições anteriores - Paris 1877) - II. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano IV, n. 11 e 12, jun. 1877b, pp.155–156.

BAYLE, A. L. J. Nova Doutrina das Molestias Mentaes. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo II, n. 5, 1827a, pp.125–154.

BAYLE, A. L. J. Pesquisas sobre doenças mentais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 12, n. 4, 2009 [1822], pp.752–758.

BAYLE, A. L. J. Sobre as Allucinações dos Sentidos. **O Propagador das Sciencias Medicas, ou Annaes de Medicina, Cirurgia, e Pharmacia para o Império do Brasil, e Nações Estrangeiras**, Rio de Janeiro, ano 1, tomo I, n. 1, 1827b, pp.9–39.

BRANDÃO, J. C. T.; EIRAS, C. Causas que concorrem para a pouca frequencia da paralyisia geral no Brazil. In **Primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro**. 2ª sessão ordinária, Presidência do Sr. Dr. Hilário de Gouvêa. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1889, pp.20–21.

COSTA, A. Da frequencia e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa. **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 11, 1878a, pp.7–14.

COSTA, A. Da frequencia e importancia do delírio de grandezas na peri-encephalite chronica difusa (continuação). **Revista Medica do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, ano V, n. 12, 1878b, pp.5–9.

CUNHA, R. L.; VIANNA, U. Contribuição a cytologia do liquido cephalo-rachidiano nas afecções nervosas e mentaes. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, DF, ano 6, n. 1 e 2, 1910, pp.182–187.

DEVAY, F. Estudos sobre alguns signaes precusores ou prodromos das moléstias graves do cérebro, consideradas debaixo da relação clinica, physiologica e medico legal. **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, ano VI, v. VI, n. 8, mai. 1851, pp.186–192.

GALLOTTI, O. Revista das revistas. M. Nonne - Der heutige Standpunkt der Lehre von der Bedeutung der vier Reaktionen f. die Diagnose u. Differentialdiagnose organischer Nervenkrankheiten (Estado actual da doutrina sobre a importancia das quatro reações para o diagnostico e o diagnostico diferencial das affecções organicas) - Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde - Band 42 - 1911). **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, DF, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp.179–184.

GALLOTTI, O.; DORIA, R. C. Contribuição ao estudo do valor semiológico das quatro reações de Nonne. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro, DF, v. 2, 1922, pp.139–153.

GREENLEES, T. D. Insanity among the Natives of South Africa. **Journal of Mental Science**, v. 41, n. 172, jan. 1895, pp.71–78.

MONTYEL, M. E. Pathologia mental. O diagnostico diferencial entre a paralyssia geral e o saturnismo paralytico. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XII, n. 15, 1898, pp.132–133.

MONTYEL, M. E. Pathologia mental. O diagnostico diferencial entre a paralyssia geral e o saturnismo paralytico. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XII, n. 16, 1898, pp.138–140.

MONTYEL, M. E. Pathologia mental. O diagnostico diferencial entre a paralyssia geral e o saturnismo paralytico. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XII, n. 19, 1898, pp.166–168.

MOREIRA, J. A secção de Psychiatria do Congresso de Medicina de Londres. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, DF, ano IX, n. 3 e 4, 1913, pp.250–266.

MOREIRA, J. A seleção individual de imigrantes no programa da higiene mental. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, DF, RJ, v. 8, n. 2, 2005 [1925], pp.364–369.

MOREIRA, J. Bibliographia. Prof. Dr. P. Näcke – Die Gehirnoberfläche von Paralytischen – “Ein Atlas von 49 Abbildungen nach Zeichnungen erläutert etc”. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1909. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, DF, v. 7, n. 1 e 2, 1911, pp.60–162.

MOREIRA, J. Clinica psychiatrica. A diffusão da klinotherapie no tratamento das psychoses. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XV, n. 19, 1901, pp.179–183.

MOREIRA, J. Clinica psychiatrica. A diffusão da klinotherapie no tratamento das psychoses. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XV, n. 27, 1901, pp.261–265.

MOREIRA, J. Clinica psychiatrica. A diffusão da klinotherapie no tratamento das psychoses. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano XV, n. 28, 1901, pp.271–274.

MOREIRA, J. Da necessidade da fundação de laboratorios nos hospitaes. **Gazeta Medica da Bahia**, Salvador, BA, v. 33, n. 10, abr. 1902, pp.439–450.

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Classificação de molestias mentaes do professor Emil Kraepelin. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, DF, anno 1, v. 2, jul. 1905, pp.204–216.

MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. Les maladies mentales dans les climats tropicaux. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, DF, anno 2, v. 3, set. 1906, pp.222–241. Republicado em: MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp.794–811.

MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. **Journal of Mental Science**, v. 53, 1907, pp.507–521. Republicado em: MOREIRA, J.; PENAFIEL, A. C. Contribuição ao estudo da dementia paralytica no Brasil. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, dez. 2005, pp.812–827.

MOSES, A. Do methodo biologico de diagnostico em Neurologia e Psychiatria. **Archivos Brasileiros de Psyhiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, DF, anno 5, n. 1 e 2, 1909, pp.32–58.

NERY, M. A Loucura Alcoolica e seu tratamento. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano VII, n. 1, jan. 1893a, pp.2–3.

NERY, M. Clinica psychiatrica – Valor semeiologico das perturbações do movimento entre os alienados. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano VII, n. 37, 1893b, pp.307–309.

NERY, M. Clinica psychiatrica – Valor semeiologico das perturbações do movimento entre os alienados. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano VII, n. 38, 1893b, pp.315–317.

NERY, M. Clinica psychiatrica – Valor semeiologico das perturbações do movimento entre os alienados. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano VII, n. 40, 1893b, pp.331–333.

NOGUCHI, H.; MOORE, J. W. A demonstration of Treponema pallidum in the brain in cases of general paralysis. **The Journal of Experimental Medicine**, v. XVII, 1913, pp.232–239.

NONNE, M. Clinical diagnosis of the syphilogenous diseases of the central nervous system. **Journal of the American Medical Association**, Baltimore, v. 53, n. 4, 1909, pp.289–296.

PEIXOTO, A. Bibliographia. Contribuição ao estudo da paralytia geral dos alienados no Brazil – These inaugural do Dr. Antonio Carlos Penafiel - Rio de Janeiro, 1905. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, anno XIX, n. 13, abr. 1905a, p.129.

PEIXOTO, A. Hospicio Nacional de Alienados. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, n. 1, 1905b, pp.106–121.

PINHEIRO, A. P. Das lesões somaticas na loucura (continuação). **Annaes Brazilienses de Medicina**, Rio de Janeiro, tomo XXXI, n. 3, jan.-mar. 1880, pp.415–426.

PINTO, B. Clinica psiquiatrica - o delírio de grandesas. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, ano VIII, n. 7, fev. 1894, pp.49–50.

ROCHA, F. F.; SILVA, A. C. P. A demencia paralytica em S. Paulo. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro, DF, ano IV, 1º e 2º trimestres, 1924, pp.1–22.

ROXO, H. Perturbações mentaes ligadas à arterio-esclerose. **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias Affins**, Rio de Janeiro, DF, anno 2, n. 3, set. 1906b, pp.197–212.

ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, anno XVIII, n. 16, 1904, pp.156–160.

ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, anno XVIII, n. 17, 1904, pp.170–172.

ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, anno XVIII, n. 18, 1904, pp.178–182.

ROXO, H. B. B. Perturbações mentaes nos negros do Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, DF, anno XVIII, n. 19, 1904, pp.190–192.

SODRÉ, A. A. A. Frequencia da tabes dorsalis no Brazil. **O Brazil-Medico**, Rio de Janeiro, anno XVIII, n. 18, 1904, pp. 175–178.

VIANNA, U. Contribuição ao diagnostico da arterio-esclerose cerebral (estudo clínico e histopatológico). **Archivos Brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro, DF, ano 8, n. 1 e 2, 1912, pp.1-86.

VIANNA, U. Syphilis do systema nervoso. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, 2º trim., 1919, pp.164–176. Republicado em: VIANNA, U. Sífilis do sistema nervoso. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, supl. 2, dez. 2010, pp.683–691.

VIANNA, U.; MOSES, A. Diagnostico das afecções nervosas e mentaes pelo emprego de elevadas quantidades de líquido cephalo-rachiano. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro, DF, ano I, 1º trimestre, 1919, pp.3-49.

Atas de agremiações e eventos

SESSÃO DE ENCERRAMENTO do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal realizada dia 26 de agosto de 1922, Rio de Janeiro. **Archivos de Neuriatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, numero especial dedicado aos trabalhos do Segundo Congresso Brasileiro de Neurologia, Psychiatria e Medicina Legal, v. 2, 1922, pp. 274–278.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Julho, 1908, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 4, n. 1 e 2, 1908, pp. 459–461.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Agosto, 1910, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 8, n. 1 e 2, 1912b, pp. 384–385.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Julho, 1912. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 8, n. 1 e 2, 1912c, pp. 407–414.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 250–252.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 253–259.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Julho, 1914, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 10, n. 1 e 2, 1914, pp. 252–253.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1916, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 13, 1917, pp. 93–95.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Maio, 1917, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 13, 1917, pp. 129–137.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Fevereiro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 1º trimestre, 1919, pp. 125–130.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Abril, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 2º trimestre, 1919, pp. 190–193.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Junho, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 3º trimestre, 1919, pp. 292–297.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Novembro, 1919, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, anno 1, 4º trimestre, 1919, pp. 446–456.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Maio, 1925, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, s/nº, 1925, pp. 122–127.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, NEUROLOGIA E MEDICINA LEGAL. Sessão de Outubro, 1925, Rio de Janeiro. **Archivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psychiatria**, Rio de Janeiro: Oficinas de Typ. e Encad. do Hospital Nacional de Alienados, s/nº, 1925, pp. 214–217.

Decretos e leis

BRASIL. Decreto n. 7.247, de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primario e secundario no municipio da Côrte e o superior em todo o Imperio. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1879**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 196, pt. II. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 8.024, de 12 de março de 1881. Manda executar o Regulamento para os exames das Faculdades de Medicina. **Coleção de Leis do Império do Brasil – 1881**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 171, pt. II. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8024-12-marco-1881-546191-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 142-A, de 11 de janeiro de 1890. Desannexa do hospital da Santa Casa da Misericórdia desta Capital o Hospício de Pedro II, que passa a denominar-se Hospital Nacional de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 23, fasc. 1º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-142-a-11-janeiro-1890-513198-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 206-A, de 15 de fevereiro de 1890. Approva as instrucções a que se refere o decreto n. 142 A, de 11 de janeiro ultimo, e crêa a assistencia medica e legal de alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p. 276, fasc. 2º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-206-a-15-fevereiro-1890-517493-norma-pe.htm>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 508, de 21 de junho de 1890. Approva o regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados. **Coleção de Leis do Brasil – 1890**, Rio de Janeiro, DF, v. 1, p.

1333, fasc. 6º. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-508-21-junho-1890-510846-norma-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 1.132 de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistencia a Alienados. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, DF, seção 1, p. 5853. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

BRASIL. Decreto n. 17.805, de 23 de maio de 1927. Approva o regulamento para execução dos serviços da Assistencia a Psychopathas no Districto Federal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, DF, seção 1, p. 12360; art. 176. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-17805-23-maio-1927-499073-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 30 mai. de 2020.

Livros, manuais e catálogos acadêmicos

BAYLE, A. L. J. **Éléments de pathologie médicale ou précis de médecine théorique et pratique dans l'esprit du vitalisme hippocratique**. Paris, Londres, Madrid, New York: Germer-Baillière, Libraire-Éditeur, H. Baillière, Bailly-Baillière, Ch. Baillière, 1856.

COSTA, C. **Catalogo Systematico da Bibliotheca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1892.

DARWIN, C. Letter to Asa Gray 20 April 1863. *In The Correspondence of Charles Darwin*, v. 11, Cambridge: Cambridge University Press, 1999, pp.333–335.

GRIESINGER, W. **Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende**. Stuttgart: Verlag von Adolph Krabbe, 1861.

GRIESINGER, W. **Mental Pathology and Therapeutics**. 2nd edition. New York: William Wood & Company, 1882.

GRIESINGER, W. **Traité des Maladies Mentales. Pathologie et Thérapeutique**. 2ª édition. Paris: Place de l'École-de-Médecine, 1865.

PINEL, P. **Tratado medico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 [1800/1801].

ROXO, H. B. B. **Manual de Psychiatria**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1921.

ROXO, H. B. B. Paralysis Geral Progressiva. 9ª aula – dada em 30 de Julho de 1905. *In Molestias mentaes e nervosas – Aulas professadas durante o anno lectivo de 1905*. Rio de Janeiro: s/e, 1906a. pp.98–107.

SANTOS, L. G. **Memórias para servir à história do Reino do Brasil**. Rio de Janeiro: Livraria Editora Zélio Valverde, 1943. Disponível em <https://reficio.cc/publicacoes/memorias-para-servir-a-historia-do-reino-do-brasil/>. Acesso em 13 mar. 2020.

Publicações periódicas

A FEDERAÇÃO, Porto Alegre, RS, 03/11/1884, 25/07/1895, 21/11/1904.

A PROVÍNCIA: Órgão do Partido Liberal, Recife, PE, 08/01/1890, 02/03/1890, 20/08/1909.

ALMANACK LAEMMERT. Almanak Administrativo, Mercantil e Industrial da Corte e Provincia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1875, 1877, 1878, 1879, 1883.

DIÁRIO DO BRAZIL, Rio de Janeiro, RJ, 14/12/1883, 22/12/1883.

GAZETA DA TARDE, Rio de Janeiro, RJ, 11/11/1884.

GAZETA DE NOTÍCIAS, Rio de Janeiro, RJ, 09/07/1881, 14/12/1883.

JORNAL DO COMMERCIO, Rio de Janeiro, RJ, 14/08/1881; 31/07/1889.

JORNAL DO RECIFE, Recife, PE, 18/06/1889, 28/02/1890, 07/05/1892.

REVISTA MÉDICA, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, Rio de Janeiro, 10 ago. 1873, p. 65.

Relatórios ministeriais

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio do Diretor do Hospicio Nacional de Alienados Relativo ao Anno de 1905**. Rio de Janeiro, DF, 1906, anexo C, pp. 1–49. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=82&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1426%2C0%2C4546%2C3206>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1907 e 1908 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Augusto Tavares de Lyra (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mar. 1908, pp. 127–135.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1908 e 1909 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Augusto Tavares de Lyra (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mar. 1909, pp. 124–138. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=89&s=0&cv=2&r=0&xywh=108%2C842%2C2290%2C1615>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1909 e 1910 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Esmeraldino Olympio de Torres Bandeira (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1910, pp. 119–130. Disponível em

<http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=90&s=0&cv=0&r=0&xywh=-22%2C344%2C4537%2C3201>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1910 e 1911 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1911, pp. 54–67. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=91&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-266%2C3824%2C2697>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1911 e 1912 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1912, pp. 60–70. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=91&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-266%2C3824%2C2697>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1912 e 1913 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Rivadavia da Cunha Corrêa (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1913, pp. 63–71. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=93&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1369%2C0%2C4624%2C3261>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1913 e 1914 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Uladislau Herculano de Freitas (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1915, pp. 62–84. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=94&s=0&cv=3&r=0&xywh=-388%2C824%2C2782%2C1962>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1914 e 1915 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1915, pp. 75–92. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=95&s=0&cv=109&r=0&xywh=-1356%2C-1%2C4615%2C3256>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1915 e 1916 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1916, pp. 61–88. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=96&s=0&cv=0&r=0&xywh=0%2C-350%2C4159%2C2934>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1916 e 1917 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, mai. 1917, pp. 55–63. Disponível em

<http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=97&s=0&cv=0&r=0&xywh=-410%2C-639%2C4977%2C3511>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1917 e 1918 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Carlos Maximiliano Pereira dos Santos (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, ago. 1918, pp. 53–67. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=98&s=0&cv=0&r=0&xywh=0%2C-33%2C4111%2C2900>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1918 e 1919 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Urbano Santos da Costa Araújo (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jul. 1919, pp. 49–74. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=99&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1401%2C0%2C4641%2C3273>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1919 e 1920 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto Vieira de Mello (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1920, pp. 49–69. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=100&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-438%2C3760%2C2652>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1921 e 1922 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Joaquim Ferreira Chaves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, abr. 1922, pp. 63–131. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=101&s=0&cv=0&r=0&xywh=-217%2C239%2C4138%2C2919>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1922 e 1923 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. João Luiz Alves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1923, pp. 92–166. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=102&s=0&cv=0&r=0&xywh=7%2C382%2C3681%2C2596>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I dos anos de 1923 e 1924 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. João Luiz Alves (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, jun. 1924, pp. 67–161. Disponível em <http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=103&s=0&cv=0&r=0&xywh=-881%2C-409%2C3488%2C2461>. Acesso em 01 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. **Relatorio I do ano de 1924 apresentado ao Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil pelo Ministro de Estado da Justiça e Negocios Interiores Dr. Affonso Penna Junior (Assistencia a Alienados)**. Rio de Janeiro, DF, 1926, pp. 105–167. Disponível em

<http://ddsnext.crl.edu/titles/107#?c=0&m=104&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-28%2C4048%2C2855>. Acesso em 01 ago. 2020.

Teses doutorais

ALBUQUERQUE, J. P. **Da paralyisia geral dos alienados: seu historico e suas causas**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1896.

ANDRADA, M. F. B. **A forma juvenil da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911.

BAPTISTA, R. A. S. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1876.

BRASIL, P. P. S. **Classificações em Psychiatria**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1909.

CORRÊA, J. M. **Valor diagnostico e therapeutico da punção lombar**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1898.

CRUZ JUNIOR, F. M. D. **Das paralyisias**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1875.

CUNHA, R. L. **Valor diagnostico da punção lombar**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1903.

FERREIRA, G. O. **Signaes reveladores da tabes e da paralyisia geral progressiva**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1913.

FERREIRA, J. A. R. **Da natureza da paralyisia geral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883.

LACERDA, M. S. **Perturbações mentaes na Syphilis Cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912.

LEME, F. B. P. **Do diagnostico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882.

LIMA, A. C. **Laryngite diphtherica**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878.

LIMA, G. P. F. **Do diagnostico e tratamento da syphilis cerebral**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1882.

LUZ, A. G. R. **Do diagnostico differencial das moléstias chronicas do encephalo**. Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1879.

MACEDO, O. **Da syphilis cerebral e seu tratamento.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

MACIEL, J. J. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1911.

MELLO SOBRINHO, U. P. **Sobre algumas manifestações nervosas da heredo-syphilis (Contribuição pessoal a seu estudo).** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912.

MOREIRA, D. C. **Considerações geraes sobre a syphilis.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1839.

NUNES JUNIOR, J. C. **Do diagnóstico diferencial das molestias chronicas do encephalo.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1880.

NUNES, C. P. D. **Da periencephalite e suas formas clínicas.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1890.

PENAFIEL, A. C. **Contribuição ao estudo da paralysis geral dos alienados no Brazil.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1904.

PIRES, J. C. F. **Do diagnostico diferencial das moléstias chronicas do encephalo.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1878.

PITOMBO, E. A. M. **Da paralysis geral.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1885.

SAMPAIO, J. A. F. **Um caso de paralysis geral progressiva.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

SANTIAGO, R. F. **Da natureza da paralysis geral.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1884.

SILVA, A. L. P. **Encephalite.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1868.

SILVA, A. P. **Soro diagnostico da syphilis.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1910.

VELLOSO, A. C. L. **Sobre a demencia paralytica na mulher.** Tese (Doutoramento em Medicina), Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1912.

VIANNA, A. M. **Contribuição ao estudo da demencia paralytica.** Tese (Doutoramento em Medicina). Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915.

BIBLIOGRAFIA

- ACCORSI, G. E. **Entre a moléstia e a cura: a experiência da malarioterapia pelos psiquiatras do Rio de Janeiro (1924-1956)**. 177 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2015.
- AFFONSO Pereira Pinheiro. Membros Titulares, Academia Nacional de Medicina, s/d. Disponível em: http://anm.org.br/conteudo_view.asp?id=125&descricao=Affonso+Pereira+Pinheiro. Acesso em 19 fev. 2020.
- AGUILERA, J. F. C. Charcot y su legado a la medicina. **Gaceta Médica de México**, Ciudad de México, v. 148, 2012, pp.321–326.
- ALBUQUERQUE, W. R. “A vala comum da ‘raça emancipada’”: abolição e racialização no Brasil, breve comentário. **Resgate da Memória**, Salvador, BA, v. 3, 2014, pp.1–13.
- ALMEIDA, F. M. O *Esboço de psiquiatria forense* de Franco da Rocha. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 11, n. 1, 2008, pp.137–150.
- ALMEIDA-FILHO, N. O legado de Cabanis: hipótese sobre raízes da educação médica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 33, n. 7, 2017, pp.1–15.
- ALOIS ALZHEIMER (1864-1915) Neurohistopathologist. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 208, n. 6, 1969, pp.1017–1018.
- ÁLVAREZ, J. P. Jean-Étienne Dominique Esquirol, aliéniste. **Revista Médica Clínica Las Condes**, Las Condes, v. 23, n. 5, 2012, pp.644–645.
- AMADOR, L. H. M. “**Degenerados e Contagiantes**”: a luta contra a sífilis no Pará (1915-1934). 113 f. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDERSON, W. Racial Conceptions in the Global South. **Isis**, Chicago, v. 105, n. 4, 2014, pp.782–792.
- ANTONIO Austregésilo Rodrigues Lima. Membros Eméritos, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=171. Acesso em: 3 mar. 2020.
- ANTÔNIO José Pereira da Silva Araújo. Membros Titulares, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: [http://anm.org.br/conteudo_view.asp?id=192&descricao=Antonio+Jos%C3%A9+Pereira+da+Silva+Ara%C3%BAjo+\(Cadeira+No.+65\)](http://anm.org.br/conteudo_view.asp?id=192&descricao=Antonio+Jos%C3%A9+Pereira+da+Silva+Ara%C3%BAjo+(Cadeira+No.+65)). Acesso em 19 fev. 2020.
- ARMAS, O. V. La introducción del concepto de “parálisis general progresiva” en la psiquiatría

decimonónica española. **Asclepio**, Madrid, v. 52, n. 1, 2000, pp.53–72.

ARTHUR Moses. Membros Eméritos, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: http://anm.org.br/conteudo_view.asp?id=212. Acesso em 3 mar. 2020.

ARTVINLI, Fatih. More than a Disease: The History of General Paralysis of the Insane in Turkey. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 23, n. 2, 2014, pp.127–139.

AURELIANO Vieira Werneck Machado. Membros Eméritos, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: [http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=224&descricao=Aureliano+Vieira+Werneck+Machado+\(Cadeira+No.+84\)](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=224&descricao=Aureliano+Vieira+Werneck+Machado+(Cadeira+No.+84)). Acesso em 28 fev. 2020.

AUSTIN, S. C., STOLLEY, P. D.; LASKY, T. The history of malariotherapy for neurosyphilis – modern parallels. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 268, n. 4, 1992, pp. 516–519.

BATISTA, R. S. **Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo**. 231 f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2015.

BECERRA REBOLLEDO, M. **Fundamentos organicistas e práticas laboratoriais na patologização das drogas o Brasil e no Chile (meados do século XIX ao início do século XX)**. 292 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

BECHTER, K. Research strategies in “slow” infections in psychiatry. **History of Psychiatry**, v. 6, n. 24, 1995, pp.503–511.

BEESON, B. B. Alfred Fournier, his life and works. **Archives of Dermatology and Syphilology**, Chicago, v. 10, n. 3, 1924, pp.297–303.

BENCHIMOL, J. L. Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 1, 1995, pp.67–98.

BENCHIMOL, J. L. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. In HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp.57–97.

BENCHIMOL, J. L. **Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1990.

BENCHIMOL, J. L. **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, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (Ed. e Org.). **Adolpho Lutz e a entomologia médica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

BENCHIMOL, J. L.; TEIXEIRA, L. A. **Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1994.

BENEDEK, T. G. Albert L. Neisser (1855-1916), Microbiologist and Venereologist. **Antimicrobe**. Disponível em <http://www.antimicrobe.org/h04c.files/history/Neisser.asp>. Acesso em 02 ago. 2020.

BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da Clínica - história e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

BERRIOS, G. E. “Depressive pseudodementia” or “Melancholic dementia”: a 19th century view. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 48, 1985, pp.393–400.

BERRIOS, G. E. “Essay on a classification of different genera of insanity” by J. Baillarger (1853). **History of Psychiatry**, v. 19, n. 3, 2008, pp.358–373.

BEZERRA, R. O “Leito de Procusto” ou O Discurso Eugenista de Antônio Carneiro Leão para a Instrução Primária de Pernambuco (1928). In MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Orgs.). **Eugenia e História: Ciência, Educação e Regionalidades**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, UFABC, Universidade Federal do ABC, CD.G Casa de Soluções Editora, 2013, pp.267–285.

BLAKE, A. V. A. S. **Diccionario Bibliographico Brasileiro**. Quinto volume. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1899.

BLAŽEKOVIĆ, A.; OZRETIĆ, D.; HABEK, M.; BILIĆ, E.; BOROVEČKI, F. Neurosyphilis: the shape of a rising threat. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 76, 2018, pp.1–3.

BLUMENTHAL, F. L. Erich Hoffmann, M. D. 1868-1959. **Journal of the American Medical Association Archives of Dermatology**, Chicago, v. 80, n. 5, 1959, pp.595–596.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – Sífilis 2019. Brasília: Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, ano 5, n. 1, out. 2019.

BOSTROEM, A. **Die Progressive Paralyse (Klinik)**. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1930.

BRABIN, B. Malaria’s contribution to World War One – the unexpected adversary. **Malaria Journal**, London, v. 13, n. 497, 2014, pp.1–22.

BRACEGIRDLE, B. “The microscopical tradition”. In PORTER, R.; BYNUM, W. F. (Ed.). **Companion Encyclopaedia of the History of Medicine**. London, New York: Routledge, 1997. pp. 102–119.

BRANCO, R. M. **Michel Foucault e a medicina – sobre o nascimento da clínica moderna**. 150 f. Tese (Doutorado em Filosofia). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP, 2018.

BRANDT, A. M. **No magic bullet**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

BRASLOW, J. T. The influence of a biological therapy on physicians’ narratives and

interrogations: the case of general paralysis of the insane and malaria fever therapy, 1910-1950. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 70, n. 4, 1996, pp.577–608.

BROWN, E. M. French Psychiatry's Initial Reception of Bayle's Discovery of General Paresis of the Insane. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 68, n. 2, 1994, pp.235–253.

BROWN, E. M. Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for general paresis of the insane. **History of Psychiatry**, v. 11, 2000, pp.371–382.

BYNUM, W. F. **Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

CABRAL, D. **Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

CAIRE, M. Antoine (-Athanas) Royer-Collard. **Histoire de la Psychiatrie en France**, 2008-2012. Sessão Grands personnages. Disponível em: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>. Acesso em 21 fev. 2020.

CAIRE, M. Auguste (-Félix) Voisin. **Histoire de la Psychiatrie en France**, 2008-2012. Sessão Biographies succinctes. Disponível em: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/voisina.htm>. Acesso em 10 mar. 2020.

CALDAS, H. **Apotheose do Almirante Saldanha da Gama**. Rio de Janeiro: Typographia e Papelaria de Alex Villela, 1896.

CAMPOS, C.; MARINHO, M. G. S. M. C.; LÓDOLA, S. O serviço público de saúde no município de Araraquara. Do Posto Sanitário ao Health Training Center: análise de uma trajetória. **História Unisinos**, Porto Alegre, RS, v. 22, n. 4, 2018, pp.566–578.

CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

CARRARA, S. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n. 3, 1996a, pp.391–408.

CARRARA, S. Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entreguerras. In HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, pp.426–453.

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

CARRARA, S.; CARVALHO, M. A sífilis e o *aggiornamento* do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 4, 2010, pp.391–399.

CARULA, K. A raça em foco. In **Darwinismo, raça e gênero: projetos modernizadores da nação em conferências e cursos públicos (Rio de Janeiro, 1870-1889)**. Campinas: Editora da

Unicamp, 2016, pp.155–230.

CARVALHO, A. M. T. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n. 1, 1999, pp.133–156.

CARVALHO, R. M. A “**escravidão livre**” na Corte: **escravizados moralmente lutam contra a escravidão de fato (Rio de Janeiro no processo da Abolição)**. 263 f. Tese (Doutorado em História). Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2012.

CASTRO, R.; FACCHINETTI, C. A psicanálise como saber auxiliar da psiquiatria no início do século XX: o papel de Juliano Moreira. **Culturas Psi**, Buenos Aires, n. 4, 2015, pp.24–52.

CERQUEIRA, E. C. B. **A Sociedade Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal: debates sobre ciência e assistência psiquiátrica (1907-1933)**. 234 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHALHOUB, S. Medo branco de almas negras. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, SP, v. 8, n. 16, mar./ago. 1988, pp.83–105.

CHALHOUB, S. **Trabalho, lar e botequim – O cotidiano dos trabalhadores no Rio de Janeiro da belle époque**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

CHALHOUB, S. **Visões da liberdade: uma história das últimas décadas da escravidão na corte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CHARLES B. Dunlap A. B., A. M., M. D. **The American Journal of Insanity**, Washington, v. 83, n. 1, jul. 1926, pp.201-203.

CLAPER, J. R. **Colônia agrícola para Alienados no Rio de Janeiro (1890-1924): Discursos, projetos e práticas na assistência ao Alienado**. 272 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2020.

COFFIN, J. C. Heredity, Milieu and Sin: the works of Bénédict Augustin Morel (1809-1873). *In* A Cultural History of Heredity II: 18th and 19th Centuries, 2., 2003, Berlin. **Preprint 247**. Berlin: Max-Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte, 2003. pp.153–164.

COFFIN, J. C. **La transmission de la folie (1850-1914)**. Paris: L’Harmattan, 2007.

COHEN, H. Pierre Marie 1853-1940. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, v. 46, n. 1047, jul. 1953, pp.29–36.

COSENTINO, C. Jean-Martin Charcot. **Revista Peruana de Neurologia**, San Borja, v. 5, n. 2, ago. 1999, pp.1–3.

COSENTINO, C. La Salpêtrière. **Revista Peruana de Neurologia**, San Borja, v. 4, 1998, pp.1–

3.

CUNHA, M. C. P. De historiadoras, brasileiras e escandinavas. Loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). **Tempo**, Niterói, RJ, v. 3, n. 5, 1998, pp.188–215.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo – Juquery. A história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CUNHA, Raul Leitão da. *In* **Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro**, CPDOC-FGV, s/d. Disponível em: <https://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-biografico/cunha-raul-leitao-da>. Acesso em 19 mar. 2020.

CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. Introduction. *In* **The laboratory revolution in medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, p.1–13.

DALFARDI, B.; NEZHAD, G. S. M. Ernest-Charles Lasègue (1816–1883). **Journal of Neurology**, v. 261, n. 11, 2014, pp.2247–2248.

DALGALARRONDO, P. **Civilização e Loucura – Uma Introdução à História da Etnopsiquiatria**. São Paulo: Lemos, 1996.

DAUWE, F.; KIGLER, B.; MADUREIRA, F. J. C. Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/socmecircam.htm>. Acesso em 09 mar. 2020.

D'ÁVILA, C. As expedições do Instituto Oswaldo Cruz entre 1911 e 1913. **Brasileira Fotográfica**, 14 mar. 2019. Disponível em: <http://brasilianafotografica.bn.br/?tag=joao-pedro-de-albuquerque>. Acesso em 27 fev. 2020.

DAVIS, G. **The cruel madness of love: sex, syphilis and psychiatry in Scotland, 1880-1930**. Amsterdam: Rodopi, 2008.

DOWBIGGIN, I. Back to the Future: Valentin Magnan, French Psychiatry, and the Classification of Mental Diseases, 1885-1925. **Social History of Medicine**, Oxford, v. 9, n. 3, dez. 1996, pp.383–408.

DR. CARL Bruck. **Projekt Stolpersteine Hamburg**. Disponível em https://www.stolpersteine-hamburg.de/en.php?MAIN_ID=7&BIO_ID=911. Acesso em 02 ago. 2020.

DUARTE, L. F. D. A psychopathia sexualis de Krafft-Ebing, ou o progresso moral pela ciência das perversões: 2ª parte. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, RJ, v. 38, n. 3, 1989, pp.119–123.

DUFFIN, J. Laennec. *In* BYNUM, W. F.; BYNUM, H. (Ed.). **Dictionary of medical biography**. Westport; London: Greenwood Press, 2007, pp.757–761.

EDLER, F. C. A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In HEIZER, A.; VIDEIRA, A. A. P. (Org.) **Ciência, Civilização e Império nos Trópicos**. Rio de Janeiro: Access Editora, 2001, pp.97–122.

EDLER, F. C. **A Medicina no Brasil Imperial – clima, parasitas e patologia tropical**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

EDLER, F. C. **Ensino e Profissão Médica na Corte de Pedro II**. São Paulo: Editora UFABC, 2015.

EDLER, F. C. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 3, n. 2, 1996, pp.284–299.

EDUARDO Rabello. Membros Titulares, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=294. Acesso em 3 mar. 2020.

ENGEL, M. G. As fronteiras da ‘anormalidade’: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 5, n. 3, fev. 1999, pp.547–563.

ENGEL, M. G. Educação, sanitarismo e eugenia: o negro e a construção da identidade nacional nos debates científicos da Primeira República (1889-1930). In ABREU, M.; DANTAS, C. V.; MATTOS, H.; LONER, B.; MONSMA, K. (Org.). **Identidades e Projetos Políticos**. Niterói: Editora da UFF, 2013, v. 1. (Histórias do Pós-Abolição no Mundo Atlântico).

ENGEL, M. G. **Meretrizes e Doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)**. São Paulo: Brasiliense, 2004 (1989), 1ª reimpressão.

ENGEL, M. G. **Os Delírios da Razão - Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ENGEL, M. G. Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, supl., 2008, pp.173–190.

ENGSTROM, E. J. ‘On the Question of Degeneration’ by Emil Kraepelin (1908). **History of Psychiatry**, v. 18, n. 3, 2007, pp.389–398.

ENGSTROM, E. J. **Clinical psychiatry in Imperial Germany: a history of psychiatric practice**. New York: Cornell University Press, 2003.

ENGSTROM, E. J. Organizing Psychiatric Research in Munich (1903-1925): A Psychiatric *Zoon Politicon* between State Bureaucracy and American Philanthropy. In ROELCKE, V.; WEINDLING, P. J.; WESTWOOD, L. (Ed.). **International Relations in Psychiatry – Britain, Germany, and the United States to World War II**. Rochester: University of Rochester Press, 2013, pp.48–66.

ENGSTROM, E. J.; CROZIER, I. Race, alcohol and general paralysis: Emil Kraepelin’s comparative psychiatry and his trips to Java (1904) and North America (1925). **History of Psychiatry**, v. 29, n. 3, 2018, pp.263–281.

ENGSTROM, E. J.; WEBER, M. M. The directions of psychiatric research by Emil Kraepelin.

History of Psychiatry, v. 16, n. 3, 2005, pp.345–349.

ESPINOZA, J. N. N. **Ideias e práticas médicas: luta contra a tuberculose nas cidades de Lima e Rio de Janeiro, 1882-1919**. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

FACCHINETTI, C. **Diagnósticos de uma nação: Discursos e práticas revelados pelo acervo do Hospício Nacional (1900-1930)**. Relatório final de pesquisa de Pós-Doutorado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2005.

FACCHINETTI, C. Juliano Moreira. Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde, **Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados (blog)**, 2018. Disponível em: <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos>. Acesso em 10 nov. 2020.

FACCHINETTI, C.; CARVALHO, C. Loucas ou modernas? Mulheres em revisa (1920-1940). **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, v. 57, 2019, pp.1–33.

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P. C. O processo diagnóstico das psicopatas do Hospício Nacional de Alienados: entre a fisiologia e os maus costumes (1903-1930). **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2, 2011, pp.697–718.

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P. C.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 2, 2010, pp.527–535.

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

FACCHINETTI, C.; REIS, C. S. O Hospício Nacional: arquitetura, política e população (1852-1902). In JACÓ-VILELA, A. M.; PORTUGAL, F. T. (Org.). **Clio Psyché - Instituições, História, Psicologia**. Rio de Janeiro, RJ: Outras Letras, 2014, pp.95–123.

FACCHINETTI, C.; VENANCIO, A. T. A. Da Psiquiatria e de suas Instituições: um balanço historiográfico. In TEIXEIRA, L. A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. (Org.). **História da Saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018, pp. 356–402.

FALCONI, R. R. O Médico Dr. André Pio da Silva. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores de História e Genealogia**, Belo Horizonte, MG, v. 18, 2012, pp.263-269.

FASSIN, D. Nem Raça, nem Racismo: O que Racializar Significa. In SCHWARCS, L. M.; MACHADO, M. H. P. T. (Org.). **Emancipação, inclusão e exclusão – desafios do passado e do presente**. São Paulo: Edusp, 2018, pp.51–72.

FERENCZI, S. Die psychiatrische Schule von Bordeaux über die Psychoanalyse. In **Bausteine zur Psychoanalyse**. Bern: Hans Huber, 1939, pp.12–45.

FERNAND-ISIDORE Widal. **Encyclopaedia Britannica**, 20 jul 1998. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Fernand-Isidore-Widal>. Acesso em 21 fev. 2020.

FERREIRA, L. O. Introdução: José Francisco Xavier Sigaud e a tradução local do higienismo. In SIGAUD, J. F. X. **Do Clima e das Doenças do Brasil ou Estatística Médica deste Império**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, pp.17–26. (Coleção História e Saúde).

FERREIRA, L. O. João Vicente Torres Homem: descrição da carreira médica no século XIX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 4, n. 1, 1994, pp.57–78.

FERREIRA, L. O. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 1, 2004, pp.93–107.

FERREIRA, L. O. Uma interpretação higienista do Brasil Imperial. In HEIZER, A.; VIDEIRA, A. A. P. (Org.) **Ciência, Civilização e Império nos Trópicos**. Rio de Janeiro: Access Editora, 2001, pp.207–223.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010. (Ciência, Tecnologia e Sociedade).

FONSECA, M. R. F. F.; MADUREIRA, F. J. C. Andrade, Nuno Ferreira de. In **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/andnunfer.htm>. Acesso em 07 fev. 2020.

FONSECA, M. R. F. F.; MADUREIRA, F. J. C. Brandão, João Carlos Teixeira. In **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/branjteix.htm>. Acesso em 30 jan. 2020.

FONSECA, M. R. F. F.; MONTEIRO, R. B. SIGAUD, José Francisco Xavier. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/pdf/sigjoxav.pdf>. Acesso em 25 mar. 2020.

FONSECA, M. R. F. Simoni, Luís Vicente de. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/simonil.htm>. Acesso em 29 jan. 2020.

FONSECA, M. R. F.; VARELA, A.; VELLOSO, V. P.; MADUREIRA, F. J. C. Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. In **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/facmedeirsp.htm>. Acesso em 27 fev. 2020.

FREDERIKS, J. A. M.; KOEHLER, P. J. The first lumbar puncture. **Journal of the History of the Neurosciences**, v. 6, n. 2, 1997, pp.147–153.

FRENCH, R. The anatomical tradition. In PORTER, R.; BYNUM, W. F. (Ed.). **Companion**

Encyclopaedia of the History of Medicine. London; New York: Routledge, 1997, pp.81–101. FRESQUET, J. L. Alfred Jean Fournier (1832-1914). *Historia de la Medicina*, València, jan. 2007. Epónimos y biografias médicas. Disponível em: <https://www.historiadelamedicina.org/fournier.html>. Acesso em 22 fev. 2020.

FRESQUET, J. L. Sigismond François Jaccoud (1830-1913). *Historia de la Medicina*, València, mar. 2008. Epónimos y biografias médicas. Disponível em: <https://www.historiadelamedicina.org/pdfs/jaccoud.pdf>. Acesso em 22 fev. 2020.

GAMBINO, M. ‘These strangers within our gates’: race, psychiatry and mental illness among black Americans at St Elizabeths Hospital in Washington, DC, 1900–40. **History of Psychiatry**, v. 19, n. 4, 2008, pp.387–408.

GASPARD-LAURENT BAYLE (1774-1816). **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 193, n. 5, 1965, p.390.

GINZBURG, C. Sinais: Raízes de um paradigma indiciário. *In* **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989, pp.143–179.

GIOVANNI Battista Morgagni. **Encyclopaedia Britannica**, 21 fev 2020. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Giovanni-Battista-Morgagni>. Acesso em 21 fev. 2020.

GLEDHILL, S. De guerreiros a doutores negros: a contribuição de Manuel Querino. *In* CHALHOUB, S.; PINTO, A. F. M. (Org.). **Pensadores negros – pensadoras Negras: Brasil, séculos XIX e XX**. Cruz das Almas, Belo Horizonte: EDUFRB, Fino Traço, 2016, pp.191–211.

GODOY, A. B. **A loucura como constructo discursivo e sintoma social uma análise do funcionamento da ideologia e do inconsciente na constituição dos sujeitos**. 330 f. Tese (Doutorado em Letras). Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2016.

GOLDSTEIN, J. **Console and Classify - The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

GOMES, A. C. História, ciência e historiadores na Primeira República. *In* HEIZER, A.; VIEIRA, A. A. P. (Org.) **Ciência, civilização e república nos trópicos**. Rio de Janeiro: Mauad X, FAPERJ, 2010, pp.11–29.

GOMES, A. C. V. **Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século XIX (1880-1889)**. Belo Horizonte, Campina Grande, Rio de Janeiro: Fino Traço, EDUEPB, Editora Fiocruz, 2013.

GONÇALVES, M. S. A imprensa médica na Corte imperial: a loucura e as doenças nervosas nas páginas dos periódicos especializados (1850-1880). **Varia Historia**, Belo Horizonte, BH, v. 29, n. 49, 2013, pp.143–168.

GONÇALVES, M. S. **Mente sã, corpo são: disputas, debates e discursos médicos na busca pela cura das “nevroses” e da loucura na Corte Imperial (1850-1880)**. 244 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de

Janeiro, RJ, 2011.

GRANADA, A. G. La parálisis general progresiva en el Manicomio Departamental de Antioquia, 1930-1950. **Trashumante. Revista Americana de Historia Social**, Cuajimalpa, Medellín, v. 5, n. 1, 2015, pp.104–127.

GRAY, H. History of lumbar puncture (rachicentesis) - the operation and the idea. **Archives of Neurology and Psychiatry**, Chicago, v. 6, n. 1, 1921, pp.61–69.

GUERRA, W. P. A Legendária Ferrovia Madeira-Mamoré. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 93, 1996, pp.73–88.

GUIMARÃES, L.; IDOETA, P. A. Sífilis, a doença evitável e de tratamento barato que mata um número crescent de bebês no Brasil. **BBC News Brasil**, São Paulo, 30 nov. 2019. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-50398561>. Acesso em 28 ago. 2020.

GUPTA, R. Kraepelin, Alzheimer and Munich. **Australasian Psychiatry**, v. 11, n. 3, 2003, pp.341–343.

H. E. Professor Paul Näcke. **Journal of Mental Science**, Cambridge, v. 60, n. 248, jan. 1914, pp.172–173.

HAAS, L. Jean Alfred Fournier (1832-1914). **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 65, n. 3, 1998, p. 373.

HARE, E. H. The origin and spread of dementia paralytica. **Journal of Mental Sciences**, Cambridge, v. 105, 1959, pp.594–626.

HARRIS, R. **Assassinato e Loucura: medicina, leis e sociedade no fin de siècle**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

HAUSTGEN, T. Gilbert Ballet (1853–1916) ou les débuts de la psychiatrie universitaire en France (à propos du centenaire de sa mort). **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, v. 174, n. 10, dez. 2016, pp.871–880.

HEIZER, A.; VIDEIRA, A. A. P. (Org.) **Ciência, Civilização e Império nos Trópicos**. Rio de Janeiro: Access Editora, 2001.

HESS, V.; MAJERUS, B. Writing the history of psychiatry in the 20th century. **History of Psychiatry**, v. 22, n. 2, 2011, pp.139–145.

HIPPIUS, H.; MÜLLER, N. The work of Emil Kraepelin and his research group in München. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, v. 258, n. 2, 2008, pp.3–11.

HUERTAS, R. Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). **History of Psychiatry**, v. 19, n. 2, 2008, pp.123–140.

HUERTAS, R. Historia de la psiquiatría, por qué?, para qué? Tradiciones historiográficas e nuevas tendencias. **Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría**, Madrid, v. 1, n. 1, 2001,

pp.9–36.

HUERTAS, R. Subjectivity in clinical practice: on the origins of psychiatric semiology in early French alienism. **History of Psychiatry**, v. 25, n. 4, 2014, pp.459–467.

HUMEAU, C. **Procréer – histoire et représentations**. Paris: Odile Jacob, 1999.

HURN, J. D. **The history of general paralysis of the insane in Britain, 1830 to 1950**. 331 f. Thesis (PhD in Philosophy), University of London, London, 1998.

INTROCASO, L. Aspectos históricos da hipertensão – história da medida da pressão arterial. **HiperAtivo**, São Paulo, SP, v. 5, n. 2, abr.-jun. 1998, pp.79–82.

JACOBINA, R. R. **Juliano Moreira da Bahia para o mundo – a formação baiana do intelectual de múltiplos talentos (1872-1902)**. Salvador: EDUFBA, 2019.

JACOBINA, R. R. Nem clima nem raça: a visão médico-social do acadêmico Juliano Moreira sobre a sífilis maligna precoce. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, BA, v. 38, n. 2, 2014, pp.432–465.

JACOBINA, R. R.; GELMAN, E. A. Juliano Moreira e a Gazeta Médica da Bahia. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 4, 2008, pp.1077–1097.

JACÓ-VILELA, A. M.; ESPÍRITO SANTO, A. A.; PEREIRA, V. F. S. Medicina legal nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1830-1930): o encontro entre medicina e direito, uma das condições de emergência da psicologia jurídica. **Interações**, Belo Horizonte, MG, v. 10, n. 19, 2005, p.p9–34.

JEAN-ATHANASE Sicard (1872-1929). **Bibliothèque Nationale de France Data**. Disponível em <https://data.bnf.fr/ark:/12148/cb11281974k>. Acesso em 01 ago. 2020.

JULES Bordet. **Encyclopaedia Britannica**. Disponível em <https://www.britannica.com/biography/Jules-Bordet>. Acesso em 02 ago. 2020.

JULES JEAN Baptiste Vincent Bordet. **Oxford Reference**. Disponível em <https://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095518821>. Acesso em 02 ago. 2020.

KAPLAN, R. M. Syphilis, Sex and Psychiatry, 1789–1925: Part 1. **Australasian Psychiatry**, v. 18, n. 1, 2010a, pp.17–21.

KAPLAN, R. M. Syphilis, Sex and Psychiatry, 1789–1925: Part 2. **Australasian Psychiatry**, v. 18, n. 1, 2010b, pp.22–27.

KIRCHER, T.; DAVID, A. (Ed.). **The Self in Neuroscience and Psychiatry**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

KIRCHHOFF, T. Peter Willers Jessen 1793–1875. In **Deutsche Irrenärzte**. Springer: Berlin, Heidelberg, 1921, pp.137–146.

KOJIMA, N.; KLAUSNER, J. D. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. **Current Epidemiology Reports**, v. 5, n. 1, 2018, pp.24–38.

KRAGH, J. V. Malaria fever therapy for general paralysis of the insane in Denmark. **History of Psychiatry**, v. 21, n. 4, 2010, pp.471–486.

KRAGH, J. V. Neurosyphilis. Historical Perspectives on General Paresis of the Insane. **JSM Schizophrenia**, v. 2, n. 2, 2017, p.1013.

KREMER, R. L. Building institutes for physiology in Prussia, 1836-1846: contexts, interests and rhetoric. In CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Ed.). **The laboratory revolution in medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp.72–109.

KREUTER, A. **Deutschsprachige Neurologen und Psychiater**. München, New Providence, London, Paris: K. G. Saur, 1996.

KROPF, S. P. A descoberta da doença dos sertões: ciência e saúde nos trópicos brasileiros no início do século XX. In HEIZER, A.; VIEIRA, A. A. P. (Org.). **Ciência, civilização e república nos trópicos**. Rio de Janeiro: Mauad X, FAPERJ, 2010. pp.57–79.

KUBICKI, K.; ZEIDMAN, L. A. Pioneers in neurology: Felix Plaut (1877–1940). **Journal of Neurology**, 2020, pp.1-3.

KUMBIER, E.; HAACK, K. Alfred Hauptmann - Schicksal eines deutsch-jüdischen Neurologen [Alfred Hauptmann - the fate of a german neurologist of jewish origin]. **Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie**, v. 70, n. 4, 2002, pp.204–209.

LEIBBRAND, W.; WETDEY, A. **Der Wahnsinn: Geschichte der Abendländischen Psychopathologie**. Freiburg: Verlag Karl Alber, 1961.

LENOIR, T. Laboratories, medicine and public life in Germany, 1830-1849: ideological roots of the institutional revolution. In CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Ed.). **The laboratory revolution in medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp.14–71.

LIMA, I. S. “Tijolo mal queimado”: mestiçagem e democracia racial. In SAMPAIO, G. R.; LIMA, I. S.; BALABAN, M. (Org.). **Marcadores da Diferença**. Salvador: EDUFBA, 2019, pp.155–184.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural do Banco do Brasil, 1996, pp.23–40.

LINDENMANN, J. Siegel, Schaudinn, Fleck and the Etiology of Syphilis. **Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, v. 32, n. 3, 2001, pp.435–455.

LOPES, R. H. Rodrigues, Nina. In ABREU, A. A. (Coord.). **Dicionário histórico-biográfico da Primeira República (1889-1930)**. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/RODRIGUES,%20Nina.pdf>. Acesso em 29 jun. 2020.

LOPES, R. H.; NOLL, I. Penafiel, Carlos. *In* ABREU, A. A. (Coord.). **Dicionário histórico-biográfico da Primeira República (1889-1930)**. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/PENAFIEL,%20Carlos.pdf>. Acesso em 28 fev. 2020.

LÖWY, I. Testing for a sexually transmissible disease, 1907–1970: the history of the Wassermann reaction. *In* BERRIDGE, V.; STRONG, P. (Org.). **AIDS and Contemporary History**. Cambridge University Press, 1993, pp.74–92.

MACHADO, M. H. **O plano e o pânico – Os Movimentos Sociais na Década da Abolição**. Rio de Janeiro, São Paulo: EDUFRRJ, EDUSP, 1994.

MACIEL, C.; KERR-CORREA, F. Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool: síndrome de abstinência e outras doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, SP, v. 26, supl. 1, 2004, pp.47–50.

MALAGUIAS, A. G. O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 3, 2016, pp.733–756.

MARIE-FRANÇOIS-XAVIER Bichat. **Encyclopaedia Britannica**, 18 jul 2019. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Marie-Francois-Xavier-Bichat>. Acesso em 21 fev. 2020.

MARQUES, A. P. R. **Crime e violência na Comarca de Araraquara**. 127 f. Dissertação (Mestrado em História Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2009.

MARSALA, S. Z.; GIOULIS, M.; PISTACCHI, M. Cerebrospinal fluid and lumbar puncture: the story of a necessary procedure in the history of medicine. **Neurological Sciences**, v. 36, pp.1011–1015, 2015.

MASON, D.; HSIN, H. ‘A more perfect arrangement of plants’: the botanical model in psychiatric nosology, 1676 to the present day. **History of Psychiatry**, v. 29, n. 2, 2018, pp.131–146.

MATHEWS, S. E. **Matter Over Mind: The Contributions of the Neuropathologist Sir Frederick Walker Mott to British Psychiatry, c.1895-1926**. Thesis (PhD in Philosophy), University of Manchester, Manchester, 2006.

MATHIAS, C. M. **O Pavilhão de Observação na Psiquiatria do Distrito Federal: a Gestão de Henrique Roxo (1921-1945)**. 205 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2017a.

MATHIAS, C. M. Teixeira Brandão (1854-1921). *In* VIANNA, C.; ENGEL, M. G. (Org.). **Trajetórias e sociabilidades intelectuais no Rio de Janeiro (séculos XIX e XX)**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2017b, pp.146–157.

MATTOS, S. G.; CURY, J. A. A malarioterapia no tratamento da neurosífilis. *In*

GUILHERMANO, L. G.; SCHWARTSMANN, L. C. B.; SERRES, J. C. P.; LOPES, M. H. I. (Org.). **Páginas da História da Medicina**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2010, pp.151–160.

MAULITZ, R. C. **Morbid Appearances - The Anatomy of Pathology in the Early Nineteenth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

MAZUMDAR, P. M. H. “In the Silence of the Laboratory”: The League of Nations Standardizes Syphilis Tests. **Social History of Medicine**, Oxford, v. 16, n. 3, 2003, pp.437–459.

MÉNDEZ, F. F. **Sujeto y confianza en el primer alienismo: Étienne-Jean Georget (1795-1828)**. 285 f. Tesis (Doctorado). Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, 2017.

MESSAS, G. P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 1, 2008, pp.65–98.

MILANI, S. E. Étienne Bonnot de Condillac: das sensações nasce o sistema de línguado homem. **Papéis - Revista do Programa de Pós-Graduação em Estudos de Linguagens - UFMS**, Campo Grande, MS, v. 20, n. 39, 2016, pp.116–135.

MOJICA, A. G. Q. Johannes Friedrich August von Esmarch. (1823-1908). **Acta Ortopédica Mexicana**, Ciudad de México, v. 21, n. 4, ago. 2007, pp.230–231.

MONSMA, J. A natureza do racismo e a persistência da dominação racial. *In* **A reprodução do racismo: fazendeiros, negros e imigrantes no oeste paulista, 1880-1914**. São Carlos, SP: EdUFSCar, 2016, pp.40–67.

MONTELEONE, J. M. Costureiras, mucamas, lavadeiras e vendedoras: O trabalho feminino no século XIX e o cuidado com as roupas (Rio de Janeiro, 1850-1920). **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, SC, v. 27, n. 1, 2019, pp.1-11.

MORAES, M. C. **No canto do isolamento: loucura e tuberculose no Hospício Nacional de Alienados (1890-190)**. 338 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2020.

MÜLLER, U.; FLETCHER, P. C.; STEINBERG, H. The origin of pharmacopsychology: Emil Kraepelin’s experiments in Leipzig, Dorpat and Heidelberg (1882–1892). **Psychopharmacology**, v. 184, n. 2, 2006, pp.131–138.

MUNDT, C. The history of psychiatry in Heidelberg. *In* **Phenomenology, Language & Schizophrenia**. New York: Springer, 1992, pp.16–31.

MUÑOZ, P. F. N. **À luz do biológico: psiquiatria, neurologia e eugenia nas relações Brasil-Alemanha (1900-1942)**. 356 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2015.

MUÑOZ, P. F. N. Por una psiquiatria experimental y de laboratorio: la formación de una comunidad alemano-brasileña de la medicina mental (1900-1914). **Universitas Psychologica**,

Bogotá, v. 13, n. 5, 2014, pp.1967–1981.

MUÑOZ, P. F. N., FACCHINETTI, C.; DIAS, A. A. T. Suspeitos em observação nas redes da psiquiatria: o Pavilhão de Observações (1894-1930). **Memorandum: memória e história em psicologia**, Belo Horizonte, MG, v. 20, 2011, pp.83–104.

NEVES, A. C. **O emergir do corpo neurológico no corpo paulista: Neurologia, Psiquiatria e Psicologia em São Paulo a partir dos periódicos médicos paulistas (1889-1936)**. 509 f. Tese (Doutorado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2008.

NEVES, M. S. Ciência, civilização e República. In HEIZER, A.; VIEIRA, A. A. P. (Org.) **Ciência, civilização e república nos trópicos**. Rio de Janeiro: Mauad X; FAPERJ, 2010. pp.31–44.

NIXON, K.; SERVITJE, L. Introduction. In **Syphilis and Subjectivity – From the Victorians to the Present**. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, pp.1–12.

NOTICE sur la vie et les travaux du Professeur Octave Gengou; membre titulaire. **Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique**, Bruxelles, v. 22, n. 5, 1957, pp.210–213.

NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 1, n. 1, 1991, pp.49–76.

NUNO Ferreira de Andrade. Membros Eméritos, **Academia Nacional de Medicina**, s/d. Disponível em: http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=594. Acesso em 07 fev. 2020.

O'CONNOR, M. Mobilizing Clouston in the colonies? General paralysis of the insane at the Auckland Mental Hospital, 1868-99. **History of Psychiatry**, v. 26, n. 1, 2015, pp.64–79.

OBITUARIES – Frederick Walker Mott. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, Baltimore, v. 64, n. 5, nov. 1926, pp.555–559.

OBITUARIES. Felix Plaut. **Nature**, v. 146, 10. ago. 1940, p. 190.

ODA, A. M. G. R. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. **Psychiatry Online Brazil**, v. 6, n. 12, dez. 2001, s/p.

ODA, A. M. G. R. Ordenando a babel psiquiátrica: Juliano Moreira, Afrânio Peixoto e a paranoia na nosografia de Kraepelin (Brasil, 1905). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, 2010, pp.495–514.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Apresentação. In PINEL, P. **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007 [1800/1801], pp.15–44.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. A paranóia, segundo Juliano Moreira e Afrânio Peixoto. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 4, n. 2, 2001, pp.125–133.

OLIVEIRA, P. H. D. **Instituição do Alienismo nos Periódicos Médicos. Rio de Janeiro, 1832-1852.** 181 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2016.

OOSTERHUIS, H. **Stepchildren of Nature – Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity.** Chicago, London: University of Chicago Press, 2000.

ORIEL, J. D. Eminent venereologists. 3. Philippe Ricord. **Genitourinary Medicine**, v. 65, n. 6, 1989, pp.388–393.

ORIEL, J. D. **The Scars of Venus – A History of Venereology.** London: Springer-Verlag, 1994.

ORIENTAÇÕES para o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

ORTEGA, F. Elementos para uma história da neuroascese. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 3, 2009, pp.621–640.

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

PARASCANDOLA. **Sex, Sin, and Science – A History of Syphilis in America.** Westport, Connecticut, London: Praeger, 2008.

PASHKOV, K. A.; BETEKHTIN, M. S. Philippe Ricord – prominent venereologist of the XIX century. **History of Medicine**, Moscow, v. 4, n. 4, 2014, pp.13–17.

PEARCE, J. M. S. A note on Pierre Marie (1853-1940). **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 75, 2004, p. 1583.

PEARCE, J. M. S. Brain Disease Leading to Mental Illness: A Concept Initiated by the Discovery of General Paralysis of the Insane. **European Neurology**, v. 67, n. 5, 2012, pp.272–278.

PEARCE, J. M. S. Walter Essex Wynter, Quincke, and lumbar puncture. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 57, n. 2, 1994, p. 179.

PEREIRA, M. E. C. Griesinger e as bases da “Primeira psiquiatria biológica”. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 10, n. 4, 2007, pp.685–691.

PEREIRA, M. E. C. Ulysses Pernambucano e a questão da “Higiene mental”. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 8, n. 1, 2005, pp.123–129.

PERES, M. A. A.; BARREIRA, I. A.; SANTOS, T. C. F.; ALMEIDA FILHO, A. J. A.; OLIVEIRA, A. B. O ensino da psiquiatria e o poder disciplinar da enfermagem religiosa: o Hospício de Pedro II no segundo reinado. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 20, n. 4, 2011, pp.700–708.

- PERIA, M. A. **Taquaritinga – História e Memória**. Taquaritinga: Câmara Municipal de Taquaritinga, 2016.
- PESET, J. L. La revolución hipocrática de Philippe Pinel. **Asclepio**, Madrid, v. 55, n. 1, 2003, pp.263–280.
- PHILIPPON, J.; POIRIER, J. **Josef Babinski - A Biography**. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- PICK, D. **Faces of Degeneration: A European Disorder, c. 1848–1918**. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- PIETRZAK-FRANGER, M. Medical Mappings of Syphilis in the Late Nineteenth Century. In NIXON, K.; SERVITJE, L. (Ed.). **Syphilis and Subjectivity – From the Victorians to the Present**. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, pp.15–38.
- PORTER, R. **Madness: a brief history**. New York: Oxford University Press, 2002.
- PORTER, R. **The Greatest Benefit to Mankind. A medical history of humanity from Antiquity to the present**. London: Fontana Press, 1999.
- PORTER, R.; MICALE, M. S. Introduction: Reflections on Psychiatry and Its Histories. In **Discovering the History of Psychiatry**. New York; Oxford: Oxford University Press, 1994, pp.3–36.
- PORTER, T. M. **Trust in Numbers – The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life**. New Jersey: Princeton University Press, 1995.
- PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- QUÉTEL, C. **History of Syphilis**. Cambridge: Polity Press, 1992.
- RAGO, M. A colonização da mulher. In **Do Cabaré ao Lar - A Utopia da Cidade Disciplinar. Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985, pp.61–116.
- RANCAÑO-PUERTAS, P. L'Hôpital Pitie-Salpêtrière in Paris. **Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica**, Barcelona, v. 33, n. 1, 2011, pp.25–27.
- REIS, J. J. “Nos achamos em campo a tratar da liberdade”: a resistência escrava no Brasil oitocentista. In MOTTA, C. G. (Org.). **Viagem incompleta: a experiência brasileira (1500-2000)**. São Paulo: SENAC, 2000, pp.241–263.
- REIS, J. J. Quilombos e revoltas escravas no Brasil. **Revista USP**, São Paulo, SP, v. 28, dez. 1995/fev. 1996, pp.14-39.
- REPORT ON GLOBAL sexually transmitted infection surveillance. Geneva: World Health Organization, 2018.

RIBEIRO, D. C. **O Hospício de Pedro II e seus internos no caso do Império: desvendando novos significados**. 125 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

ROSENBERG, C. E. Contested boundaries – psychiatry, disease, and diagnosis. **Perspectives in Biology and Medicine**. New York, v. 49, n. 3, 2006, pp.407–424.

ROSENBERG, C. E. Introduction. Framing Disease: Illness, Society, and History. *In* ROSENBERG, C. E.; GOLDEN, J. (Ed.). **Framing Disease. Studies in Cultural History**. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1997, pp.XIII–XXVI.

RUSSO, J. A. A difusão da psicanálise no Brasil na primeira metade do século XX – da vanguarda modernista a radionovela. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 1, 2002, pp.51–61.

SÁ, D. M. **A Ciência como Profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SAIOL, J. R. S. Legislação psiquiátrica no início da República: entre o protagonismo do Hospício Nacional de Alienados e a interiorização da assistência. *In* Encontro da Anpuh-Rio, 17., 2016, Nova Iguaçu. **Anais do XVII Encontro da Anpuh-Rio: entre o local e o global**. Rio de Janeiro: Anpuh-Rio, 2016, s/p.

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

SANGLARD, G. P. **Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940**. 261 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2005.

SANTOS, F. S. D.; VERANI, A. C. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, RJ, v.17, n. 2, 2010, pp.401–420.

SANTOS, R. A.; LOURENÇO, F. S. João Pedro ou João Pedroso? **Brasiliiana Fotográfica**, 11 jan. 2019. Disponível em: <http://brasilianafotografica.bn.br/?tag=joao-pedro-de-albuquerque>. Acesso em 27 fev. 2020.

SCHÄFER, A. Graphology in German psychiatry (1870–1930). **History of Psychiatry**, v. 27, n. 3, 2016, pp.307–319.

SCHATZ, J. L. Stigmatization, Syphilis, and Prostitution: The Discursive Construction os Sex Workers, Diseases, and Feeble-mindedness. *In* NIXON, K.; SERVITJE, L. (Ed.). **Syphilis and Subjectivity – From the Victorians to the Present**. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, p.39–66.

SCHMIDT, E. **Charcot e a Escola da Salpêtrière: a afirmação de uma histeria neurológica**. 157 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2017.

SCHRIFT, A. D.; CONWAY, D. **Nineteenth-Century Philosophy: Revolutionary Responses to the Existing Order**. Oxfordshire: Routledge, 2014.

SCHWARCS, L. M.; MACHADO, M. H. P. T. Abolições: A Construção dos Conceitos de Liberdade, Raça e Tutela nas Américas. *In Emancipação, inclusão e exclusão – desafios do passado e do presente*. São Paulo: Edusp, 2018, pp.151–164.

SCHWARCZ, L. M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCHWARCZ, L. M. Previsões são sempre traiçoeiras: João Baptista de Lacerda e seu Brasil branco. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n.1, 2011, pp.225–242.

SEBASTIAN, A. **A dictionary of the history of medicine**. London, New York: Informa Healthcare, 2011.

SERPA JUNIOR, O. D. O degenerado. **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 17, n. 2, 2010, pp.447–473.

SEVCENKO, N. **A Literatura como Missão: tensões sociais e criação cultural na Primeira República**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SHORTER, E. The First Biological Psychiatry. *In A History of Psychiatry - From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, Weinheim: John Wiley & Sons, 1997, pp.69–112.

SILVA, A. F. C. **A trajetória científica de Henrique da Rocha Lima e as relações Brasil-Alemanha (1901-1956)**. 839 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

SILVA, A. F. C.; BENCHIMOL, J. L. Malaria and quinine resistance: the circulation of a medical and scientific issue between Brazil and Germany (1907-1919). **Medical History**, Cambridge, v. 58, n. 1, 2014, pp.1–26.

SILVA, C. N. A. Simplício de Lemos Braule Pinto. Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde, **Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados (blog)**, 2018. Disponível em <http://hpcs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2019/06/Pinto-Simpl%C3%ADcio.pdf>. Acesso em 02 ago. 2020.

SILVA, M. A.L. V.; FONSECA, M. R. F. Saboia, Vicente Cândido Figueira de. **Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)**, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, s/d. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/sabvicfig.htm>. Acesso em 30 mai. 2020.

SILVA, M. R. B. **O mundo transformado em laboratório: ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933**. 262 f. Tese (Doutorado em História Social), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP,

2003.

SILVA, N. V. Odilon Vieira Gallotti. . Biblioteca Virtual em História do Patrimônio Cultural da Saúde, **Médicos que atuaram no Hospital Nacional de Alienados (blog)**, 2019. Disponível em <http://hpcs.bvsalud.org/vhl/temas/historia-saberes-psi/medicos/>. Acesso em 02 ago. 2020.

SILVA, R. P. **As ciências de Afrânio Peixoto: higiene, psiquiatria e medicina legal (1892-1935)**. 361 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

SKIDMORE, T. E. As realidades raciais e o pensamento racial depois da Abolição. *In* **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012a, pp.80–127.

SKIDMORE, T. E. O context intelectual da Abolição no Brasil. *In* **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012b, pp.37–79.

SLIJKHUIS, J.; OOSTERHUIS, H. Cadaver Brains and Excesses in Baccho and Venere: Dementia Paralytica in Dutch Psychiatry (1870-1920). **Journal of the History of Medicine and Allied Sciences**, Oxford, v. 69, n. 3, 2014, pp.426–460.

SOUZA, E. B.; AMORA, A. M. G. A. O Asylo de Mendicidade e os planos urbanísticos do século XIX no Rio de Janeiro. **Urbana**, Campinas, SP, v. 6, n. 8, jun. 2014, pp.649–672.

SOUZA, E. M. Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, RJ, v. 80, n. 5, 2005, pp.547–548.

SOUZA, V. S. **Em busca do Brasil: Edgard Roquette-Pinto e o retrato antropológico brasileiro (1905-1935)**. 382 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

STEPAN, N. L. **A Hora da Eugenia: raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

STEWART, M.; DEBATTISTA, J.; FITZGERALD, L.; WILLIAMS, O. Syphilis, General Paralysis of the Insane, and Queensland Asylums. **Health and History**, Victoria, v. 19, n. 1, 2017, pp.60–79.

SUMMERS, M. ‘Suitable Care of the African When Afflicted With Insanity’: Race, Madness, and Social Order in Comparative Perspective. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 84, n. 1, 2010, pp.58–91.

SUZUKI, A. A brain hospital in Tokyo and its private and public patients, 1926-45. **History of Psychiatry**, v. 14, n. 3, 2003, pp.37–360.

TAN, S. Y.; FURUBAYASHI, J. Hideyo Noguchi (1876-1928): Distinguished bacteriologist. **Singapore Medical Journal**, v. 55, n. 10, 2014, pp.550–551.

TARELOW, G. Q. **Entre comas, febres e convulsões – Os tratamentos de choque no Hospital do Juquery (1923-1937)**. Santo André: Editora UFABC, 2015.

TARELOW, G. Q. Psiquiatria em Convulsão: a cardiazolterapia e a introdução da eletroconvulsoterapia no Hospital de Juquery (1936-1950). In MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Org.). **Eugenia e História: Ciência, Educação e Regionalidades**. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, UFABC, Universidade Federal do ABC, CD.G Casa de Soluções Editora, 2013, pp.213–228.

TARELOW, G. Q. Um tratamento de choque: a aplicação da malarioterapia no Hospital do Juquery (1925-1940). **Cadernos de História da Ciência**, São Paulo, SP, v. 5, n. 1, 2009, pp.7–22.

TEIXEIRA, M. O. L.; RAMOS, F. A. C. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, Rio de Janeiro, RJ, v. 15, n. 2, junho 2012, pp.364–381.

TIBERGHIE, D. A pioneer in neuropathology: Alix Joffroy (1844–1908), J. M. Charcot's pupil. **Neuromuscular Disorders**, v. 20, n. 3, 2010, pp.207–213.

TOWNSEND, J. Marriage, Motherhood and the Future of Race: Syphilis in Late-Victorian and Edwardian Britain. In NIXON, K.; SERVITJE, L. (Ed.). **Syphilis and Subjectivity – From the Victorians to the Present**. Cham: Palgrave Macmillan, 2018, pp.67–90.

TSAY, C. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malarial therapy for the treatment of general paresis of the insane. **Yale Journal of Biology and Medicine**, New Haven, v. 86, 2013, pp.245–254.

TUDDENHAM, S.; GHANEM, K. G. Neurosyphilis: Knowledge Gaps and Controversies. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 3, 2018, pp.147–151.

VAYRE P. Gilbert Ballet (1853-1916). Reasonable psychiatry. **Histoire des Sciences Medicales**, Paris, v. 41, n. 3, jul.-set. 2007, pp.263–268.

VENANCIO, A. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 3, 2003, pp.88–900.

VENANCIO, A. T. A. Doença Mental, Raça e Sexualidade nas teorias Psiquiátricas de Juliano Moreira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 2, 2004, pp.283–305.

VENANCIO, A. T. A. Os alienados segundo Henrique Roxo: ciência psiquiátrica no Brasil no início do século XX. **Culturas Psi**, Buenos Aires, v. 0, 2012, pp.29–43.

VENANCIO, A. T. A.; CARVALHAL, L. A classificação psiquiátrica de 1910: ciência e civilização para a sociedade brasileira”. In JACÓ-VILELA, A. M.; CERREZZO, A. C.; RODRIGUES, H. B. C. (Org.). **Clio-psyché ontem: fazeres e dizeres psi na história do Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. FAPERJ, 2001, pp.151–160.

VENANCIO, A. T. A.; FACCHINETTI, C. “Gentes provindas de outras terras” – ciência psiquiátrica, imigração e nação brasileira. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 8, n. 2, 2005, pp.356–363.

VENANCIO, A. T. As faces de Juliano Moreira: luzes e sombras sobre seu acervo pessoal e suas publicações. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 2, n. 36, 2005, pp.59–74.

VENANCIO, G. M. Lugar de mulher é... Na fábrica; Estado e trabalho feminino no Brasil (1910-1934). **História: Questões & Debates**, Curitiba, PR, n. 34, 2001, pp.175–200.

WALUSINSKI, O. Jean-André Rochoux (1787–1852), a physician philosopher at the dawn of vascular neurology. **Revue Neurologique**, Paris, v. 173, 2017, pp.532–541.

WEBER, M. M. Alois Alzheimer, a coworker of Emil Kraepelin. **Journal of Psychiatric Research**, v. 31, n. 6, 1997, pp.635–643.

WEID, E.; BASTOS, M. R. **O fio da meada; estratégia de expansão de uma indústria têxtil: Companhia América Fabril: 1878-1930**. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, CNI, 1986.

WEINDLING, P. Scientific elites and laboratory organization in fin de siècle Paris and Berlin: the Pasteur Institute and Robert Koch’s Institute for Infectious Diseases compared. In CUNNINGHAM, A.; WILLIAMS, P. (Ed.). **The laboratory revolution in medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp.170–188.

WEINDLING, P. The Origins of Informed Consent: The International Scientific Commission on Medical War Crimes, and the Nuremberg Code. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 75, n. 1, 2001, pp.37-71.

WEISZ, G. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, v. 77, n. 3, 2003, pp.536–575.

WHITROW, M. Wagner-Jauregg and fever therapy. **Medical History**, Cambridge, v. 34, 1990, pp.294–310.

WULF, S.; SCHMIEDEBACH, H. Wahnsinn und Malaria – Schnittpunkte und Grenzverwischungen zwischen Psychiatrie und Tropenmedizin in Hamburg (1900–1925). **Gesnerus**, Lausanne, v. 71, n. 1, 2014, pp.98–141.

ZORZANELLI, R. T. Hipóteses etiológicas sobre a neurastenia na obra de George Beard e seus contemporâneos europeus. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, SP, v. 12, n. 3, 2009, pp.512–523.