



A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil

The creation of chairs in tropical medicine in Peru and Brazil

Marta de Almeida

Pesquisadora do Museu de Astronomia e Ciências Afins/
Ministério da Ciência e Tecnologia.

Rua General Bruce, 586
20921-030 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
martadeal@gmail.com

Recebido para publicação em janeiro de 2010.

Aprovado para publicação em agosto de 2010.

ALMEIDA, Marta de. A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.355-373.

Resumo

Analisa a proposta de criação da cátedra de medicina tropical nas faculdades de medicina da América Latina feita em 1913, por ocasião do 5º Congresso Médico Latino-americano, em Lima. Investiga o processo de institucionalização do ensino médico dessa especialidade no Peru e no Brasil, por meio da atuação de Julián Arce e Carlos Chagas, médicos que se dedicaram à medicina tropical. O foco da análise são as aulas inaugurais ministradas pelos médicos, a primeira em 1916, na Faculdade de Medicina da Universidade de San Marcos, em Lima, e a segunda em 1926, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Pretende-se contribuir para uma análise mais aprofundada dos diferentes sentidos que a medicina tropical teve no Brasil e no Peru.

Palavras-chave: medicina tropical; Julián Arce (1863-1931); Carlos Chagas (1878-1934); Brasil; Peru.

Abstract

At the 5th Latin American Congress of Medicine, held in Lima, Peru, in 1913, the idea was put forth to establish chairs in Tropical Medicine at medical schools in Latin America. Through reference to the involvement of Julián Arce and Carlos Chagas, physicians devoted to the study of tropical medicine, the article analyzes this proposal and examines the process by which the teaching of the specialty became institutionalized in Peru and Brazil. The focus is specifically on the inaugural classes given by both professors, the former speaking before the University of San Marcos Faculty of Medicine in 1916 in Lima and the latter, before the Rio de Janeiro Faculty of Medicine in 1926. The present study hopes to contribute to a deeper understanding of the distinct meanings assigned to tropical medicine in Brazil and Peru.

Keywords: tropical medicine; Julián Arce (1863-1931); Carlos Chagas (1878-1934); Brazil; Peru.

A institucionalização da medicina tropical consolidou-se com o desenvolvimento de pesquisas em microbiologia, parasitologia e entomologia associadas à perspectiva de transmissão de doenças por vetores, bem como com os estudos sobre as interações dos organismos em seu ambiente natural. O interesse por temas relativos às doenças tipicamente desenvolvidas em zonas tropicais ou de climas quentes fazia parte das preocupações médicas de diversos países desde o século XIX (Edler, 1999).

A historiografia considera os trabalhos de Patrick Manson, relativos à importância dos vermes na filariose, centrais para a constituição da especialidade e inspiradores dos trabalhos de Ross sobre o papel do mosquito na malária, publicados anos mais tarde (Farley, 1992; Worboys, 1993; Benchimol, 1999; Stepan, 2001; Löwy, 2006). A fundação de institutos de pesquisa em medicina tropical e sua inserção no ensino médico na Europa e nos EUA ocorreram a partir de finais do século XIX.¹ Boa parte dos estudos sobre a África, a Índia e outras partes do império colonial europeu relacionou a institucionalização da medicina tropical com a política colonizadora daquele período, sendo muito recorrente o uso das expressões medicina tropical e medicina colonial como sinônimos (Arnold, 1988; Peard, 1996).

Os médicos latino-americanos estavam sintonizados com as discussões internacionais sobre medicina tropical, numa perspectiva de enfrentamento das questões mais sérias sobre doenças características das regiões latino-americanas, visando ‘civilizar’ ou ‘modernizar’ seus países. Ao mesmo tempo, legitimavam o saber sobre as especificidades locais como capital científico (Bourdieu, 1983).

Ao longo dos Congressos Médicos Latino-americanos (CMLA), foram apresentados diversos estudos sobre doenças regionais, e por ocasião do 2º CMLA, em Buenos Aires, foi aprovada a criação de um centro de pesquisa latino-americano sobre doenças tropicais (Almeida, 2006, p.750). Em 1909, no encontro realizado no Rio de Janeiro, foi aprovada a adoção conjunta de uma profilaxia oficial contra o impaludismo na América Latina.² No 5º CMLA, em 1913, foi recomendada aos governos do Brasil e do Peru uma ação conjunta na profilaxia de doenças da região amazônica, especialmente voltada para a febre amarela.³

Com o foco das atenções centrado nos problemas locais, boa parte da pesquisa médica desenvolvida nos países latino-americanos reforçava as peculiaridades das agendas médicas nacionais, inserindo-as no debate internacional sobre o tema, sobretudo através da circulação de pesquisadores em centros de investigação da Europa e dos EUA e com publicações em periódicos internacionais. Dessa forma, muitos cientistas latino-americanos buscavam o reconhecimento entre pares, ao mesmo tempo que divulgavam, em espaços internacionais, a precária situação sanitária de seus respectivos países, agravada pela ocorrência de enfermidades locais. Tal imagem não era a mais desejada por médicos e intelectuais do período, imbuídos da tarefa de inserir a América Latina no rol das nações civilizadas. No entanto, o processo constitutivo das ciências médicas no continente não podia encobrir tal realidade.

Neste artigo, analiso a organização da Seção de Medicina Tropical no âmbito da programação científica do 5º Congresso Médico Latino-americano e os desdobramentos da proposta de criação de cátedras dessa especialidade nas faculdades de medicina latino-americanas. Abordo em seguida as aulas inaugurais ocorridas em Lima, em 1916, e no Rio de Janeiro, dez anos mais tarde. Com isso, pretendo contribuir para uma melhor compreensão dos diferentes sentidos que a medicina tropical teve no Brasil e no Peru, de

acordo com as especificidades de cada país, e, ao mesmo tempo, localizar pontos em comum na institucionalização dessa especialidade médica no continente latino-americano.⁴

Os congressos médicos latino-americanos

Os congressos científicos e, mais especificamente, os congressos médicos realizados na América Latina, somados a outras iniciativas de estreitamento das relações científicas no continente, podem ser entendidos como uma das formas mais expressivas dos anseios para se consolidar uma rede científica latino-americana.

Tais eventos estavam sincronizados com os debates médicos internacionais não somente no que se refere aos temas a serem discutidos, como também à forma de organização típica dos congressos médicos internacionais. Em janeiro de 1901 inaugurou-se, em Santiago do Chile, o primeiro de uma série de congressos médicos latino-americanos, iniciativa que se prolongou até a década de 1930.⁵ Percebe-se, no continente, a formação de redes médico-científicas mais complexas do que se costuma encontrar na historiografia sobre o tema. Seu objetivo central era contribuir para a resolução de questões científicas que interessassem às nações latino-americanas – principalmente no que diz respeito à defesa sanitária internacional – e estabelecer vínculos na região, incentivando o intercâmbio intelectual (Reglamento..., 1908, p.11).

Esses congressos sempre foram acompanhados pelas exposições internacionais de higiene, abertas ao público, com duração de um a dois meses e que buscavam apresentar o universo da higiene de forma pedagógica, orientada e bastante variada. A vinculação entre a organização do congresso médico e a exposição de higiene na América Latina sofreu influência de eventos similares ocorridos na Europa e nos EUA. No final do século XIX, a higiene já não era mais vista como prática emergencial, mas sim como atividade científica que interligava diversos profissionais. Os congressos traduziam, assim, um projeto intelectual no qual as exposições funcionavam como um prolongamento do ato científico, ao apresentar, para um público especializado e não especializado, os novos aparatos relativos à prática da higiene e os resultados das pesquisas em andamento (Rasmussen, 2001; Vigilante, 2001).

No caso da América Latina, havia um diferencial entre países participantes do congresso propriamente dito e da exposição de higiene. No primeiro caso, a inscrição de trabalhos era aberta somente aos países latino-americanos. No segundo, havia a possibilidade de participação de outros países – somente na chamada Seção Industrial –, daí seu caráter internacional. A parte científica da exposição estava aberta unicamente aos países latino-americanos, o que denota um movimento local de reforço da atividade científica autônoma no continente. Assim, encontravam-se em exposição trabalhos realizados nos laboratórios e institutos, aparelhos, instalações sanitárias e publicações (Seção Científica), artigos fabricados e utilizados em construções, vestimentas, alimentos, produtos farmacêuticos e perfumaria (Seção Industrial). De acordo com os organizadores, essas exposições deveriam funcionar como espaços educacionais em que os visitantes poderiam aprender sobre os hábitos de higiene. As exposições internacionais de higiene também promoviam premiações aos melhores expositores. No regimento geral do evento, consta ainda a proposta de utilizar

os artigos expostos para compor um museu de higiene junto à faculdade de medicina de cada país, visando auxiliar na formação médica e para ser visitado pela população em geral (Reglamento..., 1908, p.12).

O esforço dedicado à realização e à manutenção desses eventos científicos indica a existência de um movimento organizacional científico na América Latina, bem como uma composição heterogênea dos profissionais envolvidos, entre os quais podemos mencionar engenheiros, farmacêuticos, dentistas, professores, advogados e setores da imprensa, da indústria e do comércio, além de autoridades públicas.

Das diversas seções científicas dos congressos, a de Higiene invariavelmente concentrou o maior número de trabalhos e de participantes. Dali também saiu a maior parte das propostas e votações ocorridas nas assembleias gerais dos CMLA. Os temas abordados nessa seção foram bastante recorrentes, tais como problemas relacionados a abastecimento e tratamento de águas, higiene pública nos espaços urbanos, epidemias, assistência pública das grandes populações, desinfecção pública, sistema de coleta e de destruição do lixo, higiene das ruas, pavimentação, profilaxia de doenças infecciosas (sobretudo tuberculose e difteria), regulamentação da prostituição, medicina escolar, fiscalização alimentar e hospitais especiais para doenças infecciosas e crianças (Congreso..., 1901, p.14-15).

Muitos informes foram feitos por comissões especiais, formadas por médicos de vários países e encarregadas de estudar doenças de grande incidência na América Latina, como a tuberculose e a sífilis. Esses estudos resultaram em projetos aprovados nas assembleias gerais dos congressos, tornando público o comprometimento, por parte daqueles que participaram do evento, com a continuidade dos trabalhos de pesquisa sobre esses temas. Tal foi o caso da Comissão Internacional Permanente Para a Profilaxia da Tuberculose, criada em 1901, da Liga de Combate à Sífilis, formada no CMLA de 1907, e da Liga de Combate à Ancilostomíase, aprovada no CMLA em 1909. Enfermidades epidêmicas como a febre amarela e endêmicas como a tuberculose centralizaram os debates e acordos internacionais. No entanto, as doenças locais, que em muitos casos foram interpretadas como enfermidades tropicais do continente, mobilizaram de forma mais veemente a pesquisa nas instituições latino-americanas.

O 5º Congresso Médico Latino-americano e a Seção de Medicina Tropical

Duas inovações marcaram o 5º CMLA, em Lima. A primeira refere-se à sua realização conjunta com o 6º Congresso Médico Pan-americano, integrante de uma série de eventos iniciada em Washington, em 1893. A outra novidade consistiu na criação de uma seção específica para a medicina tropical. Além disso, para aquela Exposição Internacional de Higiene foram organizadas uma exposição de artigos médicos das épocas incaica e colonial e outra de medicina tropical, situando o tema das doenças locais ao lado das tradições médicas do passado, sob a nova égide da medicina tropical que se queria implementar como disciplina autônoma (Boletín oficial..., 1913, p.5, 63).

Como já ressaltado por Marcos Cueto (1989), a principal área de interesse das pesquisas médicas peruanas, no início do século XX, foi a doença de Carrión, que acometeu fatalmente milhares de vítimas e se caracterizava por fortes febres e erupções nodulares na pele.

O tema tinha forte apelo, em virtude da tradição médica local sobre Daniel A. Carrión, jovem estudante de medicina do final do século XIX que se dedicou a estudar em profundidade a verruga peruana e a febre de Oroya, por muitos anos consideradas entidades clínicas distintas. Por meio de experimentos que acabaram acarretando a sua morte, Carrión comprovou tratar-se da mesma enfermidade (p.127).

Outro fator que justifica a eleição desse tema como área prioritária das pesquisas bacteriológicas e clínicas realizadas no Peru, naquele período, seria a própria força do argumento científico sobre um tema de saúde nacional. Assim, a comissão organizadora do 5º CMLA designou uma junta de médicos peruanos para apresentar os estudos desenvolvidos localmente sobre alguns dos temas caros à medicina nacional daquele país: a doença de Carrión, a uta (leishmaniose) e o tifo exantemático – doenças com forte apelo explicativo na geografia médica.⁶ Segundo Julián Arce (1863-1931), o cumprimento da missão exigia deslocamentos dos médicos para o interior do país; estes deveriam desempenhar atividades perigosas em regiões endêmicas, arriscando suas vidas, além de incorrer em consideráveis gastos com as viagens.⁷

Arce sugeriu que os estudos de observação dos enfermos de verruga internados no Hospital Nacional Dos de Mayo, dirigido pela Sociedade de Beneficência, poderiam ser realizados em sala especial e não dispersos, como estavam, pelas dependências do hospital. O objetivo era garantir a qualidade dos estudos etiológico, clínico, anatômico e terapêutico sobre a verruga. Com a nova disposição dos pacientes, previa-se igualmente uma excelente oportunidade para transformar aquele recinto numa ‘vitrina científica’, na qual se poderia “apresentar aos delegados estrangeiros durante as sessões do Congresso, uma instalação interessantíssima da verruga peruana, na qual encontrariam, ao lado das formas clínicas mais variadas dessa enfermidade, peças anatômicas, preparações microscópicas, cultivos, mapas, cartas, fotografias e, finalmente, a bibliografia completa da enfermidade de Carrión” (Arce, 15 mar. 1913).⁸

As coisas não aconteceram exatamente como previstas pelos idealizadores dos trabalhos sobre a verruga peruana. Em outra correspondência, publicada na revista *La Crónica Médica*, Julián Arce informou que houve falta de recursos para aquisição dos equipamentos necessários e dificuldades de trabalho por conta da dependência de outras instituições no que diz respeito ao suporte material. As pesquisas praticamente restringiram-se às observações feitas com os internos do Hospital Nacional Dos de Mayo, pois as custosas viagens às zonas endêmicas não puderam ser realizadas do modo como queriam os pesquisadores. Mesmo assim, depreende-se um tom otimista nas palavras de Arce ao comentar a continuidade dos trabalhos diários com o sangue dos doentes, com cultivos e preparações anatomopatológicas (Arce, 15 mar. 1913).

Ao publicar esses informes numa revista médica de grande circulação, percebe-se o esforço de Arce em informar a comunidade científica sobre o desenvolvimento dos trabalhos e as dificuldades que a equipe enfrentava para levar adiante as pesquisas sobre a doença de Carrión. A iniciativa de criar uma comissão especializada no tema para desenvolver pesquisas a ele direcionadas não alcançou seu objetivo principal, que seria o de sensibilizar as autoridades para a necessidade de mais recursos e condições de trabalho de investigação laboratorial e clínica. As pesquisas bacteriológicas no Peru do final do século XIX e início

do século XX eram realizadas em centros diversos, tais como hospitais, o Instituto de Higiene ou a Faculdade de Medicina, gerando dispersão e descontinuidade das pesquisas bacteriológicas nas gerações futuras. Tratava-se de uma situação distinta daquela do Brasil, que, apesar de ter criado instituições bacteriológicas sob forte influência das demandas mais urgentes da saúde pública, soube manter e incentivar a pesquisa básica nesses espaços.⁹

No 5º CMLA, dos 243 trabalhos inscritos, pelo menos vinte eram sobre a doença de Carrión, 15 deles na Seção de Medicina Tropical, que contou com 52 contribuições.¹⁰ Grande parte desses autores era membro da junta formada pela comissão organizadora do evento; na verdade, eram médicos que há tempos se vinham dedicando ao estudo dessa e de outras enfermidades endêmicas do Peru. Questões conceituais, relações da verruga com outras infecções, relatos de experimentos, terapêuticas, tentativas de imunização, relatos sobre a ocorrência da doença em outras regiões do país foram abordados exaustivamente pelos médicos peruanos.

Foi também apresentado um trabalho conjunto de uma comissão médica norte-americana dirigida por Richard Strong¹¹ e pelo limenho Júlio C. Gastiaburu¹², intitulado “Informe preliminar de la primera expedición del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard a Sud America”.¹³ A equipe atuou durante três meses no Instituto Municipal de Higiene de Lima, realizando experimentos em animais e estudos sobre um paciente acometido da verruga maligna. Chegou à conclusão de que os estudos levados a cabo até então pelos médicos peruanos – pautados na teoria consagrada de Carrión, de que a verruga e a febre de Oroya eram a mesma enfermidade – estavam incorretos. A equipe norte-americana concluiu que os micróbios causadores das duas doenças eram distintos, reconhecendo o trabalho de Alberto Bartón que, em 1909, havia identificado um bacilo da febre de Oroya. Note-se que, de início, ocorreram resistências, por grande parte da própria comunidade de bacteriologistas peruanos, em relação aos trabalhos de Barton.¹⁴ A equipe norte-americana, porém, reconheceu seu esforço em isolar o bacilo causador da febre de Oroya, classificando-o, contudo, em um novo gênero: *Bartonella bacilliformis* (Cueto, 1989, p.136). Essas conclusões dividiram a classe médica peruana, pois se, por um lado, havia o reconhecimento internacional de uma pesquisa realizada localmente, por outro colocava-se em xeque a crença tradicional dos médicos, segundo a qual haveria uma mesma unidade etiológica para a febre de Oroya e para a verruga peruana.

É interessante notar que, quase concomitantemente ao congresso, outro trabalho importante sobre a doença foi realizado e publicado pelo entomólogo norte-americano Charles Townsend, afirmando ser a *titira* (mosquito de hábitos noturnos) o inseto transmissor da doença de Carrión.¹⁵ O 5º CMLA, no entanto, não fez maiores referências a essa investigação, provavelmente devido não apenas a seu caráter inovador, como também ao fato de que, até aquele momento, as pesquisas entomológicas para determinação do inseto vetor não tinham gerado grande interesse entre os pesquisadores peruanos.

Apesar da reação de Julián Arce, demonstrando a fragilidade de algumas argumentações usadas pela comissão norte-americana, o debate parece não ter ocorrido abertamente no congresso, já que nenhuma resposta por parte dos médicos norte-americanos ou do peruano Julio Guastiaburu foi publicada nos anais do 5º CMLA – nos quais só se registraram algumas

considerações de Julián Arce sobre diversos aspectos do trabalho apresentado pela comissão de Harvard. Arce questionou a impropriedade da comissão ao afirmar que, na época, houve reações à história clínica da doença que acometera o então estudante de medicina Carrión, em 1885. Considerou igualmente impropriedade supor que Carrión quisesse comprovar que a febre de Oroya e a verruga eram uma única doença, já que, na época, não se cogitava uma unidade etiológica, tendo sido uma surpresa o desenvolvimento da inoculação verrugosa sob a forma de febre de Oroya durante as experiências realizadas. Arce contestou igualmente a afirmação de que o enfermo atendido no Hospital Dos de Mayo e observado pela comissão norte-americana não apresentasse um caso grave da doença. Segundo suas observações, era evidente a coexistência da verruga e da febre de Oroya nos mesmos lugares, com igual distribuição geográfica, bem como a presença dos elementos endoglobulares de Barton.¹⁶ Arce posicionou-se claramente contrário à ideia defendida pela referida comissão, de que a erupção verrugosa, nos casos de febre de Oroya, era um fenômeno acidental e irregular, pois acreditava haver uma relação de dependência estreita entre as alterações do sangue e a evolução clínica da doença em suas diversas etapas (*Discusión ...*, 1914, p.326-327).

Novas pesquisas e trabalhos escritos pelos médicos peruanos refutaram o documento apresentado pela comissão norte-americana, ocupando as páginas da principal revista médica do país naquele período, *La Crónica Médica*.¹⁷

No que diz respeito à idealização do evento, Julián Arce propôs que medicina tropical fosse mantida como uma seção específica nos congressos seguintes, embasando tal solicitação nos enormes progressos verificados nos vinte anos anteriores e na necessidade de registrar, periodicamente, os avanços realizados em todo o continente americano. A proposta foi aprovada por unanimidade. Mais ainda: solicitou-se aos membros do 5º CMLA que apoiassem a proposta de criação da cátedra de medicina tropical em todas as universidades do continente: “O 5º Congresso Médico Latino-americano (6º Pan-americano), recomenda a criação, nas universidades americanas, da cátedra de medicina tropical” (*Congreso...*, 1914, p.667-668).

A necessidade de conhecer a patologia das zonas tropicais e o crescente contato entre culturas diferentes – naquele momento ainda mais incentivado, com a proximidade da inauguração do Canal do Panamá – levaram Julián Arce a argumentar que o estreitamento de relações comerciais, positivas do ponto de vista mercantil e econômico, trazia consigo a possibilidade de intercâmbio de agentes mórbidos exóticos, principalmente de outros continentes. Daí a importância da formação de profissionais habilitados a lidar com essas questões de maneira efetiva.

A realização em Lima do 5º CMLA e o impacto dos trabalhos norte-americanos a respeito da verruga peruana funcionaram como incentivo aos sentimentos nacionalistas dos médicos daquele país. O mito sobre a morte de Carrión, que de jovem estudante imprudente passou, para a história da medicina peruana, a ‘mártir’ que se sacrificou pela nação, ganhou novos coloridos, com a votação unânime dos congressistas de várias partes do continente, norte-americanos entre eles, para que fosse construída uma estátua em sua homenagem na cidade de Lima. Para tanto, solicitou-se aos facultativos sul-americanos contribuição financeira¹⁸, e boa parte da comunidade médica brasileira participou da campanha enviando

doações diretamente ao professor Leonidas Avendaño, em Lima, ou aos médicos que representaram o Brasil no congresso, Plácido Barbosa e Nascimento Gurgel, que ao retornarem ao Brasil mantiveram contatos com a comunidade médica peruana e repassaram informes aos médicos brasileiros, por ocasião das reuniões da Academia Nacional de Medicina (Monumento..., 13 jul. 1918, p.224).¹⁹

A estátua demorou a ser construída, e foram mais de dez anos de espera para a sua inauguração.²⁰ A cadeira de medicina tropical, por sua vez, foi instituída poucos anos depois do 5º CMLA, na Faculdade de Medicina de Lima, em 1916, e continuou como uma das seções científicas do congresso posterior. Também no 5º CMLA foram aprovadas a criação de um instituto especializado no estudo da etiologia da verruga e a de uma publicação especializada em enfermidades americanas (Sesión..., 1913, p.459). Novamente pode-se perceber a intenção dos médicos peruanos de fortalecer a pesquisa na área da medicina tropical. Porém, ao serem analisados os anos posteriores, constata-se que tais esforços não surtiram o efeito desejado, uma vez que os projetos acalentados não se concretizaram.

Dois aulas inaugurais de medicina tropical na América Latina

A cátedra de medicina tropical foi criada em 1916, no Peru. Sua aula inaugural foi ministrada pelo médico Julián Arce, um entusiasta da especialidade no 5º CMLA, como vimos. Julián Arce nasceu em Lima, em 1863, e formou-se em medicina em 1887, na Universidade de San Marcos. Foi contemporâneo de Daniel Carrión, tendo apresentado seu primeiro trabalho sobre a verruga peruana na Sociedade Médica União Fernandina. Sua tese de doutoramento, de 1889, intitulada *La fiebre de la Oroya o Forma aguda de la enfermedad de Carrión*, também versou sobre o tema. Arce atuou



Figura 1: Julián Arce (Valdizan, 1923)

como médico em diversas províncias e foi membro da Academia Nacional de Medicina de Lima. Participou da organização do Primeiro Congresso Antialcoólico em 1902 e, no ano seguinte, foi nomeado diretor do Censo da Municipalidade de Lima. Foi eleito médico titular do Hospital Nacional Dos de Mayo. Em 1904 foi chamado pelo governo para organizar a Diretoria de Saúde Pública²¹, mantendo-se como diretor dessa repartição até 1911. Foi ainda membro do Royal Sanitary Institute, de Londres, atuou entusiasticamente na organização do 5º CMLA e destacou-se nas discussões sobre medicina tropical, além de apresentar diversos trabalhos sobre o tema. Publicou artigos sobre doenças tropicais frequentes no Peru, tais como verruga peruana, leishmaniose, febre amarela e impaludismo. Em 1922 foi presidente da Academia Nacional de Medicina, sócio fundador do Círculo Médico e do Sindicato Médico do Peru. Em 1929 passou a diretor do Hospital Nacional Arzobispo Loayza e, em 1930, foi nomeado membro do Conselho Consultivo de Saúde Pública, vindo a falecer em março do ano seguinte.

Em 1916 Arce foi nomeado catedrático dessa especialidade na Faculdade de Medicina, e escreveu vários trabalhos sobre a docência em medicina tropical. Sua aula inaugural compreendeu duas partes. Destacou inicialmente a importância da especialidade e qualificou os avanços dos estudos sobre doenças tropicais como o “progresso mais transcendental dos tempos modernos”. O Canal do Panamá, cuja construção não teria sido possível sem a descoberta da função do mosquito na transmissão da febre amarela e da malária, foi citado como exemplo: “mais que uma obra de engenharia, o Canal do Panamá é obra da medicina tropical, aplicada à higiene e à profilaxia” (Arce, 1916, p.239). O autor afirmou ainda que a criação da cátedra era resultado de intenso trabalho de vários anos e significava o primeiro passo para o estabelecimento de uma especialidade de interesse singular no Peru.

Na mesma aula inaugural, Julián Arce esboçou também uma definição de medicina tropical. Afirmando a recorrência de certas doenças das zonas temperadas em qualquer parte do mundo, independentemente das condições climáticas, ao passo que outras necessitariam de certas condições meteorológicas especiais – linhas isotermas mais do que linhas geográficas. Para ele, a ocorrência destas últimas só se daria em ‘condições tropicais’ (geográficas e de temperatura) para a sobrevivência do germe. Cabe notar que Arce não se refere aos hospedeiros pois, segundo Cueto (1989, p.152), as pesquisas bacteriológicas no Peru não se fizeram acompanhar por um programa ambicioso em entomologia. Daí a ênfase de Arce em definir uma doença tropical como uma etiologia especial subordinada às condições climáticas.

Ainda em sua aula inaugural, Julián Arce traçou um histórico da medicina tropical referindo-se a estudos mais remotos sobre parasitologia, como o de Abildgaard, de 1790, e helmintos tropicais, como o de Fedschenko, de 1869, até chegar ao trabalho de Manson, de 1877, sobre o desenvolvimento de embriões de filária do homem em uma espécie de mosquito. Afirmando que a repercussão desses trabalhos foi ofuscada pelos trabalhos de Pasteur, Koch e Lister, com preeminência dos estudos sobre bactérias patogênicas e seus meios de transmissão. Arce reconheceu a continuidade dos estudos sobre helmintos e unicelulares, bem como a existência de descobrimentos importantes como o de Laveran, de 1880, sobre o protozoário da malária – estudo revelador do mundo insuspeito dos protozoários patogênicos e considerado precursor da medicina tropical. Também fez referência aos estudos de Manson e Ross sobre a malária e o papel do mosquito na transmissão da doença. Citou os descobrimentos de Reed, Carroll, Lazear e Agramonte sobre experimentos da febre amarela pautados nos estudos de Ross e Manson; os estudos de Smith e Kilborn sobre o protozoário da febre de Texas, uma doença do gado; e os estudos de Bruce sobre as moscas tse-tse como hospedeiras do *Trypanosoma brucei*, do final do século XIX.

A terceira parte de sua aula foi dedicada à necessária relação entre medicina tropical e ciências naturais, o que possibilitaria estudos comparados. Segundo Arce, o conhecimento da zoologia e da botânica clássicas para o estudo de doenças universais era fundamental, sobretudo no caso dos países quentes, em que o conhecimento da fauna e da flora tropicais deveria permitir a identificação não somente da biologia dos germes mórbidos, como também dos agentes transmissores. Nesse caso em particular, o estudo da zoologia seria ainda mais importante, uma vez que a maioria das doenças tropicais é causada por parasitas animais como os protozoários e os helmintos transmitidos por artrópodes.

Por último, Arce refere-se ao método a ser empregado no estudo das enfermidades abordadas. Para ele, era necessário estudá-las nosográfica, clínica e epidemiologicamente, desenvolvendo um conhecimento teórico e prático em colaboração com a parasitologia e a patologia comparada. Embora seja perceptível que seus estudos centravam-se em hospedeiros, acreditava que o princípio fundamental da etiologia das doenças tropicais era o de que a transmissão da doença, a evolução do agente fora do organismo humano e sobrevivência do parasito ou micro-organismo dependiam das condições climáticas. O autor fornecia como exemplos a ancilostomíase, a malária e a própria verruga peruana.

No Rio de Janeiro, dez anos depois

Carlos Chagas foi um importante cientista brasileiro, e sua consagração certamente está vinculada à descoberta de uma doença causada pelo *Trypanosoma cruzi* – depois denominada doença de Chagas – que atacava o coração lenta, silenciosa e progressivamente, e ocasionava milhares de mortes. O cientista nasceu em 1878, na cidade de Oliveira, Minas Gerais, e formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903. Desenvolveu trabalhos sobre a malária no Instituto Soroterápico Federal²², foi médico do hospital de Jurujuba, em Niterói e, posteriormente (1907), enviado pelo Instituto de Patologia Experimental para a cidade de Lassance, em Minas Gerais, no intuito de combater uma epidemia de malária. Na ocasião, Chagas começou a desenvolver estudos sobre o que mais tarde viria a ser sua principal realização científica: a descoberta da doença que levaria seu nome, tendo participado de diversas expedições científicas junto ao Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Após a morte de Oswaldo Cruz, em 1917, foi nomeado diretor do referido instituto e, em 1919, assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, cargo que ocupou até 1926. Um ano antes, fora nomeado, por decreto presidencial, professor da Faculdade de Medicina, na qual pôde concretizar duas de suas metas em relação ao ensino médico: a criação da especialização em higiene e saúde pública e a inauguração da cátedra de doenças tropicais. O cientista faleceu em 1934 (Chagas Filho, 1993).

Chagas iniciou sua aula inaugural na Faculdade de Medicina mencionando a reforma implementada na instituição pelo então diretor Rocha Vaz. Afirmou que a criação da cátedra de doenças tropicais tinha a ver com a aprendizagem da noso-

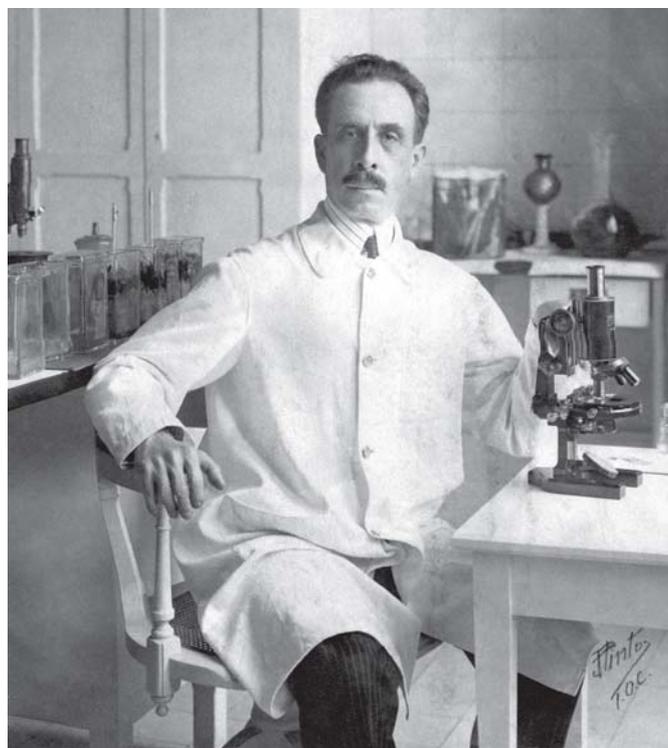


Figura 2: Chagas em seu laboratório no Instituto de Manguinhos (Acervo Casa de Oswaldo Cruz)

logia brasileira; tratava-se de uma ação com intuito patriótico. Em seguida, fez observações sobre a especificidade das doenças tropicais em países de clima tropical como o Brasil, reforçando a ideia de que tais doenças representam os problemas médico-sociais mais relevantes para essas nações. Enfatizou a diferença entre a criação, na Europa, de escolas e institutos sobre doenças tropicais – motivada por problemas sanitários nas colônias – e em países como o Brasil, que por deveres nacionais – e não econômicos – viam-se compelidos ao estudo e à pesquisa das doenças ali existentes (Chagas, 1935).

A aula de Chagas foi permeada pela seguinte questão: a patologia tropical é uma especialidade, uma disciplina especial? Sua argumentação era que, de fato, eram poucas as doenças exclusivas de países tropicais e raríssimas as circunscritas aos países frios e temperados. No entanto, para ele, haveria características específicas à patologia dos países quentes, ou seja, uma patologia tropical seria uma patologia infecciosa causada por agentes vivos que sofrem a ação do clima. Chagas reconhecia que as doenças, mesmo as ditas tropicais, transpunham os limites geográficos das zonas equatoriais. Como exemplo, citou a malária que grassava na Itália; a ancilostomíase identificada no norte da Europa; a peste bubônica e o cólera, que, embora tivessem focos mais expressivos em países quentes, também se verificavam em países frios da Europa e Ásia; e a leishmaniose cutânea e visceral, presente em países europeus como a Espanha e na Argentina.

Ainda em sua aula inaugural, Carlos Chagas (1935) descreveu as formas de transmissão da doença tropical. Para ele, haveria três modalidades epidemiológicas, bem definidas, de contágio indireto verificadas para as doenças tropicais, que constituiriam os fundamentos essenciais da patologia tropical. Inicialmente, os micróbios expelidos pelos organismos parasitados, que se transformam no mundo exterior por meio da influência de temperatura, umidade e luz antes de infectar outros organismos. Em segundo lugar, os parasitas que escapam dos organismos infectados por vias naturais, mas têm de realizar uma evolução prévia em um hospedeiro intermediário antes de invadir novos organismos. A esse respeito, haveria de se considerar não somente a influência da distribuição geográfica dos hospedeiros intermediários, como também os aspectos climatológicos, na evolução dos parasitos. E deu como exemplo o *Schistosomum mansoni* (trematódeo) e seu hospede, um molusco, estudado por Adolpho Lutz, que se centrou na distribuição geográfica do molusco – nesse momento da aula, Carlos Chagas (p.10) referiu-se a Lutz como aquele que teria escrito “algumas das melhores páginas da medicina experimental no Brasil”. Voltando ao ciclo das doenças tropicais, Chagas referiu-se à terceira modalidade de contato indireto, aquela com intervenção de insetos hematófagos, nos quais se realiza a multiplicação ou evolução dos germes antes de sua passagem a outro hospedeiro. Tais parasitas – ele explicou – não são eliminados dos organismos infectados por vias naturais de excreção, mas sim retirados desse organismo por insetos sugadores de sangue, que os transmitem a outros vertebrados, perpetuando a espécie parasitária que realiza dentro do inseto sua evolução ou ciclo sexuado. O estudo sobre insetos e sua relação com o clima constituiria, assim, tema fundamental da cátedra de medicina tropical.

Por fim, Chagas aludiu à medicina clínica afirmando a necessidade de considerar que a expressão sintomática da doença infecciosa depende tanto do fator agressor quanto das reações do organismo que se defende. Aconselhou os alunos a fugir de abstrações de

doutrinas e conhecimentos teóricos e empenhar-se em estudos de fatos concretos, na prática e na pesquisa da medicina tropical no Brasil. Ou seja, dado seu curto período de formação, os alunos deveriam dedicar-se às doenças peculiares do Brasil, que interessariam tanto ao clínico, em sua busca pela cura, quanto ao higienista, empenhado no combate e na prevenção. Chamou igualmente a atenção para o conhecimento de noções fundamentais de climatologia e a importância de complementá-las com o conhecimento exato acerca dos climas das localidades e da diversidade de elementos meteorológicos e topográficos, uma vez que, nos mesmos limites geográficos, poderiam ser observadas variações climatológicas que alterariam os fatores epidemiológicos da doença.

Por último, o cientista destacou a importância de conhecer as grandes doenças tropicais do Brasil: malária, leishmaniose cutânea, uncinariose (boubá) e tripanossomíase americana – tema este com o qual abriria seu curso. Valorizou a pesquisa experimental nos estudos de medicina tropical, uma vez que o estudo biológico dos parasitos patogênicos seria fundamental. E mencionou novamente a medicina clínica, à qual não se opunha; contudo, enfatizava como imperativa a educação técnica do clínico, de modo a habilitá-lo às pesquisas essenciais da rotina laboratorial e torná-lo apto a diagnosticar as diversas patologias existentes.

Julián Arce, Carlos Chagas e a medicina tropical: variações científicas sobre um mesmo tema

As inúmeras biografias sobre Carlos Chagas o classificam como um homem de laboratório. De fato, percebe-se que a pesquisa experimental fez parte de sua carreira médica desde os anos de formação. Entre 1897 e 1903, período de realização do curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Chagas estabeleceu relações com professores que contribuíram de maneira significativa para os rumos da pesquisa que viria a desenvolver. Kropf (2006, p.76-77) destaca dois deles: Miguel Couto, que o ensinou a utilizar os métodos e princípios da medicina experimental para o diagnóstico de doenças; e Francisco Fajardo, que o incentivou a enveredar por temas da medicina tropical. Com este último, o cientista trabalhou em exames hematopatológicos e na identificação de espécies do parasito da malária, num laboratório instalado nas dependências da Santa Casa de Misericórdia. Tal convivência possibilitou a Chagas o acúmulo de material para suas próprias experiências e para a elaboração de sua tese de doutoramento. Forjado também assinou a carta de apresentação de Carlos Chagas a Oswaldo Cruz, do Instituto de Manguinhos, para que o primeiro ali realizasse pesquisas para sua tese de doutoramento, pré-requisito para a conclusão do curso de medicina.²³

Oswaldo Cruz foi orientador de Chagas entre 1902 e 1903 e, após a conclusão da tese, intitulada *Estudo hematológico do impaludismo*, sobre o diagnóstico da malária por meio de estudos hematológicos, convidou-o a integrar a equipe de pesquisadores de Manguinhos. Em 1905 Chagas foi comissionado para coordenar a campanha de combate à malária em Itatinga, São Paulo, onde grassava a doença entre os trabalhadores que construíam uma hidrelétrica na região. Em 1907 participou de outra campanha contra a malária na Baixada Fluminense e viajou ao norte de Minas Gerais para controlar outro surto da doença, em nova campanha da Diretoria-geral de Saúde Pública (Kropf, Lacerda, 2009, p.68).

Paralelamente, Chagas realizou pesquisas sobre espécies da região, em um laboratório improvisado em São Gonçalo das Tabocas, posteriormente denominado Lassance (em homenagem ao engenheiro Ernesto Antonio Lassance Cunha, após a inauguração da estação ferroviária, em 1908), quando identificou um protozoário do gênero *Trypanosoma*. Posteriormente, ao observar um barbeiro, inseto sugador de sangue muito comum na região, identificou dentro dele a presença de protozoários. Ainda sem saber se se tratava do mesmo identificado anteriormente, enviou em seguida alguns exemplares do barbeiro ao Instituto de Manguinhos e pôde confirmar que o inseto era de uma espécie ainda não descrita de protozoário, então batizada por ele de *Trypanosoma cruzi*, em homenagem a Oswaldo Cruz. O cientista retornou para Lassance, onde realizou novas pesquisas e exames de sangue em diversos moradores da região e identificou a presença do novo protozoário no sangue de uma criança. A descoberta foi amplamente noticiada nos meios científicos e na imprensa em geral. A partir de então, a carreira de Chagas passou a vincular-se totalmente ao Instituto. Em 1910 Oswaldo Cruz abriu um concurso público para o preenchimento da vaga de chefe de serviço – deixada por Rocha Lima, que viajava à Alemanha – e Chagas obteve a primeira colocação. No mesmo ano foi também admitido como membro titular da Academia Nacional de Medicina.²⁴

Os anos seguintes foram marcados por intensas polêmicas, em diversos aspectos, sobre a enfermidade de Chagas. Na Argentina, os médicos Carlos Maggio, Francisco Rosenbusch e Rudolf Kraus interessaram-se pelo estudo da nova tripanossomíase e publicaram, entre 1915 e 1916, trabalhos que se opunham à tese de Chagas sobre a especificidade do bócio endêmico em regiões infectadas pelo *Tripanosoma cruzi*. O cientista fez algumas revisões de seu trabalho e, em artigos e palestras posteriores, passou a destacar os aspectos cardíacos da doença, em lugar dos endócrinos como a sintomatologia clínica.²⁵

No Brasil, a década de 1910 foi marcada por debates acalorados a respeito da necessidade de saneamento do interior do país, que culminaram com a criação da Liga Pró-saneamento e do Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo Chagas seu primeiro diretor, em 1920. A constatação da nova enfermidade que grassava no interior do Brasil fortaleceu o movimento sanitário, cujos médicos percorreram os sertões. Ao mesmo tempo, gerava severas críticas por parte de acadêmicos, cientistas e políticos, no sentido de que a constatação de um Brasil doente, com uma população frágil e deformada por enfermidades, condenava o país a uma imagem pessimista e negativa perante o mundo. Chagas foi duramente criticado em debates acalorados na Academia Nacional de Medicina, em que se discutia a pertinência de considerar a doença de Chagas um mal nacional ou simplesmente um problema de saúde localizado no interior de Minas Gerais. Não faltaram acusações contra a idoneidade profissional do cientista.²⁶

Mesmo em tal clima de instabilidade e desconfiança, Chagas foi nomeado diretor do IOC em 1917, após a morte de Oswaldo Cruz e, em 1919, diretor do Departamento Geral de Saúde Pública – que, em janeiro do ano seguinte, após intenso debate no Congresso Nacional, foi transformado em Departamento Nacional de Saúde Pública. O cientista prosseguiu o trabalho laboratorial sobre o tema, com ênfase na observação das anormalidades cardíacas, publicando artigos ao longo das décadas de 1920 e 1930. Em 1925, contrariando algumas

autoridades médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, foi nomeado catedrático da cadeira de medicina tropical, cabendo ao IOC decidir sobre conteúdo programático, nomeação de professores e assuntos regimentais. Constata-se, assim, que a trajetória de Chagas é bastante distinta da de Julián Arce no Peru, que, mesmo assumindo cargos diferenciados em hospitais e órgãos públicos, sempre esteve ligado à vida acadêmica da Faculdade de Medicina de San Marcos.

Uma breve análise da aula inaugural de Julian Arce permite-nos perceber que a especialidade de medicina tropical era considerada um avanço político e científico para os países localizados em zonas tropicais, pois valorizava os estudos internacionais que respaldavam aquele momento de institucionalização da disciplina. A institucionalização era vista como um movimento internacional e destacava-se que, ao longo da história, homens de ciência haviam convertido regiões tropicais consideradas insalubres, como Havana e Rio de Janeiro, em centros de vida e riqueza – em resumo, de civilização. Seria preciso viabilizar a transmissão desses conhecimentos por meio de cursos especiais, institutos e escolas de patologia tropical, para desenvolvimento de trabalhos de investigação laboratorial e treinamento de profissionais e pesquisadores na América Latina.

Comparada à exposição de Julián Arce, a aula inaugural de Carlos Chagas atribui contornos mais fortes a seu projeto nacionalista de esquadrihar as doenças no vasto território brasileiro, visando ao melhoramento da raça e ao progresso do país, o que o aproxima dos princípios eugenistas da época. O cientista estava em plena sintonia com o movimento pelas reformas do ensino e, no caso particular da medicina, defendia o ajuste da formação acadêmica às condições particulares do Brasil. Para Chagas, as realizações práticas da higiene e da medicina tropical teriam destruído o velho preconceito de uma fatalidade climática que se traduzia na inadaptação das raças originárias dos países frios e temperados às regiões mais quentes. O método científico dominava a doença nos trópicos, os domínios da civilização e do trabalho produtivo espraiavam-se por toda parte. A mensagem que fica de sua exposição é a de que havia uma missão patriótica a ser cumprida pelos futuros médicos, por meio dos estudos sobre as endemias rurais.

O modo de organização do texto de Julián Arce, por sua vez, demonstra outra preocupação, a de respaldar a criação daquela especialidade como um grande avanço da ciência médica. Para tanto, Arce lançou mão de argumentos históricos e exemplos de outras localidades em que a medicina tropical tivera papel fundamental. Embora também se voltasse para um problema específico da realidade peruana do período, Arce vislumbrava um horizonte de pesquisas no qual a troca de experiências entre cientistas pudesse colaborar na solução de enigmas sobre as doenças tropicais. Note-se que as referências utilizadas por Chagas são apenas aquelas de seus colegas pesquisadores brasileiros, como Adolfo Lutz, Miguel Couto, Rabello e Rocha Vaz. Já na aula de Julián Arce encontramos uma pequena bibliografia com autores da literatura especializada internacional, denotando preocupação em inserir o movimento peruano de institucionalização de medicina tropical no quadro internacional de constituição desse campo do saber.

É preciso reconhecer que tanto um quanto outro tiveram influência direta na criação da cátedra de medicina tropical em seus respectivos países. Seus princípios básicos de pesquisa também são bastante similares, uma vez que ambos destacaram a importância de estudos

laboratoriais sobre a zoologia específica, sobre o clima e sua influência na evolução de algumas doenças. Ambos, também, foram entusiastas dessa especialidade e construíram suas carreiras científicas com pesquisas e produções acadêmicas sobre doenças tropicais.

Considerações finais

De modo geral, a historiografia que abordou a formação de especialistas em saúde pública no começo do século XX atrelou-a às ações da Fundação Rockefeller, sobretudo via financiamento da Escola de Higiene e Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, inaugurada em 1918 e responsável pela formação de gerações de especialistas norte-americanos e estrangeiros. Pouco se comentou a respeito da inclusão de outras especialidades vinculadas aos problemas de saúde pública na formação do médico naquele período, e das novas atribuições desses profissionais. Neste artigo, chamo a atenção para a inclusão da cátedra de medicina tropical nas faculdades de medicina e na criação de novos institutos, publicações e congressos especializados em medicina tropical. No Peru, a criação da cátedra deu-se em 1916, sendo Julián Arce o primeiro catedrático. No Brasil, mais especificamente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cátedra de medicina tropical só seria criada em 1925, com a aula inaugural de Carlos Chagas tendo lugar no ano seguinte. Embora tenha havido total concordância entre os participantes do 5º CMLA a respeito da criação da cátedra, esta demorou a se estabelecer, de fato, no país, o que realça a falta de consenso da comunidade médica sobre o assunto. A própria definição de medicina tropical como especialidade era algo controverso, sobretudo em países como o nosso, pois, para alguns médicos e intelectuais da época, acionava velhos preconceitos e estereótipos que afrontavam o orgulho nacional (Kropf, 2009, p.255).

Desse modo, durante o congresso médico realizado em 1913, em Lima, é possível reconhecer os anseios de alguns médicos, que desejavam organizar uma seção específica de medicina tropical e criar uma cátedra desse campo disciplinar nas faculdades de medicina da América Latina. No entanto, tal demanda não surgiu espontaneamente naquele evento, como bem demonstraram os preparativos dos trabalhos peruanos sobre a doença de Carrión, especialmente para o 5º CMLA. A ampla aceitação desse movimento, por parte da comunidade médica presente no congresso, refletia uma demanda anterior de alguns grupos articulados com o tema de pesquisa sobre doenças características da região.

Esse tema contribui para o entendimento do debate intelectual da época sobre as novas identidades latino-americanas em consonância com a construção do poder local, como também acerca do prestígio das novas especializações/profissões engajadas no combate às doenças emblemáticas da nação – doença de Carrión, no Peru, e doença de Chagas, no Brasil.²⁷ Percebe-se que a defesa dessa especialização tinha clara dimensão política, sendo entendida como um importante atributo para o desenvolvimento nacional e não se restringindo a demanda meramente científica. Tratava-se de um processo de luta pela legitimação da medicina tropical na América Latina, muitas vezes travada em foros diferenciados como os congressos médicos, mas que, na prática, dependeu significativamente da ação de homens como Julián Arce e Carlos Chagas, que atuaram em meio a fortes controvérsias sobre a definição do que viria a ser essa especialidade nos trópicos.

NOTAS

¹ Algumas das principais instituições voltadas para a medicina tropical naquele período eram: London School of Tropical Medicine (Londres, 1899) e Liverpool School of Tropical Medicine (Liverpool, 1899); Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten (Instituto de Doenças Marítimas e Tropicais; Hamburgo, 1900); Institute of Tropical Medicine (Bruxelas, 1906); Institut de Médecine Coloniale (Paris, 1901); Harvard University (cadeira de Patologia Geral e Doenças Tropicais; EUA, 1900); University of New Orleans (cadeira de medicina tropical; EUA, 1902) (Worboys, 1993, p.520).

² No início do século XX, a malária revelou-se um dos grandes problemas de saúde pública em diversas regiões da América Latina. As ações sanitárias estiveram marcadas pela associação entre obras de engenharia, uso de larvicidas, educação sanitária e medicação, paralelamente ao desenvolvimento de pesquisas sobre os mosquitos transmissores. Nos anais do 4º Congresso Médico Latino-americano não foi detalhado o plano de ação conjunta para combater a doença, mas ressalta-se aqui a iniciativa de se traçar metas em comum no continente latino-americano, aproximando as profilaxias utilizadas e as pesquisas em desenvolvimento.

³ A respeito do desdobramento dessa ação conjunta, foi publicada uma nota na revista *Brazil-Medico*, em abril de 1914, na qual se fazia referência a uma audiência, com o presidente do Peru, de uma comissão médica chefiada por Theophilo Torres. A revista informou ainda que o governo peruano já contava com uma comissão médica agindo em Iquitos e havia pedido ao governo do Brasil cópias dos relatórios das obras realizadas por Oswaldo Cruz, de profilaxia da febre amarela no Rio de Janeiro, a fim de que medidas idênticas lá fossem tomadas (cf. Almeida, 2006).

⁴ A Colômbia, por exemplo, instituiu a cátedra de medicina tropical no início do século XX, em 1904 (Quevedo et al., 2008).

⁵ A série completa dos CMLA foi a seguinte: Santiago de Chile (1901), Buenos Aires (1904), Montevideu (1907), Rio de Janeiro (1909), Lima (1913), Havana (1922) e México (1930).

⁶ Os médicos foram encarregados desses estudos em junho de 1912. Compunham a junta: Ramón E. Ribeyro, Ernesto Odriozola (presidente do Congresso), Alberto L. Bartón, Oswaldo Herculles, Abel S. Olaechea e Júlio C. Gastiaburú (Quinto Congreso..., 15 mar. 1913, p.85-89).

⁷ Um ofício escrito por Julián Arce foi endereçado ao presidente e membro da junta do 5º CMLA, Ernesto Odriozola. O valor solicitado para as despesas de viagem e pesquisas era pequeno, segundo o autor do texto, e justificável por haver apoio garantido das instituições públicas para tal fim, como a Faculdade de Medicina, além de institutos e laboratórios da capital limenha. Também contava-se com a possibilidade de auxílio por parte da empresa ferroviária central, em abatimento no valor das viagens feitas pelos comissionados, uma vez que a empresa tinha interesse direto na profilaxia da verruga peruana (Arce, 15 mar. 1913).

⁸ Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

⁹ A título de exemplo, podemos citar o Instituto de Manguinhos, no Rio de Janeiro, o Instituto Bacteriológico (atual Instituto Adolpho Lutz) e o Instituto Soroterápico do Butantan, ambos em São Paulo.

¹⁰ Outros trabalhos inscritos na Seção de Medicina Tropical versaram sobre a uta (leishmaniose) e o impaludismo, entre outros. Ainda sobre a doença de Carrión, trabalhos de autoria de Oswaldo Herculles foram incorporados à Seção de Bacteriologia, Parasitologia, Anatomia e Fisiologia.

¹¹ Professor de medicina tropical de Harvard. Sobre esse trabalho e a divergência com os médicos peruanos, ver Cueto, 2003.

¹² Gastiaburu era diretor do laboratório do Instituto Municipal de Higiene, além de colaborador dos trabalhos realizados pelo Departamento de Medicina Tropical da Universidade de Harvard. Era também integrante da junta especial formada pela comissão do 5º CMLA.

¹³ A equipe formada por Richard Strong, Ernest E. Tyzzer, Charles T. Brues e A.W. Sellards integrava um projeto maior de expedição pela América Central e do Sul, visando à pesquisa das chamadas doenças tropicais e à coleta de material de estudo para ser empregado no ensino de estudantes dos vários cursos de medicina tropical, que seriam inaugurados ainda em novembro daquele ano. Para o trabalho completo, ver Strong et al., 1914.

¹⁴ Cueto (1989, p.134) alerta para o fato de a resistência ter ocorrido, em parte, porque os pesquisadores em bacteriologia, no Peru, eram médicos jovens, institucionalmente dispersos e com acentuado grau de competitividade em termos de produção científica. Nesse caso, Alberto Barton era um dos que tinham baixo índice de publicações, se comparado a outros da mesma geração, por exemplo.

¹⁵ O artigo de Townsend (1913a) foi o primeiro publicado sobre o tema, no Peru. Ele publicou também em periódicos norte-americanos (Townsend, 8 ago. 1913, 1913b).

¹⁶ Tratava-se dos elementos presentes nos glóbulos vermelhos do sangue de infectados, que foram descritos pelo bacteriologista peruano Alberto Barton, entre 1905 e 1909, em artigos e apresentações científicas (Cueto, 1989).

¹⁷ Algumas das reações publicadas na revista foram os trabalhos de Herculles, 1914, Odriozola, 1914 e Arce, 1916.

¹⁸ Essa votação foi ratificada por ocasião do 6º Congresso Médico de Havana, em 1922.

¹⁹ Apesar da pequena representatividade dos médicos brasileiros no 5º CMLA, a participação de Barbosa e Gurgel foi bem expressiva. José Plácido Barbosa da Silva (1871-1938) nasceu em Minas Gerais e formou-se em medicina no Rio de Janeiro. Foi fisiólogo e sanitarista, e participou de associações especializadas em tuberculose, além de ter publicado diversos artigos sobre o tema. Entre 1920 e 1929, foi chefe da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública. Apresentou trabalho na Seção de Higiene, sobre a tuberculose e a mortalidade no Rio de Janeiro, e proferiu conferência sobre a febre amarela, com projeções cinematográficas, no Hospital Nacional Dos de Mayo, noticiada no jornal *El Comercio* (Plácido Barbosa, 10 nov. 1913, 1913). Nascimento Gurgel apresentou trabalho na Seção de Clínica Médica e Doenças Mentais e Nervosas e proferiu conferência sobre acidentes de trabalho e assistência médica na América do Sul (Gurgel, 10 nov. 1913, 1913).

²⁰ Conforme nota divulgada na revista *Brazil-Medico*, a estátua foi inaugurada em Lima, em 1927, com discurso do médico Carlo E. Paz Soldán, na época professor de higiene da Faculdade de Medicina de Lima (Notas, jul. 1927).

²¹ Essa repartição pública foi criada com a lei de 6 de novembro de 1903, durante o governo civil de Manuel Candamo, caracterizado por reformas modernizadoras após anos de governo militar. O projeto de criação da Dirección de Salubridad Pública, do qual participaram Julián Arce (primeiro diretor), Daniel Eduardo Lavoreria (chefe da Seção de Higiene) e Rómulo Eyzaguirre (chefe da Seção de Demografia), foi remetido ao Congresso Nacional pelo então ministro de Fomento, o médico Manuel Camilo Barrios. Uma vez criado o Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, em 1935, a Dirección passou a integrá-lo (Pezet, 1972, p.101).

²² Fundado como Instituto Soroterápico Federal em 1900, a instituição teve o nome alterado, em 1907, para Instituto de Patologia Experimental e, em 1908, para Instituto Oswaldo Cruz.

²³ Desde 1903, quando assumiu a Diretoria-geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz se empenhou em transformar o Instituto Soroterápico Federal em um centro de estudos de doenças tropicais, mas sofreu resistências. Mesmo assim, insistiu em não restringir as atividades do instituto à produção de vacinas e soros, e incentivou atividades de ensino que consistiam na orientação de alunos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que desenvolviam suas teses. Muitos desses futuros médicos eram posteriormente recrutados para compor a equipe de pesquisadores da instituição (Kropf, 2009, p.83-84).

²⁴ Sobre a crescente valorização de Carlos Chagas no cenário científico e sobre o processo de construção da enfermidade de Chagas como doença nacional, ver Kropf, 2009.

²⁵ Sobre o debate científico travado entre médicos que trabalhavam na Argentina e Carlos Chagas, ver Kropf, 2009, capítulo 3.

²⁶ Sobre críticas e discussões ocorridas na Academia Nacional de Medicina e na imprensa brasileira, ver Kropf, 2009, capítulo 4.

²⁷ Exemplo de novos estudos que apontam nessa direção são os trabalhos de Marcos Cueto (2003) sobre a geografia médica e a doença de Carrión, com ênfase na criação de uma nova especialização profissional naquele país, que relaciona grandes altitudes e a ocorrência de enfermidades; e os trabalhos de Simone Kropf (2009) a respeito do processo de construção da doença de Chagas como entidade médica específica, reforçando a imagem do Instituto Oswaldo Cruz como um centro de excelência em pesquisa, ensino e produção especializado em doenças tropicais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Marta de.
Circuito aberto: idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.733-757. 2006.
- ARCE, Julián.
La medicina tropical: lección inaugural. *La Crónica Médica*, Lima, ano 33, n.640, p.239-248. 1916.
- ARCE, Julián.
Carta ao presidente da Comissão Organizadora do 5º Congresso Médico Latino-americano. *La Crónica Médica*, Lima, ano 30, n.581, p.86-89. 15 mar. 1913.
- ARNOLD, David.
Imperial medicine and indigenous societies. Manchester: Manchester University Press. 1988.
- BENCHIMOL, Jaime Larry.
Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1999.
- BOLETÍN OFICIAL...
Boletín oficial del 5º Congreso Médico Latino-americano (6º Congreso Pan-americano), Lima, n.4. 1913.
- BOURDIEU, Pierre.
O campo científico. In: Ortiz, Renato (Org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática. p.122-155. (Coleção Grandes Cientistas Sociais). 1983.
- CHAGAS, Carlos.
Aula inaugural da cadeira de medicina tropical (14 set. 1926). In: Chagas, Carlos. *Discursos e conferências*. Rio de Janeiro: A Noite. 1935.
- CHAGAS FILHO, Carlos.
Meu pai. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. 1993.
- CONGRESO...
Congreso Médico Latino-americano, 5., 1913, Lima. *Actas y trabajos*. Sección Tercera, Medicina Tropical e Epidemiología. Lima: Imprenta y Fábrica de Fotogramados Sanmarti y Cia. t.5. 1914.
- CONGRESO...
Congreso Médico Latino-americano, 1., 1901, Santiago de Chile. *Actas y trabajos*. Santiago de Chile: Imprenta Barcelona. t.1. 1901.
- CUETO, Marcos.
Nationalism, Carrión's disease and medical geography in the Peruvian Andes. *History and Philosophy of the Life Sciences*, Naples, v. 25, n.3, p.319-335. 2003.
- CUETO, Marcos.
Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú (1890-1950). Lima: Grade. 1989.
- DISCUSIÓN...
Discusión sobre informe preliminar de la primera expedición del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard a Sud-América. In: Congreso Médico Latino-americano, 5., Lima. *Actas y trabajos*. Sección Tercera, Medicina Tropical e Epidemiología. Lima: Imprenta y Fábrica de Fotogramados Sanmarti y Cia. t.5, p.326-327. 1914.
- EDLER, Flávio.
A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1999.
- FARLEY, John.
Parasites and the germ theory of disease. In: Rosenberg, Charles; Golden, J. (Ed.). *Framing diseases: studies in cultural history*. New Jersey: Rutgers University Press. p.33-49. 1992.
- GURGEL, Nascimento.
Asistencia de los mutilados y contrahechos en la América del Sur (conferência). *El Comercio*, Lima, p.1. 10 nov. 1913.
- GURGEL, Nascimento.
Contribuição ao estudo do tratamento das paralisias espásticas: operação de Stoeffel. In: Congreso Médico Latino-americano, 5., 1913, Lima. *Actas y trabajos*. Lima: Imprenta y Fábrica de Fotogramados Sanmarti y Cia. t.3, p.28-32. 1913.
- HERCELLES, Oswaldo.
Enfermedad de Carrión. *La Crónica Médica*, Lima, ano 30, n.582, p.67-72. 1914.
- KROPF, Simone Petraglia.
Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.
- KROPF, Simone Petraglia.
Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962). Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2006.
- KROPF, Simone; LACERDA, Aline.
Carlos Chagas, um cientista do Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.
- LÖWY, Ilana.
Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

MONUMENTO...

Monumento ao médico peruano Carrión. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano 32, n.28, p.224. 13 jul. 1918.

NOTAS.

Brazil-Medico, Rio de Janeiro, n.29, p.733. jul. 1927.

ODRIOZOLA, Ernesto.

Unidad de la enfermedad de Carrión. *La Crónica Médica*, Lima, ano 30, n.582, p.157-162. 1914.

PEARL, Julián.

Medicina tropical en el Brasil del siglo XIX: la Escuela Tropicalista Bahiana (1860-1890). In: Cueto, Marcos (Org.). *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; Organización Panamericana de la Salud. p.31-52. 1996.

PEZET, Jorge Arias-Schreiber.

La Escuela Médica Peruana (1811-1972). Lima: Editorial Universitaria. 1972.

PLÁCIDO BARBOSA, José.

Lucha contra la fiebre amarilla Rio de Janeiro (conferência). *El Comercio*, Lima, p.2. 10 nov. 1913.

PLÁCIDO BARBOSA, José.

Profilaxia prática da tuberculose. In: Congreso Médico Latino-americano, 5., 1913, Lima. *Actas y Trabajos*. Lima: Imprenta y Fábrica de Fotograbados Sanmarti y Cia. t.8, p.140-146. 1913.

QUEVEDO, Emilio et al.

Knowledge and power: the asymmetry of interests of Colombian and Rockefeller doctors in the construction of the concept of 'jungle yellow fever' (1907-1938). *Canadian Bulletin of Medical History*, Ontario, v.25, n.1, p.71-109. 2008.

QUINTO CONGRESSO...

Quinto Congreso Médico Latino-americano. *La Crónica Médica*, Lima, ano 30, n.581, p.85-89. 15 mar. 1913.

RASMUSSEN, Anne.

L'hygiène en congrès (1852-1912): circulation et configurations internationales. In: Bourdelais,

Patrice (Dir.). *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*. Paris: Belin. p.213-239. 2001.

REGLAMENTO...

Reglamento del Tercer Congreso Médico Latino-americano. In: Congreso Médico Latino-americano, 3., 1908, Montevideú. *Actas y trabajos*. Montevideú: Imprenta El Siglo Ilustrado. t.1, p.8-12. 1908.

SESIÓN...

Sesión de clausura. Quinto Congreso Médico Latino-americano. *La Crónica Médica*, Lima, ano 30, n.598, p.457-461. 1913.

STEPAN, Nancy.

Picturing tropical nature. London: Reaktion Books. 2001.

STRONG, Richard et al.

Informe preliminar de la primera expedición del Departamento de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard a Sud America. *La Crónica Médica*, Lima, ano 31, n.3, p.2-6. 1914.

TOWNSEND, Charles.

A Phlebotomus the practically certain carrier of verruga. *Science*, Washington, v.38, n.971, p.194-195. 8 ago. 1913.

TOWNSEND, Charles.

La titira es transmisora de la verruga. *La Crónica Médica*, Lima, n.30, p.210-211. 1913a.

TOWNSEND, Charles.

The transmission of verruga by Phlebotomus. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, v.61, n.19, p.1717-1718. 1913b.

VALDIZAN, Hermilio.

Diccionario de medicina peruana. Lima: Talleres Gráficos del Asilo Larco Herrera. 1923.

VIGILANTE, Serenella Nonnis.

Idéologie sanitaires et projet politique: les congrès internationaux d'hygiène de Bruxelles, Paris et Turin (1876-1880) In: Bourdelais, Patrice (Dir.). *Les hygiénistes: enjeux, modèles et pratiques*. Paris: Belin. p.241-265. 2001.

WORBOYS, Michael.

Tropical diseases. In: Bynum, W.F.; Porter, R. (Ed.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London: Routledge. p.512-536. 1993.

