

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

**NEM CLIMA NEM RAÇA: A VISÃO MÉDICO-SOCIAL DO ACADÊMICO
JULIANO MOREIRA SOBRE A SÍFILIS MALIGNA PRECOCE**Ronaldo Ribeiro Jacobina^a**Resumo**

Estudo da obra inaugural do dermatologista/psiquiatra Juliano Moreira, com base nos princípios da moderna historiografia. O objetivo deste estudo foi analisar sua tese doutoral sobre a influência do clima e da raça na malignidade e precocidade da sífilis. Inicialmente, realizou-se uma breve discussão sobre a história da sífilis. Em seguida, foram feitas a descrição e a análise da tese “Etiologia da sífilis maligna precoce”, escrita pelo acadêmico Juliano Moreira aos 18 anos. A obra centra-se nos determinantes da maior frequência e gravidade da sífilis, examinando duas teses hegemônicas na época: clima quente e determinação racial. O formando apresenta revisão bibliográfica em que revela domínio de seis idiomas e ilustra seu trabalho com casos clínicos. Juliano Moreira enfatiza o “terreno”, fatores que debilitam o hospedeiro, desde doenças associadas à sífilis, idade, gravidez/puerpério e os determinantes sociais, como higiene, condições de trabalho e acesso precoce ao tratamento. Em relação ao clima, faz minuciosa investigação sobre as zonas isotérmicas (fria-temperada-quente-tórrida), encontrando variações que a temperatura não explica. Revela consciência étnica ao enfrentar o preconceito, caucionado no discurso científico da inferioridade biológica da “raça negra” e, numa visão médico-social, identifica maior frequência e “malignidade” nas classes sociais subalternas. Constata-se cuidado metodológico, revisão detalhada/crítica, mas, sobretudo, originalidade na discussão dos estudos e dos casos observados, com reflexões de evidente contemporaneidade.

Palavras-chave: Raça. Sífilis. Clima. Medicina social. História da medicina.

^aUniversidade Federal da Bahia – UFBA – Salvador (BA), Brasil.

Endereço para correspondência: Ronaldo Ribeiro Jacobina – Rua Santa Rita de Cássia, 167, apto. 1.001 – Graça – CEP: 40150-010 – Salvador (BA), Brasil – E-mail: rjacobina@gmail.com

Abstract

Study related to the first work of the dermatologist and psychiatrist Juliano Moreira, based on the principles of modern historiography. The objective of this study was to analyze his PhD thesis about the influence of climate and race in malignancy of early syphilis. Initially, a brief discussion about syphilis history was performed. Then, the thesis "Etiology of early malignant syphilis", written by Juliano Moreira when he was 18 years old, was described and analyzed. The work focuses on the determinants of greater frequency and severity of syphilis by examining two hegemonic theories in that period: warm climate and racial determination. The graduate student presents a literature review that reveals his wisdom on six languages, and illustrates his work with clinical cases. Juliano Moreira emphasizes the 'ground', factors that weaken the host from diseases associated with syphilis, ages, pregnancy/puerperium and social determinants, such as hygiene, working conditions, and early access to treatment. Regarding climate, he makes a thorough analysis of isothermal zones (cold-temperate-hot-torrid), and found variations that cannot be explained by temperature. He also showed ethnic consciousness when facing prejudice, which was supported in the scientific discourse of the biological inferiority of "black race", and a social-medical point of view that identifies the greater frequency and "malignancy" on issues related to different social classes. It was found profound methodological care, detailed review and critique, mainly originality in the discussion of observed studies and clinical cases, with clear contemporaneity reflections.

Keywords: Race. Syphilis. Climate. Social medicine. History of medicine.

NI CLIMA NI RAZA: VISIÓN MÉDICO-SOCIAL DEL ACADÉMICO JULIANO MOREIRA SOBRE LA SÍFILIS MALIGNA PRECOZ

Resumen

Estudio de la primer obra del profesional de dermatología y psiquiatría Juliano Moreira con base en los principios de la moderna historiografía. El objetivo del estudio fue analizar su tesis doctoral sobre la influencia del clima y de la raza en la malignidad y precocidad de la sífilis. Fue inicialmente realizada una rápida discusión acerca de la historia

de la sífilis. Después, la descripción y el análisis de la tesis “Etiología de la sífilis maligna precoz”, escrita por el académico Juliano Moreira a los 18 años, fueron hechas. La obra se centra en los determinantes de la mayor frecuencia y severidad de la sífilis, examinando dos tesis hegemónicas en aquella época: clima caliente y determinación racial. Lo formando presenta revisión bibliográfica en que revela dominio de seis idiomas e ilustra su trabajo con casos clínicos. Juliano Moreira enfatiza lo “terreno”, factores que debilitan el azafato, desde enfermedades asociadas a la sífilis, edad, embarazo/puerperio y los determinantes sociales como higiene, condiciones de trabajo y acceso previo al tratamiento. En relación al clima, hace minuciosa análisis de las zonas isotérmicas (fría-revenida-caliente-tórrida), encontrando variaciones que la temperatura no explica. Revela conciencia étnica al enfrentar el prejuicio, caucionado en el discurso científico de la inferioridad biológica de la “raza negra”, y en una visión médico-social, identifica mayor frecuencia y malignidad en las clases sociales más bajas. Se constata cuidado metodológico, repaso detallado/crítica, pero, sobre todo, originalidad en la discusión de los estudios y de los casos observados, con reflexiones de evidente contemporaneidad.

Palabras clave: Raza. Sífilis. Clima. Medicina social. Historia de la medicina.

INTRODUÇÃO

Ainda em 1932, comunidades médicas e acadêmicas de diversos países acreditavam que a elevada incidência e mortalidade de sífilis entre os negros e afrodescendentes eram a prova empírica para o suposto fato científico de estes serem “biologicamente inferiores” em relação aos brancos. O governo estadunidense, temendo que as doenças das comunidades negras fossem transmitidas para os brancos, decidiu criar programas “para os negros”, sendo o mais ambicioso deles chamado “Estudo de Tuskegee”, no Alabama, que será analisado mais adiante.

Se este preconceito determinou a realização de uma pesquisa no país mais poderoso do planeta, que durou 40 anos, atravessando boa parte do século XX (1932–1972), é possível imaginar o desafio que enfrentou o acadêmico de medicina Juliano Moreira que, em 1890, aos 18 anos, escolheu este tema para sua tese inaugural.

Em relação à tese inaugural, introduzida no ensino médico do país em 1832 e abolida formalmente com a Reforma Rocha Vaz, decreto de 13 de janeiro de 1925, ganhou atualidade com o retorno da exigência institucional deste trabalho de conclusão do curso universitário. Era chamada também de “tese doutoral”, pois o título de Doutor, que foi

primeiramente outorgado aos filósofos e depois aos advogados, era reservado em medicina ao diplomado que defendesse esta tese.¹

A Escola de Cirurgia da Bahia, criada em 18 de fevereiro de 1808, graduou profissionais com a denominação de “cirurgiões formados” até 1832. A diplomação de “médicos formados” só era feita aos graduados em Faculdades de Medicina de Portugal, sobretudo a de Coimbra, ou de outros países europeus. Com a reforma do ensino médico em 1832 na Regência Trina, a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), nova denominação da Escola, passou a formar o “médico”, que também recebia o título de Doutor em Medicina caso defendesse a tese doutoral ou inaugural. Os estudantes que não defendiam a tese eram considerados “Bacharéis em Medicina”.

A primeira tese inaugural da FMB, após a reforma de 1832, foi a do Doutor Manuel Ezequiel de Almeida, “Asfixia por submersão no afogamento”, em 1836. Este documento está perdido, tendo apenas o registro do título de Doutor na Ata da Congregação daquele ano. De 1836 a 1840, quase não há informações sobre as teses doutorais. Documentos confirmam que as medidas aprovadas na reforma de 1832, pelo menos na Bahia, foram implantadas com regularidade somente a partir de 1840, década em que começaram a aparecer as teses inaugurais em número maior.

Entre as 2.500 teses catalogadas,² merece destaque a de Juliano Moreira, “Etiologia da syphilis maligna precoce”, defendida em 1891.

Tal tese inaugural, de um único volume impresso em 158 páginas e em bom estado de conservação, encontra-se na Bibliotheca Gonçalo Moniz, na sede da FMB, escola *mater* da medicina brasileira. O objetivo deste trabalho foi analisar a tese de Juliano Moreira e demonstrar a sua importância histórica. Entre os objetivos secundários estão o de descrever uma breve história social da sífilis e o de apresentar um estudo crítico sobre o determinismo climático e a preconceituosa noção de raça como causa de malignidade de doença, já que o artigo foi escrito na época hegemônica dessas concepções.

SÍFILIS: DAS CONCEPÇÕES MÍSTICAS À TEORIA MICROBIANA E O PAPEL DE CLIMA E RAÇA NA GÊNESE, PRECOCIDADE E MALIGNIDADE DA DOENÇA

Ainda não se tem conhecimento cabal sobre o local de origem da sífilis ou lues (peste). No entanto, há duas teorias: a primeira considera que a doença é antiga no Velho Mundo; a segunda afirma que a doença é autóctone do continente americano, tendo sido levada para a Europa por Cristóvão Colombo³ (p. 311-2).

Entre os dados que fortalecem a primeira teoria estão achados arqueológicos e documentos que indicam uma possível sífilis terciária na Grécia Antiga, como encontrado na cidade de Metaponto, aproximadamente 600 a.C., e em Pompéia, com evidências de que mãe e filho teriam sífilis. Têm-se agora confirmação bacteriológica de que afecções cutâneas, como a pinta e a framboésia (antiga bouba), presentes na Europa medieval, que eram considerados doenças de origem diferente da sífilis, são causadas também pelo *Treponema pallidum*.⁴

Uma observação que fortalece a segunda teoria é a inexistência de uma caracterização médica própria para esta doença, até mesmo quando, no final do século 15 e, sobretudo, no século 16, ela se tornou uma doença epidêmica e devastadora na Europa, onde os europeus não apresentavam resistência contra ela. Segundo tal versão, primeiramente difundiu-se que ela teria sido disseminada pelos índios que Colombo levou para a Europa. Disso, surgiu um famoso trocadilho: “Colombo civilizou a América e sifilizou a Europa”. Depois, supôs-se que teriam sido os marinheiros, contaminados com as índias americanas, sobretudo nas Antilhas, teriam levado, enquanto soldados mercenários, a doença para os exércitos francês e italiano, num momento de trégua, que foi rompida em 1494, e resultou no cerco de Nápoles pelo exército francês de Carlos VIII. Os dois exércitos teriam sido contaminados. Acredita-se que a sífilis era, na época, uma doença mais contagiosa, sendo transmitida pelo contágio direto, além do sexual, e com um curso mais rápido. Em 1497, tornou-se uma pandemia, atingindo toda a Europa. Os italianos chamaram a doença de *morbus gallicus* (mal gálico), já os franceses chamaram-na de “mal de Nápoles”.³ Como referido, a sífilis provocou uma grande polêmica sobre seu local de origem. Como toda doença estigmatizante, ela se tornou metáfora, como a tuberculose no século XIX, o câncer no XX e, mais recentemente, a Aids.⁵ Desse modo, como metáfora do mal, nenhum país queria aceitar ser seu berço.

Um dos primeiros defensores da origem americana da lues foi o médico, matemático e poeta renascentista Gerolamo Francastoro (1478–1553), de Verona, Itália. Em seu poema, “*Syphidis sive Morbus Gallicus*” (Sífilis ou o mal francês), publicado em 1530, ele denominou o mal gálico de sífilis,³ baseando-se num personagem de Ovídio, o pastor Shiphilo que insultou um dos mais poderosos deuses do Olimpo, Apolo, o qual o puniu com essa doença mutilante. Com esse batismo mitológico, não foi difícil a doença se tornar uma denominação do mal. Na época, ela passou a ser a mais importante do grupo das doenças venéreas, nome derivado de Vênus, deusa do amor e volúpia.

No século XIX, sifilógrafos europeus baseados na teoria americana consideravam que, no Brasil, a doença teria sido autóctone e, por determinantes mesológicos, sociais e raciais, tinha características próprias, sendo de mais fácil disseminação e malignidade nos trópicos.⁶

Em sua análise da “sociedade patriarcal brasileira”, Freyre⁷ destacou a sífilis. Concordou com a tese dessa doença ter sido trazida para o Brasil pelo colonizador europeu e considerou que, devido ao regime escravista, “o negro se sifilizou no Brasil” (p. 338). Citou, entre muitos exemplos, o da crença de que para o sífilítico não havia melhor “depurativo” que uma negrinha virgem (p. 339). Para Freyre, a “sifilização” no país se desenvolveu estreitamente com a miscigenação e foi anterior à civilização. É famoso o seu jogo linguístico com a frase referida antes contra Colombo: “O Brasil, entretanto, parece ter-se sifilizado antes de se haver civilizado” (p. 83).

No final do século XIX e na primeira metade do século XX, ficava em aberto a questão da gravidade da sífilis ser superior em países de clima quente, além da crença, nem sempre proclamada, da malignidade e precocidade maiores nas pessoas da “raça negra”. Carrara e Carvalho⁸ citam historiadores que identificam no sífilógrafo Alfred Fournier o principal responsável por atribuir à sífilis a causa de quase todas as más-formações e monstruosidades. Carrara⁹ afirma não ter dúvida de ter sido “esta característica hereditária a que mais singularizou a sífilis perante todas as outras doenças infecciosas” (p.40). Mais ainda, tornou-se um consenso na comunidade científica (e nos médicos) da época, a crença dela ser também a razão de inferioridade biológica que, segundo a maioria deles, certas populações exibiam. Não demorou muito para surgir uma política eugênica para combater o mal venéreo, gerando uma verdadeira sífilofobia.

Sobre a causalidade da doença, as primeiras teorias eram místicas, com interpretações astrológicas e superstições numéricas.¹⁰ Francastoro, em seu livro-poema de 1530, como também em seu tratado “*De Contagione*”, publicado em 1546, sobre as doenças contagiosas da época, demonstrava independência em relação aos pensadores antigos. Em seus estudos dessas doenças, inclusive sífilis, ele recusou as interpretações mágicas e corriqueiras e considerava que era necessário estudar e descobrir a natureza das coisas, as causas próprias das enfermidades. O médico oficial do Concílio de Trento formulou a hipótese da existência de “pequenas coisas invisíveis”⁹ (p. 33) ou “germes que obravam por analogia no organismo”, chamados de “seminaria”, diferentes dos venenos³ (p. 327).

Entretanto, prevaleceram causalidades mágicas, “simbólico-místicas”, passando pela ideia de uma substância tóxica e do *contagium vivum*, até chegar à moderna da bactéria como agente causal. Uma especificidade da história da sífilis foi o fato de que, antes da prova direta do agente causal específico, o agente etiológico, existiam indícios indiretos da natureza contagiosa da doença.¹⁰

Em relação à determinação pelo clima, embora com muitos defensores, ainda no século XIX já começava a ser questionada, inclusive no Brasil. Freyre⁷ cita um trecho do historiador Capistrano de Abreu, num prefácio de 1889, dois anos antes da tese inaugural de Juliano Moreira, no qual o autor se interrogava: “o clima ardente a que tantas responsabilidades se atribuem em todos os nossos defeitos, que sabemos de sua ação?” (p. 118). Já a questão étnica da causa racial, sobretudo da miscigenação, ultrapassou o período escravista no Brasil e teve uma duração maior.⁹ Em suas linhas gerais, esse era o conhecimento sobre sífilis que o aluno JM encontrou para escrever sua tese inaugural. A questão étnica só declinou no país com a derrota do nazismo em meados do século XX e, em todo o mundo, com os avanços da “revolução genética”.

Quanto à causalidade, mesmo sem o conhecimento específico do agente etiológico, JM assumiu a etiologia da doença por um micróbio, mas este não era o seu foco principal de atenção. A “etiologia” do título de sua tese era para a gravidade da sífilis. A descoberta do agente etiológico somente se deu no início do século XX, em 1905, quando os bacteriologistas Fritz Schaudinn (1871–1906) e Eric Hoffman (1868–1959) detectaram uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*.¹⁰

Um ano depois, outro alemão, August von Wassermann, desenvolveu o primeiro exame de sangue para diagnosticar a doença. No início, resultava em muitos falsos-positivos, mas foi uma arma poderosa no combate à doença, pois com medidas de profilaxia e educação sanitária diminuiriam a transmissão da doença.⁹ Em 1909, mais um bacteriologista alemão, Paul Ehrlich, desenvolveu o primeiro tratamento com alguma efetividade, que era o Salvarsan, à base de arsênio. No entanto, o cuidado eficaz veio com a descoberta da penicilina, por Alexander Fleming, em 1928.³

A TESE INAUGURAL DE JULIANO MOREIRA

Em 1887, Juliano Moreira estava matriculado no segundo ano do curso médico, com 15 anos de idade.¹¹ Ainda como acadêmico do quinto ano, em 1890, ele foi aprovado em um concurso para interno da Clínica Dermatológica e Sifilográfica. Em 1891, ele se graduou e teve sua tese inaugural, “Etiologia da syphilis maligna precoce”,¹² aprovada, recebendo não só o título de bacharel de medicina, mas também o de doutor.

No prólogo de sua tese, Juliano Moreira refere que teve esperança de que, com o advento do regime republicano e a necessária reforma do regimento das faculdades de medicina, fosse abolida a exigência da tese obrigatória, diante da incapacidade da instituição em oferecer as condições necessárias para que o aluno produza um trabalho de relevância

e qualidade. Como essa exigência foi mantida, embora tenha havido a mudança no sentido de dar ao aluno a liberdade de escolher o tema numa lista de pontos, o estudante de 18 anos teve que encarar a última obrigação acadêmica: “Tratei de analysar as minhas condições e achei-as precárias: não tinha onde bem observar, não sabia nem podia experimentar, não tinha estudos, não possuía onde adquiri-lo: os livros, e não contava com o tempo; somente sobrava-me a obrigação, em vista da qual, lá fui ver como cidadão obediente que esmero-me em ser, as listas dos pontos da these”¹² (p. 5).

Como se pode constatar, seu projeto inicial era fazer uma pesquisa experimental, mas lamentou essa impossibilidade diante dos limites institucionais: “sustentei por momentos a velleidade de ser experimentalista e fazer alguns estudos sobre o sangue dos syphiliticos” (p. 6). Resolveu, então, escrever sobre a sífilis maligna precoce, tema da subárea médica de seu maior interesse naquele momento, pois era interno advindo de concurso do Serviço de Dermatologia e Sifilografia da FMB, cujo lente catedrático era o Professor Alexandre Cerqueira, a quem ele agradeceu em sua tese.

O trabalho tem uma introdução e duas partes: na primeira, muito breve, são discutidos o possível agente etiológico — o “syphilo-micróbio” — e a influência do “vírus” que, na época, era sinônimo de bactéria, parasita ou micróbio; na segunda parte, de modo detalhado, ele analisa os determinantes da malignidade e precocidade da sífilis e estuda o “terreno”, levando em conta os seus “modificadores intrínsecos e extrínsecos” (p. 9).

Na introdução, o aluno faz considerações teórico-metodológicas, comentando de início sobre a importância do ‘princípio da causalidade’, tanto no estudo das causas das moléstias como de sua evolução. Sua ênfase foi na busca de explicação da evolução. Valorizou o uso das hipóteses, pois se constituiriam em “pontos de partida para buscas razoáveis” (p. 3). Como justificativa para seu trabalho, referiu que, na revisão de literatura, encontrou ‘noções vagas’ com relação às causas da malignidade e precocidade da sífilis (p. 3) e ‘desordem’ ao “percorrer os autores que se ocuparam desse assunto” (p. 5).

A sífilis foi descrita por ele como uma antroponose com três fases: a primeira, no momento do contágio, período de incubação; a segunda, com o quadro clínico, com destaque para as “manifestações cutâneas”; e a terceira, da sífilis terciária. Destacou as diferenças das lesões cutâneas sífilides: no segundo período, superficiais e abundantes, e no terceiro, profundas e pouco extensas (p. 5). Por fim, definiu os termos de sua investigação: a sífilis é maligna e grave, quando ocorre em organismos com desnutrição exagerada e localizada em órgãos importantes. É precoce quando o “terciarismo” se manifesta antes do tempo, chegando a ser galopante quando havia rapidez na “terminação fatal” (p. 5). Ele não

concorda em excluir de tal definição as cerebrossifiloses (neurossífilis) graves e precoces. Embora conhecesse a crítica do médico inglês Thomas Sydenhan (1624-1689) ao termo “maligno”, que serviria para a medicina encobrir sua ignorância e imperícia, o autor decidiu manter esse termo consagrado na sífilis (p. 6).

Após situar seu objeto de estudo e definir o tema, ele formulou o pressuposto: a sífilis maligna e precoce ocorria quando o “micróbio” colonizava o organismo de uma pessoa “em terreno propício” (p. 6).

Já em sua tese inaugural, Juliano defendia uma posição intelectual que não se limitava a ficar no nível da sintomatologia. Ele queria uma investigação mais explicativa. Nesse estudo, verificou a pouca atenção dos estudiosos da sífilis maligna precoce (SMP) quanto à sua determinação. Portanto, o formando buscava contribuir ao estudo da SMP, analisando sua etiologia. Para isso, usou a noção de causa, de forma inovadora, que não se esgotou no monocausalismo da etiologia microbiana. Inclusive, é a multicausalidade que possibilitou a discussão das razões para a sífilis ser maligna e precoce.

Aparece nesta obra a noção de “terreno propício”, ou seja, fatores que tornam o organismo da pessoa vulnerável ao possível micróbio, como no caso da sífilis. Esses fatores ou “modificadores” podem ser intrínsecos ou extrínsecos ao organismo da pessoa. Entre os modificadores, Moreira citava a debilitação por moléstias crônicas, pela desnutrição, vinculada à miséria, mas destacava o alcoolismo, que era identificado como um dos modificadores que torna o terreno propício. Daí, o cientista começava a fazer uma ponte do dermatologista com o futuro psiquiatra. Embora não cite diretamente a paralisia geral progressiva, ao não aceitar excluir as neurossífilis, ele apontava o interesse também pela neurologia e psiquiatria.

A INFLUÊNCIA DO SÍFILO-MICRÓBIO

A natureza contagiosa da sífilis foi deduzida muito antes da descoberta do agente causal e, no último quartil do século XIX, com a hegemonia do pensamento microbiano, o agente etiológico era nomeado “sífilo-micróbio”, embora só tenha sido descoberto, como já referido, em 1905, quando o *Treponema pallidum* foi detectado.

Como a bactéria patógena não estava descoberta, Juliano Moreira começou essa parte com a crítica “àqueles sempre prontos a aceitar as primeiras notícias com a avidez de quem quer saber, com a affoiteza de quem precisa explicar” e uma indagação: “Como estudar a influência do syphilo-microbio se não o conhecemos?” (p. 12). O autor reconheceu o real valor que teria a descoberta do “microparásita” da sífilis, mas tal limite não o impediu

de refletir sobre o papel do agente etiológico. Fez-se uma analogia com a matemática: “Por cálculos de probabilidades também se concluem em mathematica” (p. 14) e, desse modo, também se pode “presumir em ciência”.

Sobre o agente pressuposto, havia estudos que enfatizavam o aspecto quantitativo e em outros, o qualitativo. Vários autores, inclusive Pasteur, Neisser e Watson-Cheyne, destacavam que o número de micróbios introduzidos diminui o período de incubação e aumenta a intensidade dos sintomas e a gravidade da sequência mórbida. Já com relação ao caráter maligno da sífilis, entretanto, Moreira comentou que é o caldo de cultura, ou seja, o organismo, que presidirá a multiplicação, na maioria dos casos. Para ele, não é necessariamente a grande quantidade de microparasitas no ato contaminante que define a malignidade, citando como contra exemplo ao argumento meramente quantitativo a localização das lesões.

Em relação aos aspectos qualitativos, JM citou autores que identificam como causa da malignidade e precocidade da sífilis a qualidade do agente, se atenuado ou não, pois, um deles, o professor Gemy, afirma: “é sempre ao vírus e nunca ao terreno que se dirigem os métodos de atenuação” (p. 16). Moreira, que sempre se mostrou discípulo de Virchow, contra-argumentou com seu pensamento multicausal: “Quando procuramos diminuir a nocuidade do vírus pelos diversos modos de atenuação o que fazemos sinão aumentar a correlata resistência orgânica?” (p. 16). Mais uma vez, o acadêmico de medicina comenta sobre a “mutualidade das influências” do agente etiológico e do “terreno”, admitida pelos mais “distintos patologistas”. A primeira parte foi concluída, articulando o agente com o hospedeiro: “A maior virulência do vírus syphilitico pela menor resistência do organismo é as mais das vezes a causa da malignidade da syphilis” (p. 17).

OS MODIFICADORES DO MEIO DE CULTURA

Com uma metáfora agrícola, Juliano Moreira comparou o micróbio com a semente e o organismo com o terreno (p. 19). Entre os modificadores, o autor destacou algumas doenças que debilitariam o organismo, facilitando o desenvolvimento da sífilis.

Alcoolismo

Iniciou a abordagem desta relação fazendo um comentário sobre a relação do uso e abuso: “O exagero de um uso abole-lhe os bons efeitos e origina as correlatas consequências do abuso” (p. 20). Identificou o alcoolismo como um perigo social e considerou um desafio para os “higienistas” combater a difusão deste mal.

Há, em sua análise, um tom moralista, presente em quase todas as suas citações nesse item. Citava o Congresso, em 1889, sobre o alcoolismo, que votou pela repressão ao consumo do álcool e defendia o “medrar da hygiene e da instrucção bem orientada” (p. 22).

Sobre as alterações clínicas do “alcoólatra”, ele destacava lesões na mucosa gástrica, cirrose e esteatose hepática, congestão do parênquima pulmonar, além de comentar a senilidade antecipada. Como dermatologista, enfatizava as alterações de pele, que era sede de diversas lesões, como: pseudopelagra alcoólica, eritemas, acne rosácea dos bebedores, exasperação da psoríase e do eczema (p. 22).

Os estudos citados sustentavam a tese de que o alcoolismo agravava a sífilis desde o “acidente inicial”. A malignidade ocorria na incidência dos dois males, em que era frequente o emagrecimento profundo com grave desnutrição, que levava à caquexia precursora do marasmo limítrofe da morte, chegando à conclusão óbvia: “O alcoolismo será tanto mais malignisante da syphilis quanto maior for o estrago por ele produzido no organismo”(p. 24).

Impaludismo (malária)

A análise da malignidade do impaludismo era semelhante àquela feita com o alcoolismo, na qual as duas doenças — sífilis e malária — juntas, seja o enxerto da sífilis num malárico ou vice-versa, diminuiriam a integridade vital do organismo, levando-o à caquexia.

O estudioso buscou dar a sua tese inaugural uma base empírica, já que não pôde realizar experimentos, utilizando observações de pacientes como uma ilustração de associações da sífilis com fatores malignizantes. Foram citados três casos clínicos do serviço do professor Alexandre Cerqueira, catedrático de Dermatologia e chefe da Enfermaria de São Vicente do Hospital da Misericórdia. Um dos casos, o de um homem pardo, de 28 anos, cocheiro, apresentou melhoras com o tratamento, mas os outros dois pacientes foram a óbito (p. 28-9).

Escrófulo-tuberculose

Havia na época, último quartil do século XIX, uma discussão sobre a identidade ou distinção entre a escrófulose e a tuberculose. Moreira assumia a corrente da identidade, que foi posteriormente confirmada. Concordava que a concomitância resultava no “fagedenismo” (p. 36), uma tendência excessivamente anormal de uma úlcera se estender rapidamente. Ele concluiu que a escrófulo-tuberculose era agravante da sífilis, inclusive malignizante (p. 40).

Ilustrou essa associação com o quarto caso clínico: um paciente roceiro, de 42 anos, que teve cancro e era escrofuloso, com tumefação ganglionar no pescoço e na região retroauricular. O sujeito recebeu alta melhorado.

Escorbuto, diabetes, gotas, nefrites e herpetismo

Para Juliano, escorbuto, diabetes, gotas, nefrites e herpetismo seriam causas de SMP, pois tornavam o terreno mais apto a uma evolução grave da sífilis (p. 45).

Outros fatores seriam idades extremas, puerperismo, abuso e insuficiência das funções, falta de tratamento e, por fim, a relação da sífilis com o clima. Foi ao interior deste último item, ou seja, clima, que ele discutiu a questão de sífilis e raças, mas esse tema está implícito em várias partes da obra, como veremos a seguir.

Idades extremas (infância e velhice)

A sífilis seria grave nos recém-nascidos, porém menos nos “já formados” (p. 52). Moreira citava estatísticas, mostrando o alto índice de mortalidade infantil, principalmente por sífilis materna: 77 a 86% de óbitos (p. 52). A ilustração é feita com o quinto caso clínico da tese: criança de dois anos, que teria adquirido sífilis por meio de um beijo dado por um mendigo (p. 55). Após citar as estatísticas, o estudioso usou uma linguagem matemática para sua conclusão da sífilis na infância: “Tanto menos é o coeficiente da idade no menino infectado pela syphilis, tanto maior é o expoente da malignidade desta” (p. 57). Thomas Kuhn,¹³ em estudo epistemológico, destaca o uso que a comunidade científica em geral gosta de fazer da linguagem matemática como um valor de cientificidade.

Em relação à velhice, a relação é inversa: quanto maior a idade no idoso, mais grave é a doença. Um organismo em tal condição seria, concluía o acadêmico, um caldo de cultura ideal para o sífilo-micróbio. Ele ilustrou este item com dois casos clínicos: Caso 1 (sexto caso), roceiro de 55 anos, que adquiriu sífilis já na idade madura, de maior gravidade, vindo a falecer; e Caso dois (sétimo), também roceiro, 60 anos, que adquiriu sífilis na mocidade e, tratado com iodeto de potássio, curou-se (p. 68).

A maior gravidade da sífilis na velhice não era consenso na literatura. Juliano, ao abordar essa discordância, comentou: “Nada dista mais do meu espírito do que o pretender dar voto de Minerva n’este litígio de competentes, mas em todo caso direi: aqui como *em tudo que percorre a escala da variação é impossível ser absoluto*”¹² (p. 67; grifo nosso). O mesmo investigador que usou a linguagem matemática para dar cientificidade ao seu discurso, aqui relativiza o uso da quantificação e da “inflexibilidade dos números” para certos

fenômenos, como disse com clareza, em artigo publicado quatro anos depois.¹⁴ De modo mais explícito, ele voltou a desenvolver este raciocínio, quando discutiu em qual idade começa a velhice. Após reconhecer que havia idosos que não eram velhos, ele reiterou sua afirmativa da tese de 1891, dita de modo semelhante como se pode ver: “Impossível porém é impor limites ao que está sujeito a variações”. No entanto, arrematou com uma reflexão epistemológica muito atual sobre a questão da quantificação para os fenômenos vitais: “No que é relativo às idades, como em tantas outras condições, não se pode clausurar os factos na inflexibilidade dos números”¹⁴ (p. 84).

Esse vitalismo e ênfase na qualidade, sem deixar de levar em conta a quantidade, encontram paralelo em um estudo contemporâneo de Canguilhem.¹⁵ Nele, esse epistemólogo das ciências biomédicas discute o normal e o patológico e, numa de suas conclusões, também recusa a ‘enclausurar’ os fenômenos vitais nos valores matemáticos, ao afirmar que “a norma se traduz pela média, mas não se deduz dela” (p. 127). Como exemplo de que nem todo desvio significa anormalidade, cita coincidentemente que viver cem anos, mesmo sendo fora da duração média, não é anormal.

Gravidez e puerpério

Em relação à gravidez, o estudo tinha um pensamento medicalizante, quando afirma que a mulher civilizada “às mais das vezes é doente no período da puerperalidade”¹² (p. 69). Para sustentar sua tese, citava uma série de alterações anatomo fisiológicas. Desse modo, formulava o raciocínio que, durante o puerpério, a sífilis deveria ser grave (p. 70). Reconhecia, entretanto, que deveria passar do domínio do raciocínio para o da verificação clínica, afirmando que, em sua revisão e testemunho, quase todos os clínicos concordam com a tese de que, na gravidez, a sífilis é mais grave nas três fases.

Abuso e insuficiência das funções (fadiga e alterações nutricionais)

O autor introduz a noção de “miséria fisiológica”, que ocorreria com o desequilíbrio permanente do metabolismo, relacionado às ingestões quantitativa e qualitativa dos alimentos (p. 73).

A fadiga resultante de uma superatividade intelectual, por exemplo, seria outra causa de miséria fisiológica e estaria relacionada principalmente à sífilis cerebral. Outra forma seria a do “vasto exército de inativos” que, ao “cevarem-se de prazeres, funestam a vida” (p. 75): não dormem à noite, mal se alimentam, ficam sujeitos às emoções do jogo, confinados nas salas com o ar corrompido. O moralismo caucionado por um discurso

científico volta a parecer no dermatologista e sífilógrafo Juliano Moreira, que seguia uma tendência da medicina da época, e nele se consolidaria 30 anos mais tarde, com sua adesão ao movimento da higiene mental. Vale ressaltar que sua adesão foi à primeira fase de tal movimento, época em que o tratamento ambulatorial e a recuperação eram enfatizados. Na segunda fase que apresentou, além do moralismo, conotações racista, xenófoba e autoritária, ele não participou.¹⁶

Moreira cita inúmeros autores que apoiam a tese da influência do abuso das funções nervosas sobre a localização da sífilis no cérebro. Comentou a necessidade do sono, registrando que a vigília, inclusive ocupacional, podia agravar a sífilis, citando o exemplo de um funcionário de jornal que trabalhava à noite¹² (p. 77). Seja trabalho manual ou trabalho intelectual, o esforço excessivo seria um terreno fértil para o micróbio de uma sífilis grave, maligna e precoce. Segue a descrição de outros casos de fadiga ocupacional¹³:

Quer trate-se do operário desperdiçando forças para aumentar de quase nada o parco salário, quer trate-se do soldado que para honra e glória dos seus superiores, obscuramente deixam-se matar nas marchas e contra-marchas da campanha, quer trate-se do erudito que louvavelmente conquista às traças os velhos monumentos do passado, quer trate-se do simples estudioso que de vigília em vigília procura galgar o renome, todos são terrenos propícios á vasta cultura da syphilis em suas formas graves (p. 75).

Porém, tais observações médicas, relacionadas, de um lado, ao excesso e, do outro, à insuficiência, não teriam a imutabilidade das leis da astrofísica, que se aplicam de modo universal. O autor toma aqui o normal e o patológico como uma gradação e não como uma diferença qualitativa, mas sim para reforçar o relativismo dos valores médios:

isso é uma média tendo toda uma serie de irradiações de um lado para as mínimas resultantes de uma athletica constituição e de outro para as máximas em que o estado geral asthenisa-se e anemia-se por tal modo que é próximo precursor do marasmo que preludia a morte (p. 77-78).

O item é finalizado com um caso clínico (oitavo) de um famélico migrante, de 28 anos. Relatou-se que a seca no Ceará, obrigou o homem a emigrar, com longas viagens e pouca alimentação. Teve cancro e, ao ser admitido no hospital, já apresentava lesões cutâneas. Como causa desta malignidade encontrou-se somente a anemia profunda do paciente, resultado de sua longa e sofrida viagem. Ele teve alta e foi recolhido ao Asilo da Mendicidade (p. 78-9).

¹³Esta fadiga ocupacional, descrita com precisão por Moreira, tanto para o trabalho manual quanto intelectual (operário, soldado, jornalista, erudito), foi denominada, em 1974, de Síndrome de Burnout (to burn out, queimar por completo). É um estado de esgotamento físico e mental cuja causa está intimamente ligada à vida profissional.

A FALTA DE TRATAMENTO

A falta de tratamento da sífilis seria uma das causas do terciarismo, portanto de malignidade e precocidade da sífilis. Além da falta de tratamento, o autor incluía também o tratamento inadequado, seja por ter sido parcial ou incompleto, seja por ter sido mesmo completo, porém tardio.

Abordou também a localização do cancro, se genital ou extragenital, reconhecendo que não é um fator agravante, embora o extragenital dificulte o diagnóstico, pois o médico não iniciado nos detalhes da sifilografia poderia não reconhecer e tratar inconvenientemente os sintomas iniciais extragenitais (p. 84).

Com dados de literatura, mas também com o testemunho pessoal pela sua atuação no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, o acadêmico de medicina observou a diferença assistencial da sífilis na “clínica civil” (particular) e na “clínica hospitalar” (filantrópica). Sujeitos que iam aos hospitais em geral eram os que apenas iam à consulta em último caso, de modo tardio, não tinham acesso à medicina familiar e de consultório, em geral mais precoce. Conseqüentemente, apresentavam de modo mais frequente a sífilis maligna e precoce. Chegou-se à conclusão de que a falta de tratamento específico podia figurar e, em geral, figurava nos antecedentes de uma SMP, mas não era por si só uma causa dela. O estudante ainda acrescentava: “Convém contudo lembrar que os indivíduos da clínica hospitalar além de não recorrerem à therapeutica, também são maltratados pela falta de hygiene, pela miseria etc.” (p. 82). Aqui, além do dermatologista e sifilógrafo, emergia o médicosocial, identificando e destacando uma causa social que favorecia a gravidade da doença nos segmentos populacionais mais carentes.

Nesse item, Moreira faz referência a Neumann (p. 84), que destacava as questões higiênicas, mas não o local de penetração do agente (genital ou extragenital). Salomon Neumann é um dos nomes mais consagrados da medicina social alemã, junto com Virchow.¹⁷

Após a análise dos determinantes mencionados, o autor tratou de um dos elementos centrais de sua tese inaugural, o papel do clima e, em particular, o clima tropical, na malignidade e precocidade da sífilis. De modo indireto, estudou o papel das raças, enfrentando a crença de que a sífilis era mais maligna e precoce nos negros.

CLIMA E SÍFILIS

O formando iniciou a análise já constatando que havia uma noção disseminada segundo a qual os climas produziram uma modificação na “marcha” das moléstias. Com fina ironia e dialogando os saberes da arte e da técnica com as ciências, ele declarou:

Ninguém aceitará o quadro de um pintor que, não combinando os efeitos de luz e de sombra, deixar de produzir relevos que valorisem sua tela: [...] Ninguém aceitará, por ser informe, a prova negativa de uma photographia. Mas aceita-se em sciencia (?) [sic], sem detalhado exame, asseverações mal fundadas (p. 87).

Quanto à questão da influência do clima, o autor se questiona em que sentido se usa o vocabulário “clima” e responde que o médico deveria entendê-lo no sentido hipocrático, o das relações entre ar, águas e lugares (p. 88). Juliano assumiu encarar o estudo dos climas, principalmente no que diz respeito à temperatura, por isso o calor e o frio têm sido os fatores invocados para explicar a malignidade da sífilis em diversos lugares, sem negligenciar, entretanto, outros fatores (p. 88).

Ao demonstrar conhecimento sobre geografia médica, o acadêmico fez minuciosa análise das diferentes formas de sífilis em países que estavam numa mesma zona isotérmica, identificando as formações sociais ou suas regiões, de acordo com os seguintes climas: frio, temperado, quente e tórrido.

Frio

Destacou-se a Islândia, as Ilhas Farøe [Faroé], a Escandinávia (reino sueco-norueguês) e uma região da Rússia.

O acadêmico constatou que, analisando as pesquisas, numa mesma zona isotérmica, de clima frio, havia regiões sem sífilis autóctones, como a Islândia, e lugares com epidemia sífilítica, como Noruega e Rússia. Nesta, os sífilíticos eram o primeiro lugar entre os internados em São Petersburgo (p. 89-90).

Ele concluiu que era incontestável que se a benignidade da sífilis na Islândia e nas Ilhas Farøe fosse resultante do clima, na Noruega, Suécia e grande parte da Rússia e Sibéria deveria também a dita moléstia gozar de igual benignidade (p. 95). Ainda complementou: a sífilis era benigna na Islândia porque os seus habitantes tinham costumes corretos. O alcoolismo era raríssimo na ilha; a malária não existia; a tuberculose era rara; o escorbuto era raro; era um país praticamente sem analfabetos; não tinha a corrupção existente nas cidades populosas; todos se conheciam, o que tornava difícil uma contaminação; a população não se relacionava com estrangeiros e não havia casas de prostituição (p. 96).

Por outro lado, Moreira continuava sua análise médico-social sobre as regiões em que a sífilis era grave: na Suécia o alcoolismo era alto, com grande produção de bebidas e consumo (o autor chegava a citar dados de produção e consumo de bebidas (p. 97). Na

Noruega, o consumo de bebidas era também muito grande (p. 98). O problema era tão grave que foram criadas sociedades de temperanças que compravam as tavernas e substituíam-nas por casas de chá e café. Em Gothenbourg, em 22 de agosto de 1865, foi fundada a primeira sociedade com este fim, citava Moreira (1891), tendo como fonte o “Tratado de higiene social” de Rochard, 1888. Outra medida era aquela adotada pelas administrações comunais que impunham fortes penalidades aos ébrios. Para Juliano, examinando a literatura, estava provado de modo incontestável que punir os ébrios não bastava para evitar o alcoolismo crônico. Sobre a Rússia, citava Balzac, que referia a ela como uma aristocracia sustentada pelo álcool (p. 101).

Para o pesquisador, alcoolismo era uma tara hereditária, seguindo a teoria da degenerescência, muito em voga no final do século XIX e nas primeiras décadas do XX.¹⁸ Como destaca Serpa Júnior,¹⁹ houve uma progressiva transição da “degenerescência” para a noção de “degenerado”, com Valentin Magnan (1835–1916), bem como a suposição de uma hierarquia das raças, na crença da miscigenação como causa de degeneração. O autor, nesta tese doutoral e em sua produção posterior, não faz tal transição e refuta explicitamente a tese da hierarquia das raças e do negro ou índio como fator negativo na miscigenação. Embora refira a obra de um discípulo de Magnan, Paul Legrain, “*Herédité et alcoolisme*”,^b de 1889, eis o raciocínio de Moreira, que não associava, entretanto, a “tara hereditária” com a questão étnica:

É princípio rudimentar da pathologia que o accumulo de taras hereditárias sucessivas, agravam-se pela convergencia e concentram sua acção final sobre um mesmo individuo, crêa [sic] um novo *terreno pathologico* lembrando em seus detalhes os diferentes pontos da historia dos antepassados, ainda que afastando-se deles por caracteres individuaes novos, outros tantos stigmas que são indicio de uma predisposição hereditária(p. 99).

Além do alcoolismo, eram identificados outros fatores como a prostituição que, mesmo após ser regulamentada nos países escandinavos, essa medida ainda não tinha produzido os resultados esperados. A sífilis maligna tinha também como causas a tuberculose, o impaludismo, o escorbuto e, na Rússia asiática, o quadro era mais grave, pela ignorância e pelo conformismo. Enfim, concluía Moreira:

^bPaul-Maurice Legrain (1860–1939), formado em medicina em Paris, estudou sobre o alcoolismo, tendo integrado algumas ligas de combate a esta substância psicoativa. Escreveu, junto com seu mestre Valentin Magnan, o livro “Os degenerados” (1895), no qual defende o papel fundamental da hereditariedade nas doenças mentais, define a degenerescência como um estado patológico e apresenta os stigmas físicos e morais que permitem o reconhecimento dos degenerados.¹⁹

Se o clima fosse factor de frequência ou gravidade da syphilis os paizes de uma mesma zona, os paizes, em que o clima é pouco mais ou menos o mesmo, deveriam ter uma frequencia ou uma gravidade de syphilis mais ou menos igual (...) Procure-se em outras circunstancias que não no clima, e encontrar-se-á a causa destes factos (p. 103).

Temperado

Destacava os países europeus Alemanha, Bélgica, Grã-Bretanha e França; os asiáticos Japão e China; e, nas Américas, os EUA e o Chile.

Moreira citou dados que demonstravam diversos modos de frequência e gravidade (“marchas”) da sífilis. Na Grã-Bretanha, havia uma polêmica com a regulamentação da prostituição, com resistência tanto dos que defendiam a liberdade individual quanto dos grupos religiosos, que consideravam a regulamentação imoral. Sobre o ponto de vista liberal, diz: “Imbuídos de um falso culto a uma mal entendida liberdade, esquecidos de que esta não pode chegar sinão ao ponto de não offender a saúde do proximo” (p. 104). Grupos organizados como a Associação Nacional das Senhoras Inglesas, com apoio da Igreja, conseguiram revogar a lei em 1883 e, segundo Juliano, a sífilis se agravou na Inglaterra.

Moreira era germanófilo e os dados desta questão fortaleciam seu vínculo, pois na Alemanha a sífilis era limitada pelas medidas sanitárias adotadas. Lá a prostituição era regulamentada. O autor ressaltava o papel da associação dos trabalhadores, com suas caixas comuns, com o fim de socorrer com cuidados médicos em caso de doença a todos os associados (p. 106). Tal iniciativa foi modelo para várias partes do mundo, inclusive o Brasil. Outro ponto de destaque que merece registro pela modernidade da medida alemã, ou seja, a distritalização da atenção médica em Berlim: “A cidade de Berlin é dividida em 85 districtos com um medico para cada um d’elles” (p. 106).

No Japão, a sífilis tinha variável frequência e gravidade. Nas áreas portuárias, em contato com os europeus, era mais frequente e mais grave. No interior, onde o europeu não tinha levado a prostituição, segundo o autor, era reforçado pelos hábitos higiênicos do japonês: “O asseio é *‘la première vertu sociale du japon’*” (p. 107), a sífilis não era um problema sanitário. Outra medida destacada era o combate à mendicância pelo governo japonês, pois a ociosidade, irmã siamesa dos vícios, era disseminadora de doenças (p. 108).

A China, diferentemente do Japão, tinha em muitas regiões péssimas condições de higiene. A sífilis era frequente, mas havia uma tese de que as condições climáticas das estepes asiáticas favoreciam os quadros leves. Moreira refutava e citava não só a frequência,

mas também a gravidade aumentada num povo selvagem da região, os Kashgarianos, que, segundo Moreira, apresentavam os vícios dos povos civilizados. Então, o afrodescendente não se conteve e deixou escapar, com indignação, sua consciência étnica: “E ainda há quem procure na África symbolos de porcaria!” (p. 110).

Em relação aos EUA, um país continental, a sífilis era prevalente e maligna nos antigos escravos, principalmente no Sul do país. Moreira destacava “a sífilis variando segundo as *classes da sociedade*” (p. 110, grifo nosso) e que tal fato viria a demonstrar o valor da higiene, do tratamento e de outras causas médico-sociais. Essas observações de Juliano, feitas em 1891, servem como contraponto para o estudo referido na introdução deste trabalho, realizado nos EUA, no período de 1932 a 1972. O nome Tuskegee deve-se à denominação do serviço de saúde no condado de Macon, no Alabama, que tratava exclusivamente de pessoas negras, pobres e da área rural do condado, com predominância de doenças venéreas, em especial a sífilis, que era o maior problema da comunidade, ocorrendo em 35% da população em idade fértil.^{20,21}

Havia recursos de um fundo (Rosenwald) que financiava o serviço, mas, com a crise de 1929, esse suporte acabou. Representantes do Serviço de Saúde Pública do governo no projeto, como o Doutor Taliaferro Clarke, decidiram acompanhar a evolução dos homens com sífilis que não haviam sido tratados, com o objetivo de levantar novos fundos para tratá-los. Havia porém, nessa pesquisa, subjacente, um pensamento racista, caucionado por teorias que consideravam essa maior frequência e gravidade como prova empírica para o suposto fato de serem os negros e mestiços “biologicamente inferiores” em relação aos brancos. Os pesquisadores estadunidenses conheciam um estudo realizado em 1929, na Noruega, a partir de dados históricos, de mais de 2.000 casos de sífilis não tratados, que tinham sido examinados em uma clínica de Oslo entre 1891 e 1910.¹¹ Eles já tinham, portanto, um estudo com brancos. Queriam um com negros para comparar, com base na mesma hipótese da diferença racial, que Juliano Moreira em sua tese inaugural investigou 40 anos antes.^c

^cO caso Tuskegee é paradigmático no campo da bioética. A inadequação desta pesquisa foi, inicialmente, a omissão do diagnóstico conhecido e prognóstico esperado. Dessa omissão, agravou-se para aquela do não tratamento adequado, pois a penicilina já estava disponível a partir de 1945. Por fim, criando uma lista literalmente negra, estabeleceu-se o impedimento dos participantes de saírem do projeto e receberem ajuda e tratamento. Deve-se enfatizar também que foi um projeto elaborado por pesquisadores, com respaldo de organismos governamentais, inclusive na área de saúde. A comunidade científica praticamente foi omissa, pois não teve nenhum papel crítico diante de trabalhos que foram apresentados em congressos e relatórios publicados, inclusive em revistas especializadas. Só com a indignação social foi interrompida uma das mais graves experiências com seres humanos não num regime totalitário, mas sim numa sociedade democrática.

Retornemos à minuciosa análise do estudante baiano. A análise do clima se encerrava com a região de Valparaíso no Chile, na qual, mesmo em clima temperado, a sífilis se apresentava na forma maligna, com elevada mortalidade. Como conclusão deste item, ele se indagava: “Que julgar devemos da influencia thermica diante desta variedade de factos ocorridos sob a mesma zona climática, ás vezes no mesmo paiz?” (p. 111).

Quente

O formando analisou países dos diferentes continentes, nos quais autores afirmavam que a sífilis era mais grave neles pelo clima. “É bem fundamentada essa asserção? Vejamos se há factos capazes de nos inteirar acerca d’este ponto” (p. 111).

Na África, citou Argélia e Tunísia. Os estudos analisados apontam como causa da sífilis frequente e grave não a “influência térmica”, mas a incúria, a falta de higiene pessoal e as péssimas condições sanitárias, além de doenças como tuberculose e escorbuto (p. 113).

Em relação à Europa, referiu estudos sobre a Península Ibérica e a Itália. O clima quente em alguns estudos era considerado favorável à saúde, como Lancereaux na Espanha, mas, na maioria, era determinante da frequência e gravidade da sífilis, como em Portugal e Itália, após o estudo de Moulon. Moreira referiu que o próprio Moulon, o qual apontava o clima como causa, comentava também a má qualidade das águas, a miséria, a falta de higiene pessoal e as condições precárias da moradia (p. 115).

Da Ásia citava Irã, Armênia, Síria e Turquia, e novamente China, em suas regiões quentes. Destacava o grau de civilização do povo persa, que, reforçando o raciocínio médico social do doutorando, apresentava baixa frequência de sífilis. Ao comentar o caráter educado e laborioso do povo armênio, Juliano deixava escapar seu eurocentrismo, quando dizia que os armênios eram “amoldáveis à educação dos povos civilizados da Europa” (p. 116). Em relação à China, também nessas regiões quentes, como aconteceu nas temperadas, eram as populações pobres que apresentavam sífilis epidêmica e grave. O autor citava como agravamento, além da miséria extrema, o abuso do álcool e ópio. Em tal momento o doutorando, utilizando as “classes sociais” como uma importante categoria de análise, elaborou o seguinte raciocínio: “Se entre o clima e a gravidade da molestia que estudamos houvera incontestável relação de causalidade, não saberíamos porque a dita molestia variaria segundo ataca as diversas *classes da sociedade*” (p. 118, grifo nosso).

Nas Américas, mencionava o Havaí, o México e o Brasil, regiões Sul e Sudeste. No Havaí, até a cabana do rei era miserável. Não era, portanto, uma intervenção climática na gravidade da sífilis naquelas ilhas. Quanto ao México, discordava da afirmativa de alguns médicos

que referiam que pelo simples fato de uma infecção ser mexicana já seria grave. Com elegância em relação ao preconceito presente no discurso pretensamente competente, considerava dispensável aduzir argumentos contra esta assertiva. O destaque no Brasil quente (temperatura entre +15 até +25°C) foi o Rio de Janeiro, pois obteve dados estatísticos. No período de 1861–1865, as enfermarias do Hospital da Misericórdia registraram um total de 18.143 pacientes (16.231 do sexo masculino e 1.852 do feminino). Deste total, havia 7.082 sífilíticos (6.311 e 771, respectivamente), obtendo os percentuais: 39,0% dos pacientes internados naquele período no hospital tinham sífilis e 89,1% dos sífilíticos eram do sexo masculino.

Tórrido (> +25°C)

O acadêmico continuou na sua varredura minuciosa por países africanos e asiáticos, pela Oceania e Américas, destacando no Brasil o estado da Bahia.

Na África, o autor enfatizou não o clima, mas a extrema insalubridade dos lugares, descrita pelos viajantes, sobretudo europeus, em obras às quais Juliano teve acesso. Para escrever esta tese doutoral, o estudante fez leituras em seis línguas vivas: português, espanhol, italiano, francês, inglês e alemão. Obteve um dado curioso em relação a Madagascar: “Na Grande Terra, Malgache ou Madagascar a syphilis é disseminada entre as diversas raças que povoam esta ilha, com excepção da raça negra francamente autochtone” (p. 124). Foram citados quatro autores, Borius, Dauvin, Rey e Jullien, que dão sustentação a esta afirmativa. Mas enganou-se quem pensou que o achado racial favorável afetaria a tese da determinação social, a qual destacava as condições de vida e de saúde das populações pobres. Sobre essa citada imunidade dos negros de Madagascar como uma influência de raça, Moreira respondeu interrogando: “Se fosse essa a razão de facto como explicar-se a gravidade que a syphilis tem nos negros da Ilha Maurícia?”. Quanto à natureza autóctone, argumentava: “É verdade que o escripto que assignala a dita immunidade acrescenta que a raça negra de Madagascar é francamente autochtone o que, por duvidoso, parece-me digno de verificar-se” (p. 124). Chegou-se à conclusão que não era imunidade, mas uma simples diferença de exposição ao contágio, além de outros fatores como falta de tratamento e de outras carências existentes na Ilha Maurícia.

Em um estudo na África austral, onde não havia epidemia de sífilis, um autor, David Livingstone, afirmava que a sífilis “era tanto mais violenta nas pessoas de raça cruzada quanto mais sangue europeu corria nas suas veias” (p. 125). Mais uma vez, Moreira não se seduziu com a tese racial, mesmo que formulada de modo favorável aos negros que era, é bom registrar, francamente minoritária:

Ainda aqui não vejo uma influencia de clima nem de raça, entrevejo uma influencia de saúde [...] É que os descendentes cruzados destes “*magnificants savages*” (como os chamavam as auctoridades inglezas) com os estrangeiros enfraquecidos pelas vicissitudes da brusca mudança de meio, não eram dotados da mesma força dos indígenas (p. 125).

Na Ásia, nos povos da região do Monte Everest, da Índia, do Indostão (Norte da Índia) e da Cochinchina (atual Vietnã), os registros eram de sífilis em quantidade elevada e grave, associada à miséria, a hábitos sórdidos, ao alcoolismo, entre outras causas (p. 126).

Ao ler os registros que descreviam a situação de degradação na ilha de Java, Moreira, citando um viajante, o conde de Beauvoir, assumiu uma posição anticolonizador e inusitadamente crítica ao europeu: “o resultado de três séculos de ocupação ou ao menos de influencia européa, tem sido em definitiva fazer descer — e descer de muito — o povo javanez na escala da civilização” (p. 129).

Outra prova contra a influência climática que ele buscava exaustivamente refutar, foi encontrada num estudo do Taiti. De início, a sífilis fez devastações na população indígena, depois se tornou benigna (p. 129). Como o clima não mudou, Moreira arrematava: “Este facto tem eloqüência bastante para mostrar quão pouco fundada é a opinião dos que vêem no clima uma causa malignisante” (p. 130).

Na América Central, com o mesmo clima, se no Haiti, como visto, a sífilis era epidêmica, nas Antilhas era pouco frequente e benigna. O autor destacava a diferença de costumes e a desigualdade de energia vital que conferia tal dissimilitude (p. 132).

Enfim, no Brasil de clima tórrido, o autor chegou à Bahia, província e depois estado, com temperaturas acima de 25°C.

SÍFILIS NA BAHIA

Eis mais uma característica que essa tese doutoral apresenta em relação à maioria das inaugurais dos formandos da Bahia: o acadêmico Juliano Moreira, mesmo fazendo um trabalho predominantemente de pesquisa bibliográfica, não caiu no equívoco da maioria dos formandos de fazer um trabalho alienado, deslocado de sua realidade local. O professor Luis Anselmo, reunindo o material para a Memória Histórica da FAMEB de 1891, constatou a fragilidade e o caráter alienado das teses inaugurais daquele ano, que repetia o já relatado por outros memorialistas citados em sua obra.²² No entanto, ele registra como exceção a qualidade do trabalho de conclusão de Juliano Moreira.

Para dar cor local ao seu trabalho, Juliano constatava que a sífilis era um problema de saúde pública, com uma “frequência notável”, de tal modo “que o soffrer della não é, ás mais das vezes, cousa que chame a atenção” (p. 132).

O autor identifica na Bahia dois “preconceitos” em relação à sífilis: o primeiro era o de que muitas doenças de pele eram consideradas como ela. Sobre este aspecto, a crítica desse aluno ia além dos médicos em geral, chegando aos catedráticos de sua escola:

Não é isto para extranhar-se quando lembrarmo-nos que mesmo a *médicos*, e *alguns com cathedra*, ouvireis baptisar de syphilis a mais banal das sarnas, a mais trivial das dermatoses pediculosas, o mais benigno das psoríasis, o mais genuíno dos eczemas, a mais simples das conjunctivites (p. 132; grifo nosso).

A extensão da doença gerava um ganho secundário que não passou despercebido ao atento estudante, com o olhar armado pelas categorias médico-sociais, que ele sabia recolher de sua caixa de ferramentas para o trabalho intelectual da análise crítica: “Ao primeiro [preconceito] devem os Ayers e Bristols indígenas e estrangeiros a venda de toda a sua salsaparrilha, toda a sua caroba e quejandos depurativos” (p. 133).

Enfim, a banalização do diagnóstico da sífilis permitia a medicalização de qualquer alteração da pele, possibilitando a venda de produtos, muitas vezes pelos efeitos mágicos, contra a doença. Juliano voltaria a criticar esse processo de medicalização, no qual se amplia o objeto de ação médica, justificando o uso dos produtos do já nascente complexo médico-industrial, utilizando os mesmos termos e exemplos²³ (p. 114).

O segundo preconceito, que para Juliano existia na Bahia, era o de não reconhecer os casos genuínos de sífilis. A consequência disso era grave, em especial a falta de cuidados adequados aos que sofriam da enfermidade.

Depois de colocar estas premissas, Moreira apresentou os dados epidemiológicos disponíveis, ou seja, um levantamento feito no Hospital da Caridade da Santa Casa de Misericórdia (SCM), que era o hospital-escola na época, articulado à FMB. No período de 1 de julho de 1880 a 30 de janeiro de 1890, estiveram no hospital 26.546 doentes. Deste total, 2.684 eram pacientes com doenças venéreas e destes, 1.666 tinham sífilis, ou seja, mais de 50% dos “venéreos” eram “sifilíticos” e o percentual de doentes com sífilis entre os pacientes que estiveram no hospital era de 6,2%, valor superior, segundo Moreira, ao de Moscou (de 4,6%), um dos mais elevados da Rússia, país de alta frequência de sífilis (p. 133).

A epidemiologia moderna nos ensina uma série de cuidados para comparar dados internacionais,²⁴ algo que o jovem estudioso obviamente não teve. Na sua época, a epidemiologia como ciência era ainda muito incipiente. A historiografia moderna nos adverte a não cair na tentação de utilizar reflexões posteriores como base para julgamento. Moreira inclusive teve o mérito de reconhecer alguns vieses na elaboração das estatísticas no hospital da SCM na Bahia: de um lado, havia inúmeros indivíduos que iam ao hospital diversas vezes e para a mesma moléstia, “eram os recidivistas das salas do hospital” — nota-se que não havia o controle de um prontuário único para cada paciente —; do outro, eram os casos de cancro, chamados de “bubão” e não reconhecidos como sífilis, na fase primária (p. 133).

Mais uma vez, foi lembrada a diferença entre a população hospitalar (com pessoas oriundas de classes populares), da qual os dados são extraídos, e a civil (com indivíduos das “classes abastadas”), em geral sem registros, além de reafirmar seu compromisso médico-social com os subalternos:

Accentuarei que não sou dos que querem referir, sem nenhuma restrição, o que dá-se com a população hospitalar ao que acontece na civil, não, mas em todo caso não poderei nem pessoa alguma o poderá, negar a necessidade de expurgar-se a população inferior (em fortuna e bem-estar) do maior número possível de moléstias contagiosas (p. 134).

Depois das premissas e dos dados comprovando a frequência e, de certa forma, a gravidade, Moreira concluía que a sífilis na Bahia, como em toda a parte, era mais ou menos benigna ou maligna, “conforme as pessoas que ataca” (p. 134). Além das questões sociais relacionadas à falta de asseio e tratamento conveniente, ele indicava também as “propathias”, ou seja, patologias (*pathos*) preexistentes que debilitariam o organismo, favorecendo as formas graves e precoces (quando sintomas típicos do terciarismo apareceriam nas primeiras fases da doença). Ele destacava a tuberculose, o impaludismo e o alcoolismo, sendo este último ele referia que tanto pacientes indigentes quanto particulares não estavam isentos de “tara agravante” (p. 134).

Cabe aqui mais uma vez destacar, como fez Oda,²⁵ que essa adesão à teoria da degenerescência, como verificado anteriormente, não significou para Moreira que a “tara” para algumas “propatias” fosse étnica, defendida por expressivo número da comunidade científica da época, inclusive também para sífilis, como visto na primeira parte deste artigo, e sim para todas as pessoas, das diferentes etnias, ou melhor, raças.

Um debate narrado por Moreira e travado entre ele, professor de psiquiatria, e seu colega de FMB, professor Raimundo Nina Rodrigues, da medicina legal, permite elucidar essa diferença, que já estava presente em sua tese inaugural. Ao mostrar o caso de um mestiço alienado com paranoia querelante, filho de um italiano e uma negra baiana²⁶ ao Nina Rodrigues, “achou elle no caso mais uma prova de que a mestiçagem é um factor degenerativo” (p. 431). Moreira discordou dessa apreciação do mestre: “Ora, tendo eu sempre me opposto a esta maneira superficial de ver o problema”,²⁶ escreveu nesse artigo que publicou quando morava no Rio de Janeiro.

Como cientista que investigava os fatos, disse que aproveitou uma longa estadia na Europa, na passagem dos séculos XIX para o XX, e visitou a Itália. Lá, Moreira localizou numa pequena cidade os parentes do pai de seu paciente mestiço, comentando num tom irônico “que tinham ficado na Europa livres de tal mestiçagem” (p. 431). No entanto, foi na família branca do pai do paciente que encontrou vários casos de transtornos mentais (epilepsia, imbecilidade, alcoolismo, entre outros). Entretanto, ele não caiu no equívoco de relacionar o transtorno mental à raça, mas sim há uma possível herança familiar.

Se Moreira negava explicitamente, como visto acima, a mestiçagem como fator degenerativo, por outro lado, ele não recusava a teoria da degenerescência, questionando apenas alguns fatores causais dela, tais como a raça, o clima e o uso estereotipado dos estigmas degenerativos.²⁷

Carrara,⁹ em estudo sobre a sífilis no Brasil, da passagem do século até os anos 1940, apesar de ter feito um minucioso levantamento do estado da arte desse tema, desconheceu a tese inaugural referida aqui. Ele cita um texto de Juliano Moreira,²³ no qual atribui a este autor a tese de que “a *degeneração* seria uma espécie de ‘deslizamento’ em uma ‘quebrada resvaladiça que margina a estrada do progresso’” (o grifo é de Carrara,⁹ p. 60). E prossegue: “Nesse sentido, toda a configuração da degeneração pode ser lida como manifestação de um pensamento de tipo conservador”. Em nota, afirma que a literatura sobre degeneração deveria ser vista como uma crítica à civilização e à modernidade.⁹ O autor comete uma clara distorção de sentido, vejamos quando JM refere: “Respirar entre povos desaprumados as causas de seus deslizamentos na quebrada resvaladiça que margina a estrada do progresso, é quase sempre fazer obra desapreciada, ser echo de falsos rebates”²³ (p. 112).

Em seguida, deixa claro que entre estas questões está a sífilis, não a degeneração, pois ela era para Moreira uma das “questões” que interessam a medicina pública. Moreira²³ se queixava que moléstias epidêmicas, como cólera, febre amarela etc.,

pelo pavor que infundiam, eram prioridades em políticas públicas, mas “a sífilis e outros males de análoga nocividade são tratados de somenos importância” (p. 113).^d

Em momento algum, Juliano relaciona “degeneração” com “modernidade” por meio de “um pensamento de tipo conservador”. Sua ênfase estava no “terreno”, mas significando alguma propatia (doenças no hospedeiro), problemas de higiene ou herança, em todas as raças. Em outro artigo, diz: “Do que tenho observado desde o tempo do internato eu concludo que a syphilis adquirida em idade avançada está directamente subordinada às variações do typo individual”¹⁴ (p. 125). Moreira sempre refutou a tese da mestiçagem como fator de degeneração, vide o episódio de seu debate com Nina Rodrigues já referido.²⁶

Mais de uma década depois, ainda vinculado à teoria da degenerescência, ele voltaria a criticar a questão racial como fator causal:

na luta contra as degenerações nervosas e mentais, os inimigos a combater seriam o alcoolismo, a sífilis, as verminoses, as condições sanitárias e educacionais adversas; o trabalho de higienização mental dos povos não deveria ser afetado por ridículos preconceitos de cores ou castas (...).²⁷

Em conclusão à análise da sífilis na Bahia, o acadêmico buscou dar uma contribuição original, entre as “propatias” da sífilis, referindo-se ao saturnismo (intoxicação pelo chumbo) como mais uma e pouco referida na literatura. Para ilustrar, recorria a um caso clínico (o nono) que testemunhou na ilha de Itaparica, em férias escolares, quando observou “um individuo manifestamente atingido de saturnismo, com o segmento externo destruído em diversos logares por extensas syphilides malignas gangrenosas, que no dizer do doente, appareceram três meses apenas, depois do cancro infectante”¹² (p. 135).

Ele comentou que o estado de abatimento não permitiu uma anamnese bem encaminhada e não pode permanecer por mais tempo na ilha. Tais circunstâncias, refere

^dUma outra distorção feita por Carrara⁹ é quando ele extraiu um trecho da obra de Juliano Moreira²⁶ e justapôs a outro de Kehl (1921), um eugenista de clara posição racista que não faz a distinção, como faz Oda²⁵ e Moreira e Nina Rodrigues e Costa¹⁶ entre a primeira fase da Liga de Higiene Mental, que participou Juliano e da segunda fase, a de nomes como Kehl. Essa extração é do artigo de Moreira²⁶, no qual ele faz uma revisão bibliográfica sobre a sífilis “como fator de degeneração”, em especial a questão da sífilis não só adquirida, mas transmitida para a segunda geração, citando algumas observações (quatro famílias). No artigo, Juliano não chega a uma posição conclusiva. Além disso, há outra distorção no texto de Carrara⁹ (p.65), quando, ao citar o que se dizia sobre o heredo-sifilítico, ele, antes de transcrever um trecho da descrição de Moreira sobre as alterações da normalidade de um membro de primeira geração da primeira família observada, acrescenta que: “Podia apresentar ainda características simiescas como” e, então, Carrara transcreve a descrição da paciente MS feita por Juliano: “prognatismo acentuado do maxilar inferior e abóboda palatina muito ogival”. Ao leitor desavisado, o trecho sugere ser Moreira um autor racista. Mas “características simiescas” foi escrita por Carrara⁹ e não por Juliano Moreira²³, que, em nenhuma das quatro observações, citou a raça ou mesmo a cor da pele, característica que, para sua análise causal, era irrelevante, desde sua tese inaugural, como podemos constatar pela análise feita neste artigo.

ele, impediram-no de apresentar uma contribuição ao estudo do saturnismo como fator malignizante da sífilis (p. 135). Porém, três anos depois de graduado, apresentou na sessão de 18 de dezembro de 1894, na Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia, um estudo de caso sobre o tema de saturnismo e sífilis, publicado na *Gazeta Médica da Bahia*.²⁸

O paciente tinha 26 anos, era mestiço e “pintor de casas”²⁸ (p. 249). Embora ele não tenha explorado o aspecto ocupacional, ao registrar a profissão do investigado, permite considerarmos o relato como um caso ocupacional de saturnismo. Aos 18 anos, o enfermo contraiu uma blenorragia e cancro simples. Como antecedentes registrava também que o paciente não era “alcoólatra”, e fazia um comentário: “apesar de seu ofício” (p. 250). Era uma generalização inadequada, mesmo que possíveis evidências clínicas sugerissem isso.

Retornando à tese inaugural, para concluir este tema, Moreira não observava diferenças da sífilis na Bahia e no que foi descrito por sífilógrafos europeus e, com argumento claro e preciso, disse: “Nunca vi um aumento de temperatura athmospherica agravar uma syphilide como tenho visto um desvio de regimen fazel-o”¹² (p. 135).

SÍFILIS E RAÇAS

Moreira argumentou que poderia ter feito do estudo da influência das raças um capítulo à parte, mas não achava grande importância nessa questão, sob o ponto de vista da sífilis maligna e precoce, por isso apenas reservou um lugar no meio do estudo da relação do clima com a sífilis, “onde elle estará tanto mais apropriado, quanto mais convicto porventura for o leitor de que raça é função do clima” (p. 135).

O pesquisador lamentava que o avanço da etnografia ainda fosse lento, mas elogiava os avanços de estudiosos que, em 1856, puseram os fundamentos da arqueologia pré-histórica, tornando-a, diz o acadêmico, uma ciência independente (p. 135). Para se ter uma ideia da força do preconceito étnico, sobretudo na Medicina, um importante médico estadunidense, Benjamin Rush (1745–1813), no final do século XVIII, sugeriu que a raça negra era uma doença⁴ (p. 104).

Naquele momento, reconhecia Juliano, a questão das raças continuava a ser origem de dissidência dos “competentes” (p. 136). Moreira formulava as questões: “Quantas são as raças? Onde termina a raça branca? Onde começa a amarella? Onde acaba? Onde começa a preta?”. Novamente, sua consciência étnica contrariava o coro dominante: “Que abysmo entre o aspecto physico e a intelligencia de um Zoulou e a repellente catadura do russo Samoyeda!” (p. 136). Ele ainda não tinha os avanços da revolução genética, mas estava no caminho certo, pois, citando vários autores, sustentava que “os grupos ethnicos não são

no ponto de vista somatológico sinão combinações, em proporções diversas, de um certo numero de typos ou variedades de genero humano” (p. 136).

Estudos genéticos demonstram que uma individualidade genômica humana apresentada como uma pessoa da raça “negra”, no nível do produto gênico (fenótipo), pode ter, no do DNA (genótipo), a ancestralidade mais europeia que africana²⁹. Esses estudos nos remetem à tese Marxiana, segundo a qual a ciência é uma atividade capaz de penetrar por meio das formas aparentes e conhecer a essência dos fenômenos³⁰ (p. 131). No entanto, estes são argumentos contemporâneos. Na época, “raça”, uma importante categoria nos estudos históricos e sociais, ganhava no discurso competente o argumento de verdade biológica, natural. Esse discurso caucionava até diferenças anatômicas de inserção muscular.

Sobre essa questão das possíveis diferenças anatômicas que existiriam entre as raças, o formando comentou: “Á raça negra, para citar apenas um exemplo, tem-se querido dar até diferenças anatômicas; é assim que já se disse que o esterno-mastoide inseria-se diferente nos negros” (p. 136). Outros autores, como Hayen, referiam modificações de sangue, segundo as diferentes raças. Moreira respondeu com suas próprias observações nas autópsias de negros e mestiços na Bahia: “Nas múltiplas ocasiões que tenho tido de ver taes inserções, sempre as achamos de accordo com as clássicas descripções de Suppey, Gray, Quain etc., que foram estabelecidas com indivíduos de raça branca” (p.137).

Quanto à questão da sífilis e raças, ele demonstrou de início as divergências na literatura médica, pois, se por um lado, Alibert considerava mais grave as erupções sífilíticas em negros, Barthelemy (“*Syphilis chez une négresse*”, 1881), por outro, observou uma negra com sífilis benigna e não notou nenhuma diferença daquilo que ele estava habituado a ver em Paris (p. 137). Um médico de Buenos Aires, Castano (*Sobre el tratamiento de la syphilis. Annales de la Assistência publica. Buenos Ayres, 1890*), também discordava da maior gravidade da sífilis nos negros (p. 138).

Na literatura médica brasileira, Juliano destacou um médico formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Christiano H. Braune, que, em sua tese inaugural de 1885, afirmava: “Os factos que observamos tendem a demonstrar que a syphilis existe na raça negra, mas afasta-se bastante do typo normal, accentuando-se as diferenças, desde a manifestação inicial da moléstia” (*apud* Moreira,¹² p. 137). Segundo o autor carioca, a supuração do cancro seria superior na raça negra, assim como a cura e a cicatrização mais difíceis. As complicações nos negros também seriam mais frequentes, principalmente o fagedenismo (p. 137). De qualquer modo, após citar as diferenças encontradas pelo doutorando, o também doutorando Juliano Moreira referiu admirar-se desta afirmativa:

“Desde que freqüento a clinica hospitalar (1888), desde que vejo, dentro e fóra do hospital, indivíduos de ambas as raças, que povoam o nosso solo, que os casos por mim vistos autorisam-me a não estar de acordo com asseverações do illustre medico fluminense” (p. 137; grifos nossos).

Lembrando que, em 1888, o aluno de medicina tinha apenas 16 anos.

Ele passou, então, a examinar as diferentes fases da sífilis. Em relação à primária, disse que, nos poucos casos que viu de cancro em indivíduos da raça negra, a gravidade estava relacionada ao seu estado geral (p. 138). A marcha das sífilides secundárias guardava associação também com o estado geral e em nada se diferia das lesões descritas pelos autores europeus e os casos por ele observados. Também não constatou diferenças nas sífilis terciárias entre brancos e negros: “Os casos de syphilis grave, de syphilis mutilante que vimos, tinham sempre uma causa frizante do seu modo de evolver: ora o impaludismo, ora a miseria, ora o alcoolismo e tudo quasi sempre combinado á falta de tratamento” (p. 138). Ele continuou: “Quando um tratamento conveniente é feito a syphilis tem no individuo de cor preta a mesma benignidade que no de cor branca que tratar-se, guardadas as diferenças individuaes de saúde” (p. 138).

Como Braune fez uma generalização — a sífilis na raça negra se afastaria do ‘tipo normal’ em todas as fases — neste aspecto, bastou a Moreira citar, além de dados de literatura, contra exemplos oriundos de seu testemunho — pequeno, porém suficiente — para refutá-la.

Enfim, com argumentação consistente, ele criticou o racismo implícito nas teses segundo a qual era a raça negra biologicamente inferior e, por isso, ela teria uma maior frequência e gravidade no adoecimento de doenças como a sífilis. Juliano, com ironia, destacou o que fazia a diferença nos negros: “A maior ou menor pigmentação tegumentar não pode sombrear o prognostico da syphilis” (p. 138). Foi mencionado um pigmento que ainda nem tinha sido identificado como melanina.

Ele voltaria a ironizar essa valorização da diferença pigmentar quando, já então médico e “Preparador” da Cadeira de Anatomia Cirúrgica da FMB, fez o concurso para Professor Substituto, aos 23 anos, e quase foi barrado por preconceitos da banca examinadora. Os examinadores já tinham um candidato da elite baiana. Os estudantes, liderados pelos sextanistas, entre os quais se destacava Afrânio Peixoto, acompanharam vigiantemente o concurso e Moreira demonstrou o seu talento conseguindo dez nas três provas de cinco examinadores. Num discurso de agradecimento aos estudantes, o aprovado Professor concursado se dirigiu ironicamente “a quem se arreceie de que a pigmentação seja nuvem capaz de marear o brilho desta Faculdade”, que “só o vício, a subserviência e a ignorância são que tisnam a pasta humana quando a ela se misturam ganhando-lhe o íntimo e aí inviscerando o mal” (apud Passos,³¹ p. 17).

Nas conclusões da tese doutoral, Moreira relatou sobre a questão do clima: “em relação á syphillis a influencia do clima, se não é nulla, nunca é exclusiva” (p. 139). Ele levanta possíveis objeções ao seu estudo comparativo em diversas zonas climáticas, sob o possível argumento de que não existiria clima de zona, mas de localidade. Ele declarou que o fator malignizante era a temperatura e foi ela, alta ou baixa, que ele usou na análise. Enfatizou a higiene, a regulamentação da prostituição e disse como síntese:

“De facto ahi onde não ha hygiene, onde há incuria, onde não ha sã alimentação, onde não ha conveniente tratamento, onde ha um organismo assolado por propathias anemiantes é que a syphilis é grave, e não somente onde existe uma temperatura alta ou um frio extremo”(p. 140).

A tese inaugural de Juliano Moreira foi citada com destaque pelo Professor Alexandre Cerqueira, lente catedrático da cadeira de “Moléstias de Pele e Sifilíticas”, no relatório que enviou ao memorialista²² (p. LXXXIII), aprovada com a nota máxima e distinção.^{31,32} Segundo Afrânio Peixoto, mereceu referências elogiosas de estudiosos estrangeiros, como as do sifilógrafo Buret, no *Journal des Maladies Cutanées et Siphylitiques*, e do Professor Raymond nos *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, passando a ser citada em todas as monografias produzidas sobre o tema naquela época³² (p. 183).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As faculdades imperiais da Bahia e do Rio de Janeiro, com a reforma do ensino médico, em 1832, passaram a formar médicos com o título de “Doutor em Medicina”, caso defendessem a tese inaugural. Alguns acadêmicos foram capazes de produzir trabalhos de qualidade, superando com talento e dedicação as dificuldades encontradas, sobretudo aquelas oriundas da miséria institucional e do despreparo de grande parte do corpo docente para orientação científica, que requer uma prática científica muitas vezes ausente.

Um desses destaques foi a tese doutoral de Juliano Moreira, cuja importância e originalidade buscou-se demonstrar na análise realizada. O acadêmico fez uma revisão exaustiva sobre a sífilis, estudando mais de uma centena de autores, realizando citações em seis línguas vivas, além do latim. No prólogo, avisou que não era por erudição, mas honestidade intelectual: “fazer justiça aos que a ella tem direito”, bem como “não perverter a expressividade delles com uma traducção menos boa”¹² (p. 7).

O formando identificou uma lacuna no estudo da sífilis: quais as causas que a tornavam maligna e precoce em grande parte dos casos encontrados, na literatura e em casos observados durante sua formação, sobretudo de 1888 a 1891 (do terceiro ao sexto ano).

Mesmo chamando de etiologia, ele usou o conceito causa, de forma inovadora, que não se esgotava no monocausalismo da etiologia microbiana.

Sobre o agente etiológico da sífilis, pressuposto e nomeado “sífilo-micróbio”, mas ainda não descoberto (só o seria 14 anos depois), ele analisou obras de grandes nomes da revolução microbiana, como Pasteur, Neisser e mais adiante, Koch e Klebs, priorizando os aspectos qualitativos do presumido agente e destacando a relação deste com o hospedeiro. Quanto ao último, ele valorizou o seu grau de comprometimento. Usava a noção de “terreno propício”, ou seja, “modificadores”, que tornava o organismo da pessoa vulnerável ao possível micróbio. Esses fatores podiam ser intrínsecos ou extrínsecos ao organismo. Entre os modificadores citava a debilitação pela desnutrição, vinculada à miséria e por moléstias crônicas, as “propatias”, como malária, tuberculose, escorbuto, diabetes, gota, nefrites e herpes, mas destacava o alcoolismo, entre outros.

Na discussão desses modificadores, apareceram aspectos que mereceram deste estudo uma abordagem crítica: uma postura moralista, como na abordagem do alcoolismo e do “abuso de funções”; um pensamento medicalizante, no item sobre gravidez e puerpério; ficando evidente também sua postura germanófila e eurocentrista, embora apareça também uma crítica à ação destrutiva do colonialismo europeu.

Em relação ao clima, entendido como temperatura, portanto relacionado ao calor/frio, ele demonstrou um vasto conhecimento sobre geografia médica, analisando as diferentes formas de sífilis em países que estavam numa mesma zona isotérmica.

Em todas as zonas climáticas estudadas, ele encontrou sífilis benignas e malignas precoces, relacionadas principalmente às condições sociais, com destaque à miséria e às precárias condições de higiene. Por ser uma doença sexualmente transmissível, destacou na análise o problema social da prostituição. Combinou tal análise com as condições orgânicas dos indivíduos, buscando dados das diversas patologias relacionadas à malignização da sífilis. No estudo na Bahia, Juliano acrescentou como contribuição original o saturnismo como causa da SMP. Refutou, portanto, a questão climática, do pressuposto da sífilis ser mais grave e frequente nas regiões de clima quente ou tórrido. Nessa seção, ele apresentou uma adesão à teoria da degenerescência, embora para Moreira a “tara” não fosse étnica, mas sim hereditária para todas as raças.

Desse modo, concluiu que a questão era muito mais médico-social do que natural e, a partir da discussão do clima, chegou à questão racial, que estava como pano de fundo de muitas das formulações referidas ao clima. Depois de demonstrar as divergências na literatura médica internacional sobre a temática das “raças” na medicina e na saúde, refutou, por exemplo, as supostas diferenças anatômicas entre negros e brancos e, sobretudo, abordou

a suposição de diferenças da sífilis entre as raças, em especial da ideia de que a sífilis seria mais maligna e precoce nos negros.

Em sua extensa revisão da literatura, com obras de microbiologistas, dermatologistas e sífilógrafos, principalmente alemães e franceses referidos, desde viajantes como David Livingstone, Borius, Dauvin, Rey, Figuier, Conde de Beauvoir, até o diálogo com a filosofia, como a de Comte e Naville, e com a literatura de Shakespeare, Victor Hugo, Balzac, merece destaque a sua análise baseada em dados de geografia médica e da higiene pública. Ainda, deve-se mencionar também sua pequena, mas atenta observação clínica, que permitiu concluir que não era a maior ou menor pigmentação tegumentar, nem viver num clima frio ou quente que determinavam a gravidade da sífilis. O que causava a SMP eram as diferenças individuais de saúde, em geral determinadas por fatores sociais como a miséria, a falta de higiene, a falta de tratamento; pela questão da prostituição, já que era uma doença sexualmente transmissível, entre outros, que favoreciam inclusive outras patologias, como a tuberculose, ou agravos, como o alcoolismo, os quais apareciam associados com os quadros mais graves da doença, da fase primária à terciária.

Nestes 200 anos em que se acumulou um relevante patrimônio científico e cultural, produzido pelos sujeitos da comunidade acadêmica da FMB, esta tese inaugural se destaca. Ela, que foi aprovada com nota máxima e, na época, ganhou notoriedade e respeito entre os estudiosos em dermatologia e sífilis, nacionais e estrangeiros, merece um cuidado especial em relação ao acervo da FMB, pois é uma obra de excelência, elaborada por um de seus maiores intelectuais.

REFERÊNCIAS

1. Britto ACN. 195 anos de ensino médico na Bahia. Conferência [impressa] de 18 de fevereiro de 2003, na Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 16 p., 2003. Extraído de [<http://www.medicina.ufba.br/historia> 2003], acesso em [10 de novembro de 2007].
2. Meirelles NS, Santos FC, Oliveira VLN, Lemos-Júnior, LP, Tavares-Neto JC. Teses doutorais de titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*. 2004;74(1):9-101.
3. Laín Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat; 1978. 722 p.
4. Porter R. *Cambridge: História Ilustrada da Medicina*. Rio de Janeiro: Revinter; 2001. 399 p.

5. Sontag S. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia de Letras; 2007.
6. Burjato Júnior D. *História da Liga de Combate à Sífilis e a evolução da sífilis na cidade de São Paulo (1920-1995)*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1998. Extraído de [<http://www.fm.usp.br/ligadasifilis/historia.pdf>], acesso em [12 de janeiro de 2011].
7. Freyre G. *Casa Grande & Senzala*. 20 ed. São Paulo: Círculo do Livro; 1980.
8. Carrara S, Carvalho M. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2010;17(Suppl 2):391-9.
9. Carrara S. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
10. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial; 1986.
11. Faculdade de Medicina da Bahia. *Memorial de Medicina*. Caixa n. 340 – Matrícula; 1887.
12. Moreira J. *Etiologia da Syphilis maligna precoce*. [Tese]. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia; 1891.
13. Kuhn T. *A estrutura das revoluções científicas*. 4 ed. São Paulo: Perspectiva; 1996.
14. Moreira J. A syphilis no período de involução senil. *Anais da Sociedade de Medicina da Bahia, sessão de 16/06/1895*. *Gazeta Médica da Bahia*. 1895;27:82-94; 123-7.
15. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2002.
16. Costa JF. *História da psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico*. 3 ed. rev. Rio de Janeiro: Campus; 1981.
17. Rosen G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec; Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
18. Castel R. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
19. Serpa Junior OD. O degenerado. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 2010;17(Suppl 2):447-73.
20. Heller J. Syphilis Victims in U.S. Study Went Untreated for 40 Years. *The New York Times* (July 26, 1972). 2005. Extraído de [<https://eee.uci>].

edu/clients/bjbecker/PlaguesandPeople/week5a.html], acesso em [18 de novembro de 2011].

21. Geiger J. A Racist Assumption. The New York Times (April 17, 1997). Extraído de [<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html>], acesso em [18 de novembro de 2007].
22. Fonseca LA. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1891. Bahia: Diário da Bahia; 1893.
23. Moreira J. A syphilis como factor de degeneração. (Syphilographia) Gazeta Médica da Bahia. 1899;31:112-25.
24. Friedman GD. Primer of Epidemiology. 4 ed. USA: McGraw-Hill, Inter. Editions; 1994.
25. Oda AMGR. A teoria da degenerescência na fundação da psiquiatria brasileira: contraposição entre Raimundo Nina Rodrigues e Juliano Moreira. Psychiatry on line Brazil. 2001;6:1-14. Extraído em [<http://www.polbr.med.br/arquivo/wal1201.htm>], acesso em: [02 de outubro de 2005].
26. Moreira J. Querelantes e pseudo-querelantes. Arq Bras Psiqu. Neurologia e Medicina Legal. Rio de Janeiro. 1908;4:426-34.
27. Moreira J. A luta contra as degenerações nervosas e mentais no Brasil (comunicação apresentada no Congresso Nacional dos Práticos). Brasil Médico. 1922;2:225-6.
28. Moreira J. Saturnismo e syphilis. (Anais da Sociedade de Medicina da Bahia, sessão de 18/12/1894). Gazeta Médica da Bahia. 1895;26:249-54.
29. Pena SDJ. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. Hist Ciênc Saúde-Manguinhos. 2005;12(1):321-46.
30. Marx K. O capital: crítica da economia política. Vol. 3, cap. IX. São Paulo: Abril Cultural; 1983.
31. Passos A. Juliano Moreira (Vida e Obra). Rio de Janeiro: Livraria São José; 1975. 56 p.
32. Peixoto A. Um sábio mestre e amigo. Arq Bras Med. 1933;23:179-96.

Recebido em 06.06.2013 e aprovado em 16.09.2014.