

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOÁS
FACULDADE DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
E
UNIVERSIDADE DA PICARDIA JULES VERNE
ESCOLA DOUTORAL DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DOUTORADO EM COTUTELA

Eduardo Sugizaki

UMA HISTÓRIA DA DOENÇA DE CARRIÓN:
CLÍNICA E BACTERIOLOGIA
(1842-1913)

Goiânia - GO

2011

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Eduardo Sugizaki		
E-mail:	eduardosugizaki @ gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vínculo empregatício do autor			
Agência de fomento:	Coord. de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF:DF	CNPJ:
Título:	Uma história da doença de Carrión. Clínica e bacteriologia (1842-1913)		
Palavras-chave:	Doença de Carrión, verruga peruana, febre de Oroya, bartonellosis		
Título em outra língua:	Une histoire de la maladie de Carrión. Clinique et bactériologie (1842-1913)		
Palavras-chave em outra língua:	Maladie de Carrión, verrue péruvienne, bartonellosis		
Área de concentração:	Culturas, Fronteiras e Identidades.		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	05/12/2011		
Programa de Pós-Graduação:	Em História		
Orientador (a):	Prof. Dr. Marlon J. Salomon		
Co-orientador (a):	Prof. Dr. François Delaporte		

3. Informações de acesso ao documento:

Liberção para disponibilização? total parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: _____

Outras restrições: autorizada a divulgação no formato PDF com programação que impede copiar e colar as palavras do formato PDF diretamente para o formato Word.

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: 15 /12/2011

Assinatura do (a) autor (a)

Eduardo Sugizaki

UMA HISTÓRIA DA DOENÇA DE CARRIÓN:
CLÍNICA E BACTERIOLOGIA
(1842-1913)

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Goiás, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História.

Área de Concentração: Culturas, Fronteiras e Identidades.

Linha de Pesquisa: Ideias, saberes e escritas da (e na) história.

Orientação: Prof. Dr. Marlon Jeison Salomon

Tese de doutorado apresentada à Escola Doutoral de Ciências Humanas e Sociais da Universidade da Picardia Jules Verne, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Filosofia.

Equipe de Pesquisa: Centro de História das Sociedades, das ciências e dos Conflitos.

Orientação: Prof. Dr. François Delaporte

Goiânia

2011

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG**

S947h Sugizaki, Eduardo.
Uma história da doença de Carrión [manuscrito]: clínica e bacteriologia (1842-1913) / Eduardo Sugizaki. - 2011. 248 f.

Orientadores: Prof. Dr. Marlon Jeison Salomon e Prof. Dr. François Delaporte.

Tese (Doutorado cotutela) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de História; Universidade da Picardia Jules Verne, Escola Doutoral de Ciências Humanas e Sociais, 2011.

Bibliografia.

1. Doença de Carrión – História. 2. Verruga peruana - História. 3. *Bartonellosis humana*. I.Título

CDU: 930.1:579.881.2

Eduardo Sugizaki

UMA HISTÓRIA DA DOENÇA DE CARRIÓN:
CLÍNICA E BACTERIOLOGIA
(1842-1913)

Tese defendida no Programa de Pós-graduação em História da Faculdade de História da UFG, para obtenção do título de Doutor em História, aprovada, em ____/____/____, pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes professores:

Professor Dr. Marlon Jeison Salomon (UFG)
Presidente

Prof. Dr. François Delaporte (UPJV)

Prof. Dr. Jean-Claude Dupont (UPJV)

Prof. Dr. José Ternes (PUC-GO)

Prof. Dr. Sandro Kobol Fornazari (UNIFESP)

Profª. Dra. Dulce Oliveira Amarantes dos Santos (UFG)
Suplente

Prof. Dr. Fábio Ferreira de Almeida (UFG)
Suplente

“A medicina como ciência clínica apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. Elas formam seu *a priori* concreto que agora é possível desvelar, talvez porque esteja nascendo uma nova experiência da doença, que oferece a possibilidade de uma retomada histórica e crítica daquela que rejeita no tempo” (Foucault).

Resumo

Esta tese doutoral é uma investigação histórica e epistemológica da idade clínica da doença de Carrión (1842-1885) ao início da idade bacteriológica de seu estudo (1885-1913). Trata-se de uma doença nascida no interior de uma narrativa histórica médica sobre os efeitos da inoculação experimental que o estudante de medicina Daniel Alcides Carrión, se fez fazer em agosto de 1885. Segundo a narrativa médica limenha sobre o experimento, suas origens e suas consequências, o estudante inoculou-se com o sangue de uma doença conhecida como verruga peruana, mas desenvolveu e morreu, em cinco de outubro daquele mesmo ano, da doença chamada febre de Oroya. O experimento teria, assim, demonstrado que não há duas doenças, mas uma só que, desde então, leva seu nome, como homenagem ao gesto heroico da inoculação. Segundo o conhecimento atual sobre a doença, ela possui duas fases ou síndromes em sua evolução. Uma febril, anemiante, aguda e de alto risco para a vida do doente. Outra, que sucede a primeira, é o desenvolvimento de uma neoformação cutânea característica, com a forma de pápulas sanguíneas, chamada verruga peruana. A historiografia sobre a doença, posterior a 1940, sugere de que esta dualidade de manifestação patológica representou a dificuldade clínica que explica a gênese e o resultado do experimento de Carrión. Entretanto, a investigação dos documentos pertinentes ao experimento de 1885, feita no primeiro capítulo de nossa tese, mostrou que o experimento não visava a ultrapassar a dicotomia de duas doenças. O estudante já detinha uma compreensão clínica global avançada da evolução da doença, incluindo as suas duas etapas. Da nossa investigação, ademais, resultou que a medicina limenha deu por demonstrado que a inoculação produziu a febre de Oroya, mas ela não apresentou, em lugar algum, os modos pelos quais se pode reconhecer a febre de Oroya. Em função destes problemas, empreendeu-se, no capítulo segundo, o estudo do período de fundação da clínica da verruga peruana (1842 a 1872) e chegou-se à conclusão de que, nesta época, já havia uma compreensão global da evolução completa da doença, incluindo as suas etapas e formas de desenvolvimento. A esta altura da nossa investigação, a existência da noção de febre de Oroya já aparecia como desnecessária para o conhecimento clínico da doença. Por isso, o capítulo terceiro de nossa tese investigou o período de 1872 a 1885, época em que a noção de febre de Oroya aparece na literatura médica. Nossa investigação mostrou que a noção surgiu na medicina limenha porque esta concebia a doença como sendo estritamente uma erupção cutânea, apirética e benigna. Consequentemente, o dualismo nosológico peruano aparece como resultado da sua incapacidade de explicar os fenômenos de comprometimento geral da economia que antecipam a erupção da verruga peruana. Com essa nova compreensão da descrição clínica da doença, retoma-se, no quarto capítulo, o que aconteceu, no estudo da doença, depois do experimento de Carrión. A análise da literatura médica do período de 1885 a 1898, aí realizada, mostrou que a narrativa

histórica liminha sobre o experimento de Carrión tornou-se uma disciplina ordenadora de toda pesquisa sobre a doença deste novo período. Durante uma etapa da pesquisa (1885-1898), obrigada a ainda permanecer apenas clínica, o estudo da doença esteve prisioneiro de seus pressupostos. Tornou-se necessário, para manter como verdadeira a interpretação do experimento, definir o conceito de febre de Oroya. Mas não se chegava à solução definitiva porque o esforço de manutenção dos pressupostos doutrinários era colocado acima dos resultados da observação. Este círculo fechado começou a ser quebrado com a descoberta de Tamayo, em 1905, de que parte daquilo que os clínicos chamavam de febre de Oroya era resultado de uma complicação muito frequente dos casos graves de verruga peruana por bacilos paratífoides. O capítulo quarto ocupa-se, ainda, do período posterior à descoberta de Tamayo, de 1905 a 1913, para conhecer o destino da febre de Oroya. Desta investigação resulta que a medicina peruana não abriu mão da narrativa histórica tradicional do experimento de Carrión. Depois que Tamayo deu a explicação das razões de parte daquilo a que se chamara de febre de Oroya, a medicina peruana não aceitou desistir do uso desta noção. Arce, o principal defensor da narração histórica tradicional sobre a doença, em 1913, procurou recuperar uma significação para a febre de Oroya que mantivesse viva a polaridade dualista necessária para que permanecesse verdadeira a ideia de que, em 1885, foi demonstrada a unidade entre duas doenças. A presente tese doutoral obteve, assim, a construção de uma nova história do conhecimento da doença de Carrión, relativa ao período de 1842 a 1913.

Palavras Chave: Doença de Carrión, verruga peruana, febre de Oroya, *bartonellosis* humana, *Bartonella bacilliformis*.

Abstract

This doctoral thesis is a historical and epistemological research of the clinical age of Carrion's disease (1842-1885) and of the early age of his bacteriologic study (1885-1913). That's a disease born within a historical narrative about the medical effects of experimental inoculation that the medical student Daniel Alcides Carrión, was made to do in August 1885. According to the peruvian historical narrative about the origins and consequences of the medical experiment, the student was inoculated with the blood of a disease known as Peruvian wart, but developed and died, in October five, from the disease called Oroya fever. The experiment would then have shown that there are not two diseases, but only one, that which, since then, bears his name as a tribute to the heroic gesture of inoculation. According to current knowledge about the disease, it has two stages in its evolution or syndromes. A febrile phase, anemiante, acute and of high risk for the patient's life; another phase, which follows the first, is the development of a characteristic skin neoformation, with the form of papules blood, called Peruvian wart. The historiography of the disease, after 1940, suggests that this duality of pathological manifestation represented the clinical difficulty explaining the genesis and outcome of the experiment of Carrion. However, research of documents relevant to the experiment of 1885, made in the first chapter of our thesis, showed that the experiment was not aimed at overcoming the dichotomy of two diseases. The student already had an advanced understanding of the overall clinical progression of the disease, including its two stages. From our investigation, moreover, we conclude that the peruvian medicine considered demonstrated that the inoculation produced Oroya fever, but the peruvian medicine does not present anywhere the ways in which one can recognize the Oroya fever. Due to these problems was undertaken in the second chapter, the study of the period of foundation of Peruvian wart clinic (1842-1872) and came to the conclusion that at this time there already was a complete understanding of the evolution of disease, including its stages and forms of development. At this point in our investigation, the existence of the notion of Oroya fever has appeared as unnecessary for the clinical knowledge of the disease. Therefore, the third chapter of our thesis investigated the period from 1872 to 1885, a time when the notion of Oroya fever appears in medical literature. Our investigation has shown that the notion appeared in Peruvian medicine because it regarded the disease as being a strictly benign, afebrile rash. Consequently, the Peruvian nosological dualism appears as a result of its inability to explain the phenomena of the general economy's commitment that anticipate the eruption of Peruvian wart. With this new understanding of the clinical description of disease, we retake, in the fourth chapter, what happened in the study of disease, after the experiment of Carrión. A review of medical literature of the period between 1885 and 1898 showed that the historical narrative of Lima on the

experiment of Carrion became a guiding discipline of all research on the disease of this new period. During one stage of that Peruvian research (1885-1898), required to remain still only clinic, the study of disease was a prisoner of its assumptions - it became necessary, to keep the interpretation of the experiment as true, to define the concept of Oroya fever. But the final solution was not reached because the effort of maintaining doctrinal assumptions was placed above the results of observation. This closed circle began to be broken with the discovery of Tamayo, in 1905, that part of what physicians called Oroya fever was the result of a very common complication of severe cases of Peruvian wart with paratyphoid bacilli. The fourth chapter is concerned, yet, to the period after the discovery of Tamayo, from 1905 to 1913, to know the fate of Oroya fever. This research shows that the Peruvian medicine did not give up of the traditional historical narrative about the Carrion's experiment. After Tamayo's explanation of the reasons of part of what is called Oroya fever, the Peruvian medicine refused to give up of the use of this notion. Arce, the main Peruvian defender of the traditional historical narration about the disease, in 1913, meaning to seek the recovery of significance of Oroya fever that kept alive the dual polarity needed to remain true to the idea that, in 1885, has been demonstrated the unity between the two diseases. This doctoral thesis has obtained, thus, the construction of a new history of knowledge of Carrion's disease, for the period 1842 to 1913.

Keywords: Carrion's disease, Peruvian wart, Oroya fever, *bartonellosis* human, *Bartonella bacilliformis*.

Sumário

Introdução	010
Capítulo I: O nascimento da doença de Carrión (1885-1886)	017
1.1 O experimento de Carrión: inquérito policial e avaliação científica	018
a) A febre de Oroya	020
b) A verruga	030
c) Febre de Oroya versus febre de verrugas	032
1.2 Aparição dos manuscritos de Carrión (1886)	033
a) A febre de Oroya na pesquisa de Carrión	035
b) A crítica da autópsia	042
1.3 De Matto aos nossos dias: a narrativa tradicional	046
Conclusão	051
Capítulo II: O nascimento da clínica da verruga peruana (1842-1872)	053
2.1 As primeiras descrições e a celeuma da autonomia nosográfica	053
2.2 As convergências: a erupção e as dores reumatoides	057
a) A erupção característica, o nome e a autonomia nosológica da doença	057
b) As dores musculares e ósseas	059
2.3 As incongruências: a febre e o prognóstico	060
a) A febre e os sintomas gerais da doença	060
b) Verruga, doença benigna ou fatal?	067
2.4 As incompletudes: a evolução da erupção	073
Conclusão	075
Capítulo III: A febre de Oroya (1872-1885)	077
3.1 A febre intermitente palúdica perniciosa de Oroya: Tasset, 1872	078

3.2 A medicina de expressão inglesa, na ferrovia para Oroya	085
a) Browne e a febre tifo-malárica de Oroya	085
b) Ward: o apagamento nosográfico da febre de Oroya	089
3.3 A medicina limenha em 1875	093
3.4 A medicina franco-germânica	106
a) A forma aguda da verruga e a verruga epidêmica: rejeição da febre de Oroya	106
b) A filiação nosográfica da verruga	110
3.5 A medicina limenha dez anos depois: o outubro de 1885	112
a) Febre de verrugas <i>versus</i> febre de Oroya	114
b) Dos <i>Apontamentos</i> às <i>Notas do experimento</i> : o pensamento de Carrión	118
3.6 Da narrativa histórica tradicional à historiografia crítica da doença de Carrión	122
Conclusão	131
Capítulo IV: A febre grave de Carrión (1885-1913)	132
4.1 O impacto internacional do experimento de Carrión	132
a) Os tratadistas da patologia tropical	132
b) A medicina francesa	135
4.2 A tarefa preliminar: o diagnóstico da febre de Oroya	139
4.3 A restrição da febre de Oroya	145
a) Febre de Oroya como forma do período pré-eruptivo da verruga	145
b) O período intercalar	147
c) As petéquias, signo do início da erupção	150
4.4 A caminho da equivocidade da febre de Oroya	157
4.5 A primeira clivagem da febre de Oroya	167
Conclusão	186
Referências	187
a) Fontes	187
b) Bibliografia	201
<i>Résumé de thèse doctorale en cotutelle (UFG et UPJV)</i>	208

Introdução

Concebe-se, atualmente, a doença de Carrión como dotada de duas fases clínicas distintas, correspondentes a diferentes estágios da relação entre defesas orgânicas e estágios reprodutivos do bacilo causador da doença (a *Bartonella bacilliformis*, Strong *et al.*, 1915), no corpo humano. À presença do parasita na corrente sanguínea periférica e no interior das hemácias, corresponde um processo anemiante abrupto, ocasionado pela destruição de glóbulos vermelhos, dores musculares e ósseas, com transtornos de temperatura de gravidade variável. Depois que o organismo consegue barrar o parasitismo globular, o agente patogênico pode começar uma nova fase reprodutiva, nas paredes dos vasos sanguíneos, provocando uma neoformação, o desenvolvimento de pápulas de sangue, de formas e tamanhos variados, espalhadas pela pele e mucosas, repletas de novos vasos sanguíneos. Entre as duas fases, é possível um período de duração variável de remissão dos sintomas gerais, correspondendo a um estado em que as defesas orgânicas mantêm o parasita fora da corrente sanguínea e relativamente estacionário, mas sem conseguir extingui-lo. Este estágio, conhecido como período intercalar, pode dar lugar a um ou mais ciclos reprodutivos do parasita, ocasionando uma ou mais ondas de floração da neoformação típica da doença. Nesta compreensão atual, associa-se o nome ‘febre de Oroya’ à fase primeira e o nome ‘verruca’ à erupção, signo patognomônico da doença. O nome da enfermidade, doença de Carrión, representa a globalidade da sua evolução, conjugando os nomes das duas fases sintomáticas, também consideradas síndromes que podem repetir-se, quando o parasita sai do estado latente e da fase intercalar, e o paciente deixa a forma crônica assintomática e passa para a forma sintomática, que pode ser aguda ou não.

Este sistema triádico de nomeação da doença tem raízes históricas. Seu uso atual deve-se à clássica narrativa da história da doença de Carrión. O núcleo desta narrativa histórica

construída por médicos limenhos reza que, em 27 de agosto de 1885, o estudante da Faculdade de Medicina de Lima, Daniel Alcides Carrión, fez-se inocular, em experimento médico, com sangue extraído da erupção típica da verruga peruana e, em consequência desta operação, ele desenvolveu a febre de Oroya, doença de que morreu, em cinco de outubro do mesmo ano, demonstrando que esta e a verruga não são duas, mas uma só patologia, que passa a ser chamada doença de Carrión, em sua homenagem. Desde o primeiro aniversário do falecimento de Carrión, a narrativa é consagrada e assume a condição tradicional ao ser constantemente reiterada na literatura médica limenha e internacional, até nossos dias.

A concepção atual da doença, nas grandes linhas acima desenhadas, entretanto, não é a da data do nascimento da narrativa tradicional, outubro de 1885, mas do final da década de 1930, depois de um longo período de acerba discrepância entre a clínica da doença, na região andina, e a pesquisa microbiológica dos efeitos patológicos da *Bartonella bacilliformis* para o homem. Esta discrepância recobre todo o período de 1913 a 1937, quando a clínica peruana trabalhava com a concepção unitária de doença de Carrión e a pesquisa bacteriológica pressupunha a autonomia da *bartonellosis* (ou febre de Oroya) em relação à verruga peruana.

A discrepância tornou-se internacionalmente conhecida depois que uma comissão de estudiosos das doenças tropicais da Universidade de Harvard visitou o Peru para conhecer a patologia peruana e não aceitou a narrativa histórica da doença de Carrión. Propôs que a febre de Oroya, mas não a verruga peruana, seria produzida pela *Bartonella bacilliformis* (Strong *et al.*, 1915).

Três dificuldades para associar a *Bartonella bacilliformis* à verruga peruana foram a razão do estabelecimento de duas doenças diversas, lá onde a medicina limenha via a unidade da doença de Carrión: a) a comissão não conseguiu produzir a erupção da verruga peruana, por inoculações do agente nem em animais, nem em humano; b) a comissão confirmou a observação do médico limenho Alberto Barton, primeiro observador do bacilo e homenageado pelo nome dado ao parasita, segundo quem, quando doentes naturalmente infectados de febre de Oroya chegavam a desenvolver a verruga peruana, o agente da febre de Oroya deixava de ser encontrado parasitando a corrente sanguínea e c) a comissão não conseguiu encontrar o mesmo parasita da febre de Oroya nos tecidos da neoformação da verruga peruana. Em função disso, a comissão de Harvard propôs que a verruga peruana deveria ser pensada como uma doença autônoma, de causa ainda desconhecida e, por suposição, diferente da etiologia da febre de Oroya.

No final da década de 1930, esgotaram-se os impedimentos para que a *Bartonella bacilliformis* pudesse passar a ser considerada a causa não só da febre de Oroya, mas também da verruga peruana. Isso deu lugar a uma retomada do núcleo da narrativa histórica tradicional da doença de Carrión. Rebagliati (1940) foi o principal feitor da reinstalação da narrativa, seguido por Lastres (1957) e outros. Para tanto, bastou supor que aquilo que era compreendido como febre de Oroya e verruga peruana, antes e depois de Carrión, antes e depois da comissão de Harvard, antes e depois do final da década de 1930, tenha sido sempre o mesmo. Assim, o dualismo da febre de Oroya e da verruga peruana, anterior ao experimento de 1885, teria sido apenas ressuscitado pela comissão de Harvard. Para Rebagliati (1940) e seus continuadores, o restabelecimento da unidade entre as duas entidades, no saber atual, não teria sido mais que um reconhecimento *a posteriori* do sucesso da inoculação experimental em produzir a febre de Oroya.

Ora, aquilo que foi denominado febre de Oroya no *Relatório preliminar* da comissão de Harvard (Strong *et al.*, 1913) é uma doença cujos transtornos patológicos foram causalmente atrelados à presença demonstrável de um parasita biologicamente diferenciado, na corrente sanguínea. A febre de Oroya da comissão de Harvard é a *bartonellosis* humana, que não existia à época de Carrión e não existe mais, nos nossos dias. A simples identificação do dualismo anterior ao experimento de Carrión com aquele da comissão de Harvard, como vem sendo feito pela narrativa histórica tradicional, desde Rebagliati (1940), sugere o interesse por uma revisão historiográfica.

Desde 1972, com García-Cáceres, surge uma historiografia crítica da doença que procura revisar a narrativa tradicional, mas apenas o problema da imagem de Carrión e o pretendido sucesso de seu experimento tornam-se objeto de revisão. O mesmo trabalho é feito em Cueto (1989 e 1996) e Murillo *et al.* (2002). A historiografia crítica, mantendo seu compromisso com a verdade da dialética da febre de Oroya e da verruga peruana, deixa-se guiar, inadvertidamente, pelo projeto de Rebagliati (1940), e preserva intacto, da narrativa tradicional, tudo o que diz respeito à história do saber da doença.

Para ultrapassar o feito de Rebagliati (1940), a presente tese doutoral procura confrontar-se com a pretensão de verdade da doutrina unicista em sua situação contemporânea, que preserva a dialética entre a febre de Oroya e a verruga peruana, do núcleo de verdade da narrativa tradicional, aquele que deu nascimento à doença de Carrión. Procura-se desconstruir esta narrativa, tanto na sua forma monumental tradicional, quanto na forma desmistificadora da historiografia crítica. Desta feita, entretanto, o esforço historiográfico não está mais destinado a

pensar a figura de Carrión, para desonerá-la da pátina europeizada e positivista, como fez, com sucesso, García-Cáceres (1972); nem para denunciar a apropriação indigenista e mitificadora do herói, como o fizeram, com resultados questionáveis, Murillo *et al.* (2002). Também não se trata, no presente trabalho, de fazer uma história social da ciência, centrada no levantamento da condição dependente e periférica da medicina peruana, em relação às instituições de ciência do centro, como o fez Cueto (1989 e 1996). Trata-se de, no horizonte de uma história do saber da doença, perquirir pela origem e sentido da estrutura triádica da concepção da doença, que chegou a nossos dias.

O confronto com a narrativa tradicional da doença de Carrión começa, no primeiro capítulo, com o estudo do período de sua constituição. A partir de 1886, a narrativa histórica tradicional não faz mais que reiterar-se, mas as narrativas fundadoras, a de Avendaño (1885) e de Matto (1886), sobre a inserção do experimento de Carrión na história dos saberes médicos da verruga e da febre de Oroya; a de Alcedan (1886), sobre o projeto de pesquisa de Carrión, representam o período criativo que sustenta a tradição instalada. Tomar a sério a discussão sobre este período, como se faz no primeiro capítulo, decorre da percepção de que, neste momento seguinte à morte de Carrión, encontra-se o único momento em que a narrativa histórica sobre o experimento de 1885 é o resultado de um esforço do pensamento médico limenho para determinar o legado de Carrión, ou seja, os resultados do seu experimento para o saber da doença. Isso significa denegar a derradeira atitude da historiografia crítica que, com Murillo *et al.* (2002), deixou de analisar epistemologicamente os manuscritos de Carrión, tarefa que o primeiro capítulo do presente trabalho enfrenta, porque os considerou apócrifos, já que supostamente manipulados pelos editores, os colegas de Carrión, estudantes como ele, e acompanhantes do experimento de 1885. Como o que interessa, no presente trabalho, é a história do conceito da doença e não a história da imagem do herói, pouco importa se os manuscritos são apócrifos. O que importa é que eles, expressão de um pensamento médico original e inédito, em relação à medicina limenha, oferecem chaves imprescindíveis para compreender a assunção da febre de Oroya, na interpretação dos resultados do experimento, após a morte de Carrión.

Seu estudo resulta no levantamento de tópicos contraditórios, de riqueza e confusão semântica do vocabulário médico, que são acobertados. A principal descoberta do primeiro capítulo é que a febre de Oroya não possuía diagnóstico diferencial e que, portanto, sua relação com a verruga peruana era incerta. Para além do caráter não probante do experimento, que foi denunciado, na historiografia crítica, por Cuadra Calle *et al.* (2000), é a dialética entre febre de Oroya e verruga peruana que o primeiro capítulo põe sob suspeita. Afinal, como é possível

afirmar que Carrión desenvolveu a febre de Oroya se não se sabe determinar a identidade clínica deste mal?

A problematização da fundação da narrativa histórica da doença de Carrión, levada a termo no primeiro capítulo, sugere que a revisão historiográfica precisa escavar mais profundamente, no tempo. Parece necessário saber o que era verruga peruana e febre de Oroya no pensamento médico anterior àquele que elaborou os resultados do experimento de 1885. A esta exigência respondem os capítulos segundo e terceiro, um regresso ao passado da idade exclusivamente clínica da doença (1842-1885).

O segundo capítulo é um levantamento daquilo que a observação clínica da verruga peruana, entre 1842 e 1872, conheceu antes da emergência da febre de Oroya. O capítulo terceiro faz o mesmo em relação ao período em que, em parte da literatura médica sobre a verruga, vem habitar a febre de Oroya. Este trabalho sobre uma documentação ainda virgem do esforço historiográfico, já que a narrativa histórica tradicional privilegiou a literatura limenha e a historiografia crítica deixou a narrativa tradicional intacta em relação a tudo o que é anterior a Carrión, rendem as seguintes descobertas. O segundo capítulo mostra que a febre de Oroya não foi necessária para que a medicina descrevesse a evolução clínica completa da doença. O terceiro capítulo mostra que, depois do aparecimento da noção da febre de Oroya na medicina limenha, duas linhagens de pensamento médico, uma francesa e de expressão alemã e outra, de expressão inglesa, lograram elaborar uma síntese orgânica do saber da verruga peruana, sem que a febre de Oroya fosse nosologicamente utilizada.

Assim, juntos, os três primeiros capítulos permitem ver que o dualismo nosológico entre a febre de Oroya e a verruga peruana não pode ser pensado como resultante da resistência da doença ao olhar clínico. Por isso, o capítulo terceiro precisa enfrentar duas tarefas inesperadas: a) mostrar que problemas, no conhecimento da doença, deram origem ao advento da febre de Oroya, na medicina limenha; b) desvendar as razões pelas quais a narrativa histórica tradicional, agora desvendada como restritamente limenha, entendeu que a unidade da febre de Oroya e da verruga peruana foi a conquista fundamental do saber clínico da doença e o resultado máximo do experimento de Carrión, se a própria dialética das duas noções havia sido descartada, nas duas outras linhagens do pensamento médico sobre a verruga. Pode-se, dessa forma, considerar que os três primeiros capítulos são uma genealogia da dialética limenha entre a febre de Oroya e a verruga peruana, que está expressa no núcleo de verdade da narrativa tradicional e que ainda é aceita, na historiografia crítica, como verdade presente da ciência, que guia sua leitura histórica.

Depois disso, dá-se, com o quarto capítulo, um passo adiante na ordem do tempo, ao procurar historiar o período de 1885 a 1913, agora com uma nova compreensão do período precedente a Carrión e do significado do seu experimento, no progresso do saber da doença.

O quarto capítulo opera um corte histórico e uma opção entre dois processos simultâneos que ocorrem a partir da virada do século XIX. Pelo primeiro processo, a medicina limenha consegue retomar o debate sobre o agente microbiológico da verruga peruana que havia sido iniciado antes do experimento de Carrión, pelo médico limenho Von Izquierdo (1885), ligado à escola alemã de microbiologia, aquela de Virchow. O segundo processo, simultâneo ao primeiro, é o desenvolvimento de um debate internacional sobre o achado de Biffi *et al.* (1904), os agentes bacilares do grupo tifo-coli, na corrente sanguínea de pacientes da doença de Carrión.

O quarto capítulo posterga a questão da descoberta do agente da doença de Carrión e restringe-se à discussão do segundo processo porque é ele quem permitirá um primeiro esclarecimento definitivo sobre a identidade da febre de Oroya, levando à solução o principal enigma que brota da desconstrução da narrativa tradicional e da historiografia crítica da doença de Carrión. Afinal, se a febre de Oroya aparece, depois do trabalho dos três primeiros capítulos, como inflação nosológica desnecessária, inventada pela medicina limenha, resta por se explicar como esta noção logrou atravessar o período subsequente e a que preço, para ainda sobreviver em nossos dias.

Para tanto, o capítulo quarto apresenta o modo como a narrativa tradicional da doença de Carrión transforma-se em norma programática de toda a pesquisa, que continua apenas clínica, entre 1885 e 1898. Procura-se fazer, no mesmo capítulo, o levantamento das aporias a que foram conduzidas as coisas pela dialética limenha entre febre de Oroya e verruga peruana e rastrear o modo como ocorre a primeira derrota da doutrina unicista imposta pela descoberta que Tamayo (1905). Segundo este primeiro marco seguro do conhecimento bacteriológico da doença de Carrión, a síndrome de febre de Oroya é a complicação da verruga por bacilos paratíficos, a mais típica doença adveniente entre as que o sulfato de quinina não podia eliminar.

Assim, o problema central do quarto capítulo é mostrar como o desvendamento etiológico da síndrome de febre de Oroya, não foi suficiente para pôr fora de operação a dialética limenha da doutrina unicista em seu formato narrativo da história da doença de Carrión. Para tanto, procura-se cada passo da transformação pela qual a febre de Oroya deixará de ser a síndrome de Odriozola (1898), solucionada por Tamayo como complicação paratifoide da verruga, para ser o mesmo que anemia grave pura da doença de Carrión, de Arce, em 1913. Noção que reaparece, após 1940, como infecção *bartonellósica* pura. Na época de Arce, como atualmente, o ‘pura’ das

duas expressões indica, paradoxalmente, a ausência da complicação paratifoide. Assim, continuará viva a hidra que perdera apenas uma cabeça pela navalha de Tamayo.

A narrativa histórica tradicional da doença de Carrión, desde Rebagliati, considerou que a comissão de Harvard simplesmente errou ao propor o dualismo etiológico e nosológico (febre de Oroya e verruga peruana, como doenças autônomas). Assim, a medicina limenha aparece como estando do lado da verdade, inclusive no largo período de 1913 a 1937, quando ela insistiu na manutenção da sua doutrina unicista, enquanto prevalecia, na medicina internacional, o dualismo da comissão de Harvard. Ora, esta visão das coisas é ora subentendida como verdadeira ora legitimada como tal pela historiografia crítica, a despeito da sua revisão da imagem de Carrión e do valor probante do experimento de 1885. O presente trabalho pretende reunir parte dos elementos essenciais que, da era clínica do saber da doença até a primeira conquista explicativa da microbiologia, servem de genealogia da dialética entre a febre de Oroya e a verruga peruana, criada e reinventada pela medicina limenha, fundamento preliminar para uma possível futura e nova explicação histórica do dualismo etiológico da comissão de Harvard.

Quando Foucault (1963) escreveu sobre as condições que formam o *a priori* concreto do nascimento da clínica, considerou que isso se tornara possível porque estaria “nascendo uma nova experiência da doença, que oferece a possibilidade de uma retomada histórica e crítica daquela que rejeita no tempo”. Espera-se que a presente história da doença de Carrión, voltada para o período da transição de seu conhecimento clínico para o seu conhecimento biológico, sirva para o aprofundamento da compreensão dessa nova experiência da doença que ainda é a nossa.

Capítulo I

O nascimento da doença de Carrión (1885-1886)

A doença de Carrión nasceu como narrativa histórica das consequências da inoculação experimental que o jovem estudante de medicina, Daniel Alcides Carrión, se fez fazer. O ponto de partida de uma nova história do conhecimento da doença é uma analítica do momento fundador desta narrativa.

“Foi em vão que se desperdiçou uma vida?” – foi a pergunta crucial que norteou tudo o que se disse entre o outubro de 1885 e o de 1886, sobre o experimento médico de Carrión, mesmo que a pergunta só tenha podido tornar-se explícita com Matto (1886), no primeiro aniversário de falecimento, quando uma resposta negativa já estava assegurada graças ao assentamento de uma interpretação do experimento, na comunidade médica limenha. Até aquele primeiro aniversário, entretanto, o campo do debate esteve aberto e diferentes compreensões do experimento puderam apresentar-se. Com Matto, fixa-se o que é convergente; acomodam-se as divergências; suprimem-se as contradições; encobrem-se as pegadas daquilo que a comunidade médica local não gostaria de dizer a si mesma.

No espólio de Carrión, entretanto, inexistiu uma determinação explícita das hipóteses do experimento e de seus controles. Portanto, não estava dado, de imediato, o nexos entre o experimento e seus resultados. Assim, a morte dá lugar ao empenho para recolher seu legado: analisam-se o cadáver e seus líquidos; editam-se seus manuscritos inacabados; recolhem-se as lembranças das suas falas dispersas entre as testemunhas de suas hipóteses, de suas convicções e de suas referências às leituras que fez.

“Foi em vão que se desperdiçou uma vida?”. É a pergunta que a comunidade médica limenha, universitária e organizada em sociedade de classe, empenha-se em resolver para a salvação do experimento. É Macedo (1885b) quem encontra um modo de fazê-lo. É preciso

contar a história para recolher o legado. Se Macedo cria o núcleo narrativo e suas linhas gerais, será Avendaño (1885) quem dará corpo ao projeto, sustentando-o sobre uma pesquisa documental sobre o saber da doença. Será Matto (1886) quem lhe dará a forma canônica.

Assim, emerge o núcleo consensual da verdade: Carrión demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana. Depois de outubro de 1886, fecha-se o campo da criatividade e, desde a versão de Matto, começa a era da repetição. Com Matto, a narrativa deixa de ser o lugar do exercício do pensamento médico, como ocorrera em Macedo (1885a e b), Almenara Butler (1885) Avendaño (1885) e Alcedan (1886) para se transformar no quinhão da apologia. O tempo dará mais autoridade à tradição, enquanto fossiliza o passado monumental.

Ao se encaminhar o estudo dos textos fundadores destes primeiros autores, procura-se averiguar a coerência interna deste núcleo consensual da narrativa médica histórica da doença de Carrión, colocando-o em relação com os documentos contemporâneos, que o arquivo médico logrou preservar.

1.1 O experimento de Carrión: inquérito policial e avaliação científica

Antes do fim de outubro de 1885, Leônidas Avendaño publica o artigo que noticia, para o mundo médico internacional, a consequência fatal do experimento de Carrión, ocorrida no dia 5. Mais que mera nota de obituário, o relato estende-se como uma descrição da história do conhecimento da doença, no cume da qual o experimento fatal coroa dezenas de anos dos esforços, sobretudo, limenhos de conhecimento da velha doença de verrugas.

O artigo de Avendaño, entretanto, aparece ao fim de um mês de um intenso debate da comunidade médica limenha sobre o significado jurídico, ético e científico do experimento de Carrión. Na condição de editor da *Crônica Médica de Lima*¹, Avendaño teve acesso e fez

¹ *A crônica médica* foi o periódico quinzenal da Sociedade Médica União Fernandina. Segundo García-Cáceres (1972, p. 51.56), esta Sociedade foi fundada, em 1883, por Avendaño e outros estudantes de medicina, que auxiliaram Bambarén na redação da *Gazeta médica* (de Lima), quando ainda estudantes. Tratava-se de uma sociedade de tipo universitário composta de estudantes de medicina e jovens profissionais recém-graduados e respondia ao afã de reconstrução pós-guerra. Como Carrión não aparece na ata de fundação da Sociedade União Fernandina e não foi membro dela, nem há registro de intervenção alguma sua em seus debates, García-Cáceres propõe a hipótese de que o estudante não tenha pertencido à Sociedade pelo alto custo das quotas mensais.

publicar grande parte dos textos pertinentes, sobre os quais o seu se impõe como síntese e árbitro.

Ao recolocar o texto de Avendaño no entrecruzar da polêmica, além de se compreender seu escopo e estratégia, obtém-se uma aproximação mais nítida daquilo que era para ser apenas um trabalho escolar e acabou se tornando um caso de polícia, o experimento de Carrión.

A polêmica sobre o experimento começa no dia seguinte ao falecimento de Carrión e foi aberta na imprensa leiga de Lima pelo artigo de Ignacio La Puente² para *O Campeão* de seis de outubro. O autor desaprova a inoculação, que deveria ter sido feita em animais, já que a inoculação de humanos só seria justificável pela urgência de calamidade pública, o que não seria o caso: “que, em períodos normais de sanidade, façam-se experiências homicidas [...] é verdadeiramente inconcebível”. La Puente vai adiante e denuncia os responsáveis: “a existência de um jovem incauto foi arrebatada com a falta daqueles que deveriam dissuadi-lo em vez de alentá-lo em tão perigosa via”.

Com efeito, no mesmo dia deste artigo incriminatório, o subprefeito de Lima manda instalar inquérito e realizar autópsia do corpo do estudante³. Justamente La Puente será nomeado para compor a lista tríplice dos legistas responsáveis pela autópsia de Carrión. Esta resultará em um laudo, que foi arrolado como peça do debate científico.

Sob este aspecto, José Mariano Macedo, no editorial de 15 de outubro de *O monitor médico*⁴, formula a pergunta que a todos incomoda: “Em verdade, por que, no menino verrugoso de 14 anos, cujo sangue serviu para a inoculação, a enfermidade tem uma marcha benigna de evolução normal e o mesmo vírus, em Carrión, toma um caráter grave e mortal?” (Macedo, 1885b).

A falta de similitude entre o quadro clínico do doador e do receptor do material da inoculação, entretanto, não conduziu à denegação do sucesso da inoculação. O artigo de La Puente⁵ e o laudo da autópsia consideram que a morte resultou da enfermidade de verrugas. Avendaño partilha desta posição que, ademais, não foi negada por ninguém que se tenha

² Catedrático de química médica, químico municipal e médico de polícia. Segundo Murillo (2002), La Puente tornara-se Secretário da Faculdade de Medicina de Lima nomeado pelo regime de Iglesias.

³ O ofício de instalação do inquérito, datado de 6 de outubro, foi publicado em *A Crônica Médica de Lima*, 1885, p. 401. As peças do processo foram publicadas por Avendaño em *A Crônica Médica de Lima*, ainda em outubro de 1885. Matallana (2001) reeditou os documentos do inquérito, acrescentando alguns que Avendaño deixara sem publicar.

⁴ *O monitor médico* foi o veículo da Academia Livre de Medicina de Lima.

⁵ Os outros dois legistas nomeados para a autópsia de Carrión foram: Leandro Loli e Manuel M. Veja. A autópsia foi realizada em 7 de outubro, às 9h. O laudo foi exarado em 9 de outubro (La Puente *et al.*, 1885; Medina *et al.*, 1886, p. 88-93). O ofício de instalação do inquérito é datado de 6 de outubro (cf. Documentos oficiais relativos á Daniel A. Carrión, 1885, p. 401).

pronunciado, na imprensa leiga ou médica. Mas há um intrincado desacordo sobre o entendimento do processo patológico produzido pela inoculação, ou seja, quanto à maneira de responder à questão de Macedo (1885b).

a) A febre de Oroya

O primeiro anúncio público da morte de Carrión, o artigo de La Puente, traz uma versão ambígua das coisas. Por um lado, ele afirma que, ao 23º dia da inoculação, o estudante “foi acometido de uma febre, ao que parece intermitente palúdica”. Por outro lado, que o experimento tornou “evidente, que há, no sangue dos verrucosos, um micro-organismo capaz de produzir, por inoculação, a febre de verrugas, tão grave que a morte sobrevém por hipoglobulia e adinamia, antes da produção do exantema cutâneo”⁶. La Puente não esclarece a relação entre a febre intermitente palúdica e a febre de verrugas, nem explica o que a segunda vem a ser.

A princípio, poder-se-ia pensar que La Puente está a comunicar que houve uma complicação de duas febres. Porém, o laudo da autópsia – do qual La Puente é coautor – modifica as coisas. O laudo recolhe informações do pessoal do Hospital Francês⁷, onde Carrión foi internado à beira da morte. Ao 23º dia, ocorreram sintomas de invasão, “dores musculares, febres ao que parecem intermitentes, que tomaram depois o tipo remitente, com elevação a mais de 40º”. Os legistas excluem qualquer complicação septicêmica e assumem a seguinte posição: “o princípio infeccioso [inoculado] passou por um período de incubação de 22 ou 23 dias, sobrevivendo, ao fim, a enfermidade com sua sintomatologia própria afetando uma forma mais aguda que de ordinário”. Esta enfermidade, segundo o laudo, é a febre de verrugas e teria sido ela que levou Carrión à morte. Portanto, à pergunta de Macedo, o laudo responde que a diferença entre o quadro clínico do doador e do receptor se explica pela diferença entre duas formas da enfermidade. Enquanto o doador desenvolveu uma forma ordinária, o receptor desenvolveu uma forma aguda.

Avendaño, diferindo de La Puente e do laudo, afirma que, ao 23º dia, “os médicos que assistem Carrión reconhecem uma perigosa pirexia de bastante recordação para nossos clínicos: a febre de Oroya”. Mas, o que é isto, a febre de Oroya, que não aparece em La Puente ou no

⁶ Medina *et al.*, 1886, p. 69.

⁷ Também conhecido em Lima como *Maison de Santé*.

laudo? Que recordação dos clínicos é esta? Quem seriam os autores do diagnóstico e qual seu significado?

Sobre a tal recordação dos clínicos, Avendaño teve por fonte três textos sobre o experimento de Carrión aparecidos em *O monitor médico*⁸. No fascículo de primeiro de setembro, noticia-se, entre as crônicas médicas, que, no Hospital Dois de Maio, “um aluno que se consagrou ao estudo [da verruga peruana] não vacilou em praticar sobre si uma inoculação de sangue de um tumor de um enfermo [de verrugas]” e o cronista promete acompanhar o experimento, dizendo: “A experimentação tão atrevida como paciente é seguida com a maior atenção e do resultado daremos conta, oportunamente [...]” (Anônimo, 1885a)⁹. A seguir, o tema ganhará uma importância bem maior e ocupará o espaço editorial do fascículo de 1º de outubro, intitulado ‘Concurso sobre a Verruga Peruana’. Trata-se do certame lançado pela Academia Livre de Medicina e começa-se uma reflexão sobre o experimento de Carrión, mas, novamente sem citar-lhe o nome. Esta reflexão evoca a associação da febre de Oroya à verruga peruana. Ao editorial ordinário (Anônimo, 1885b), agrega-se um segundo, extraordinário, intitulado “Daniel A. Carrión” (Anônimo, 1885c), acrescido de última hora ao fascículo de primeiro de outubro, em função da morte do estudante, ocorrida no dia 5. Este segundo editorial diz que, após a inoculação de Carrión, “nosso primeiro sentimento foi de admiração por tão arrojado experimento; mas, vindo os dias e, com estes, a recordação do que havíamos visto anos atrás (1871 a 1875) e que já deixamos assinalado em nosso primeiro artigo editorial, muito tememos um resultado desastroso” (Anônimo, 1885c). Que recordação era esta? É a recordação da ideia de que a verruga “parece ter estreitos laços (quicá relações de causa e efeito), com aquela terrível pirexia que há muitos anos fez espantosos estragos, com o nome de febre de Oroya, entre os trabalhadores da estrada de ferro Transandina” (Anônimo, 1885b). Ora, tudo parece indicar que o tema adormecido, a febre de Oroya, acorda-se, no primeiro editorial (Anônimo, 1885b), pela

⁸ Segundo García-Cáceres (1972, p. 31.67.72.92), o autor da nota informativa da inoculação (Anônimo, 1885a) e dos dois editoriais anônimos do fascículo de 1º de outubro de 1885, de *O monitor médico* (indicados nas referências bibliográficas do presente trabalho como Anônimo 1885b e 1885c) é José Casimiro Ulloa (1829-1891), secretário da Academia Livre de Medicina e editor do periódico. Segundo o mesmo autor, nesta época, Ulloa estava banido do país por ordem do governo supremo do Peru, desde o triunfo de Cáceres sobre Iglesias. De fato, entretanto, os textos não são assinados.

⁹ A inoculação de Carrión também foi noticiada na imprensa leiga de Lima. Villar (1885) ressaltou, em sua carta de defesa no inquérito policial, que “pelos periódicos do mesmo 27 de agosto revelou-se ao público que, neste dia, havia se inoculado o jovem D. Daniel A. Carrión, com sangue de um verrucoso, tomado no Hospital Dois de Maio”.

Murillo *et al.* (2002, p. 63) transcreve a nota de *O comércio (El Comercio)* de Lima, de 29 de agosto de 1885, sob o título “Abnegação pela ciência”, que dá notícia da inoculação, onde se esclarece que “a marcha ulterior desta operação experimental será seguida indubitavelmente com ansiedade e seus resultados terão que ser de grande proveito para a ciência médica nacional”.

repercussão das consequências da inoculação de Carrión, em andamento durante aquele setembro, desde a notícia dada, nas crônicas médicas de primeiro de setembro, do mesmo periódico.

Para Avendaño, entretanto, os médicos que acompanhavam Carrión deram-lhe um diagnóstico e não simplesmente recordaram da febre de Oroya. Ora, o diagnóstico supõe uma práxis e não uma recordação de uma doença antiga e de alcance geográfico e temporal tão limitado, como o que é atribuído à febre de Oroya.¹⁰

A explicação deste diagnóstico deve ser buscada na documentação sobre os médicos que acompanhavam Carrión. O depoimento do autor da inoculação, Evaristo Manuel Chávez, inserido no inquérito policial, fornece a lista dos médicos que, de alguma forma, viram Carrión, após a inoculação: Romero, José Mariano Macedo, Leonardo Villar¹¹, Flores, além dele próprio e dos colegas estudantes de medicina¹². Chávez afirma que as febres de Carrión “fizeram-se anemiantes, tomando o tipo das febres de Oroya, que tanto estrago fazem e fizeram entre nós”¹³.

José Mariano Macedo (1885a), um dos médicos da lista Chávez, declara, no seu discurso de exéquias, que Carrión “deixa resolvida a unidade etiológica da verruga e da febre de Oroya”. Em outro discurso de exéquias, Almenara Butler exorta os professores da Faculdade de Medicina a “recolher o grandioso legado deixado por Carrión com sua morte, para fundar sobre ele a história clínica e patológica das verrugas em sua grande fase da febre de Oroya” (Butler, 1885).

Assim, as opiniões estão distribuídas em dois lados. La Puente e o laudo da autópsia dizem que Carrión desenvolveu a febre de verrugas. Enquanto isso, Avendaño segue o partido do editorialista de *O monitor médico* (Anônimo, 1885c), de Chávez, de Macedo e de Almenara Butler para quem Carrión desenvolveu a febre de Oroya. Esta aparece sempre como algo

¹⁰ Ademais, a razão desta ‘recordação’ do editorial de primeiro de outubro (Anônimo, 1885b) não foi outra que a produção dos primeiros sintomas da inoculação de Carrión, ainda vivo, no momento de sua escritura (Cf. Anônimo, 1885b).

¹¹ Segundo García-Cáceres (1972, p. 35-7. 40), Leonardo Villar (1825-1900) foi o mais culto médico peruano de sua geração; professor de Anatomia geral e patológica de 1862 a 1884 e de Clínicas médicas; responsável por estudantes internos, no Hospital Dois de Maio. Carrión foi seu aluno. Ainda segundo García-Cáceres, Villar não conseguiu acompanhar o desenvolvimento europeu, na disciplina que lecionava, apesar de seu bom preparo em línguas modernas; nunca teria se preocupado com investigações microscópicas. Ademais, na década de 1870, não existiria, em todo o território peruano, mais que um ou dois microscópios.

¹² O depoimento de Chávez data de 17 de outubro e não foi publicado por Avendaño juntamente com as outras peças do inquérito policial sobre a morte de Carrión em *A crônica médica*, mas a data do depoimento sugere que Avendaño teve acesso ao texto, já que fez publicar peças do processo de data posterior à do depoimento de Chávez. Este só será publicado por L. A. Eguiguren, em 1940 (*El estudiante de medicina Daniel A. Carrión*. – Processo Judicial. Lima. A segunda edição é de Lima: Ed. Ahora, 1942, p. 13). Utiliza-se, aqui, a transcrição editada por Matallana (2001, p. 216).

¹³ Matallana, 2001, p. 217.

vinculado à verruga peruana, mas em diferentes concepções: (a) algo que partilha a etiologia da verruga, no editorialista (Anônimo, 1885c) e em Macedo; (b) como um tipo de febre associada à verruga, para Chávez e (c) como uma fase da verruga, para Almenara Butler.

A febre de verrugas e a febre de Oroya não aparecem jamais nos mesmos textos, neste momento. Mas, afinal, não seriam apenas dois nomes para designar o mesmo? Em caso afirmativo, qual a razão da polarização? Qual a relação entre a febre de verrugas, a febre de Oroya e a febre intermitente palúdica, a que se refere La Puente? Os documentos de outubro de 1885 oferecem apenas uma explicação parcial para estes problemas. Pode-se avançar um passo tomando as coisas pela ponta mais conhecida deste triângulo, o paludismo.

Febre intermitente palúdica é um nome corrente e universalmente presente na linguagem médica do século XIX, que buscou intensamente esclarecer esta pirexia tão tipificada clinicamente em função do ritmo cíclico de ascensão e queda, que é a razão de seu nome. Quando Laveran (1881) publica *Natureza parasitária dos acidentes do impaludismo*, a anatomopatologia da doença já havia estabelecido, como lesão típica, as granulações pigmentadas, também conhecidas como melanina, no sangue e órgãos, sobretudo o baço e o fígado, dos doentes no momento do ataque febril ou na autópsia (Kelsch, 1880). A esta altura, cresce a aceitação da associação destas granulações ao hematozoário de Laveran, como explicação etiológica do paludismo.

Os documentos que Avendaño tem em mãos deixam claro que nenhum expediente foi levado a cabo para provar que a tese de complicação palúdica do artigo de La Puente podia ser descartada. Segundo o laudo da autópsia, na análise do sangue do cadáver de Carrión, “perceberam-se micro-organismos muito variados”. O laudo declara que foi possível individualizar o bacilo de Izquierdo¹⁴. Este bacilo, noticiado poucos meses antes, foi visto em grande número na luz dos vasos sanguíneos de tecidos de extratos da erupção da verruga peruana, retirados e conservados para análise em álcool absoluto, em algum lugar fora do Peru. O laudo da autópsia, entretanto, não relata a checagem dos micro-organismos presentes, confessadamente variados. Como nada foi feito para excluir o hematozoário de Laveran, a

¹⁴ Segundo García-Cáceres, 1972, Izquierdo foi médico chileno e professor histologia na Universidade Nacional de Santiago. Estudou na Alemanha, com Rudolf Virchow, em cujos *Arquivos* publicou um exame dos tecidos de uma erupção verrucosa extraída do doente e conservada para o estudo. Neste artigo, Izquierdo declara ter encontrado o parasita da verruga. Avendaño fez publicar a tradução do artigo em *A Crônica Médica de Lima*, no fascículo de 30 de novembro de 1885, mas a publicação alemã é anterior ao experimento de Carrión e, que de alguma forma, era do conhecimento dele, segundo o depoimento dos seus colegas (cf. Alcedan, 1886) embora não se possa saber em que extensão e nem através de que meios.

exclusão categórica de qualquer outra septicemia além da febre de verrugas, feita pelo laudo, não repousa sobre um criterioso exame do sangue de Carrión.

Por outro lado, sobre o prévio controle do sangue utilizado para a inoculação, Avendaño dispunha, entre as peças do inquérito, da carta de Leonardo Villar (1885)¹⁵, professor de Carrión e chefe do serviço médico da sala onde se encontrava o doente de verrugas de quem se extraiu o sangue para a inoculação¹⁶. Na carta, Villar procura defender-se de cumplicidade de ato criminoso, inocentando Chávez, investigado sob a suspeita de homicídio. Segundo Villar, Chávez teria executado, em sua presença, a inoculação apenas para impedir que Carrión, determinado a fazê-lo, não sofresse, além da consequência do material injetado, algum possível ferimento resultante do uso inadequado do instrumento em si mesmo. O artigo de Avendaño reproduz a descrição que Villar dá da cena da inoculação e, como em sua fonte, não dá detalhes sobre o caso clínico do doador do sangue inoculado, exceto que era um paciente de 14 anos, “isento de toda diátese e com uma verruga discreta”, já em vias de cura¹⁷. Mas, através da narrativa de Villar, pode-se saber que o sangue *in natura* foi injetado imediatamente após a extração, por via intravenosa e sem observação microscópica ou qualquer outro tipo de controle. A narrativa de Avendaño evita declarar aquilo que emerge do depoimento de Villar: não se sabe, do ponto de vista biológico, o que, exatamente, foi injetado nas veias de Carrión¹⁸.

A crítica de La Puente (1885), abaixo, confirma a inexistência de prévio estudo do sangue inoculado.

Tomar o sangue de uma verruga e inoculá-lo diretamente, sem prévio estudo do micróbio, sem cultivá-lo em líquidos que atenuassem seu vigor e, sobretudo, lançá-lo na corrente circulatória de um homem, venha o que vier, sem experimentação anterior em animais, como se ordena em tais

¹⁵ Dirigida ao Sr. Moreyra, Inspetor do Hospital Dois de Maio, a carta é datada de 10 de outubro de 1885. O depoimento de Chávez (in: Matallana, 2001, p. 216) reproduz a mesma narrativa de Villar sobre a inoculação.

¹⁶ Avendaño supõe, em seu texto, que o leitor leu estes documentos, porque eles compõem o mesmo fascículo de *A Crônica Médica de Lima*, onde seu artigo aparece.

¹⁷ O texto de Villar (1885, p. 404) diz: “que o indivíduo em quem Carrión se havia fixado para obter seu líquido devia proximamente ir-se, em alta, à rua; que este indivíduo era um adolescente de 14 anos de idade aproximadamente, de boa constituição, isento de toda diátese e que sua verruga era discreta, da que só tinha duas em estado de atrofia, uma na bochecha esquerda e outra na extremidade externa do arco superciliar direito”.

¹⁸ É por isso que Manuel Cuadra Calle e Ana Luisa Cuadra (2000) colocam em questão, pela primeira vez na história da historiografia, o problema da *causa mortis* de Carrión. A partir da linhagem de pesquisa que consagrou o trabalho de Tamayo (1909), eles reconhecem que jamais será possível saber se Carrión morreu de uma infecção *bartonellósica* pura ou de uma infecção *salmonelósica* secundária concomitante.

casos, é uma audácia temerária, pouco científica e de tristíssima celebridade para seus autores¹⁹.

O artigo de La Puente foi contestado, sob os aspectos ético e criminal, pelos colegas de Carrión, em artigo no mesmo periódico, em oito de outubro, mas que silencia sobre a crítica à falta de controle do sangue inoculado²⁰. Trata-se, portanto, de um dado confiável, já que confirmado por fontes antagônicas.

Da exposição acima, resulta que Avendaño não tinha como apresentar um experimento biologicamente controlado²¹. Todo o debate sobre a febre iniciada no 23º dia não poderia ter uma

¹⁹ O laudo da autópsia adota posição idêntica: “A inoculação, no modo e forma em que se fez, sem vírus atenuado, sem ensaio prévio em animais, do princípio infeccioso das verrugas, estava sujeita às mais funestas consequências...” (La Puente *et al.*, 1885, p. 403).

Estas exigências de La Puente, entretanto, são meramente formais. Uma pesquisa assim desenhada, no Peru arrasado pela Guerra do Pacífico, não era possível nem para os professores de Carrión. García-Cáceres (1972, p. 71) dá uma descrição da situação: “... em 1885, não existia um só laboratório ou ambiente com as mais elementares facilidades para realizar um trabalho de medicina experimental. Ainda em 1888, Odriozola como Decano, clamava pela falta absoluta de laboratórios”.

García-Cáceres (1972, p. 73) faz a observação judiciosa ao comparar o trabalho dos legistas com as exigências de La Puente para o experimento de Carrión: “O protocolo da autópsia de Carrión só pode ser tomado em conta como prova documental do escasso nível de conhecimentos em anatomia patológica dessa época. Nela se descreveu as bem conhecidas alterações cadavéricas como se fossem características da verruga peruana”.

²⁰ Trata-se do artigo de Medina e demais colegas de Carrión (os editores dos seus manuscritos) publicado em oito de outubro de 1885, em jornais da imprensa leiga de Lima.

²¹ Monge (1925, p. 87-88) discute o protocolo científico do experimento de Carrión, que considera o mais rigoroso, no contexto da vigência da crítica de Strong *et al.* (1915). Depois de resumir as *Notas do experimento*, Monge conclui que “não conhecemos em patologia nenhuma entidade mórbida com um quadro semelhante” à febre desenvolvida por Carrión, o quadro característico da forma maligna da verruga peruana ou febre de Oroya dos antigos clínicos. Por isso considera que “não vale a pena discutir sequer se pode se tratar de febre tifoide ou de uma septicemia piogênica”. Monge afirma que este quadro clínico teria sido reproduzido por Battistini de inoculação do *Macaccus Rhesus*. Mas a descrição dos sintomas do *Rhesus*, feita por Monge, é a de uma curva térmica semelhante à de Carrión acrescida de anemia. Monge escamoteia os sintomas tifoídes que se apresentaram em Carrión, sintomas que estiveram ligados ao uso da expressão ‘febre de Oroya’, desde Tasset (1872), Basadre (1885), Browne (1872-3), que não se apresentam na sua descrição da inoculação do *Rhesus*.

Ninguém jamais, entretanto, tomou com tanto afincamento quanto Pesce (1957) o esforço de uma exegese que enquadrasse o experimento de Carrión nos cânones de um protocolo exemplar. García-Cáceres (1972, p. 66) revisou o trabalho de Pesce e sugere: “Não se usou nenhum recurso tecnológico que assegurasse rigor científico para o procedimento: uma observação microscópica do sangue inoculado, uma lavagem asséptica da zona de inoculação ou um intento de cultivo bacteriológico da substância inoculada.” O experimento, segundo o mesmo crítico, não atentou aos postulados de Koch e, “sem oferecer uma casuística maior, Carrión deduziu, por comparação, que existia unidade etiológica entre a febre de Oroya e a verruga peruana” (García-Cáceres, 1972, p. 69). Em função disso, conclui que “o experimento de Carrión e suas observações clínicas tiveram desenho imperfeito e careceram do rigor científico concordante com as técnicas e normas em uso, então” (García-Cáceres, 1972, p. 2).

solução cabal. Compreende-se que uma analítica estritamente rigorosa dos procedimentos do experimento não produziria a homenagem póstuma que Avendaño buscava²².

Porém, uma via alternativa de recepção do experimento havia sido desenhada no referido editorial de 15 de outubro de Macedo (1885b). O experimento de Carrión é alocado no cruzamento entre uma narrativa da história do conhecimento médico da verruga e uma história da emergência da febre de Oroya. Avendaño adotou e ampliou o esquema de Macedo. Esforçou-se para construir uma narrativa em que a verruga peruana e a febre de Oroya aparecessem como duas entidades nosológicas conceitualmente definidas e autônomas, na história do pensamento médico limenho, cuja mútua pertença, ensaiada entre 1873 e 1875, teria sido experimentalmente demonstrada por Carrión, de forma a constituir o novo conceito pleno e unitário da doença.

A narrativa de Avendaño começa, então, por esticar os dois fios independentes da formação do conceito da verruga peruana e do conceito da febre de Oroya, antes de providenciar sua unificação.

O fio da história da verruga peruana começa com a chegada do conquistador europeu. Avendaño faz este fio atravessar Augustinho Zarate²³, Cosme Bueno²⁴ e Tschudi (1846)²⁵ como uma descrição convergente de um tumor cutâneo e maligno de aparência *sui generis* e capaz de matar, se a erupção tarda a aparecer. Apesar da gravidade da doença, a narrativa de Avendaño não faz referência alguma ao sintoma febril da verruga, de forma que a doença aparece como uma afecção grave, mas cujo único signo é a erupção visível. Assim, justamente a ideia central, que é o risco fatal da doença, resta misteriosa.

²² Avendaño (1885) preserva uma versão mitigada da crítica de La Puente ao experimento, o que evidencia que ele descartou, mas tinha presente, a via crítica: “[a inoculação foi uma] operação perigosa, que se levou a cabo não ouvindo os conselhos prudentes que a tempo lhe deram e descuidando das precauções que a ciência impõe, hoje, em operações deste gênero”.

²³ Avendaño (1885) faz o seguinte recorte da obra de 1543 de Zarate (*História do Peru*): “região muito quente e malsã, onde se está exposto particularmente a umas verrugas ou furúnculos muito malignos e perigosos que aparecem no rosto e em outras partes do corpo, tem raízes profundas e são mais terríveis que as varíolas e quase tanto quanto os carbúnculos da peste”.

²⁴ Avendaño encontra a primeira referência médica à verruga, na obra de Bueno de 1764, *Descrições geográficas – Província de Canta*, onde se diz: “As quebradas são muito enfermigas. Nelas encontram-se dois tipos de males que também se observam em outras províncias frias. O primeiro é o de verrugas, que não brotando a tempo pode ser enfermidade bem molesta e perigosa. [...]”.

²⁵ Trata-se do médico e naturalista suíço Johann Jakob von Tschudi (1818-1889). Avendaño (1885) afirma, baseado no livro *Viagens ao Peru* (Tschudi, 1846), que o este autor “insiste muito sobre os casos muito graves que se apresentam quando a erupção é tardia e, nos quais, sobrevém quase sempre a morte”. A tradução do trecho de Tschudi (1846) que Matto (1886) publicará, no ano seguinte, salta a parte que contempla esta ideia. A exposição de Avendaño encobre que, em Tschudi, esta situação de gravidade extrema da verruga ocorre necessariamente no interior de um quadro de transtornos gerais graves, incluindo os de temperatura e pulso, mas é verdade que isto só é claro no artigo de Tschudi de 1845, mais um indicativo de que Avendaño não conheceu este texto.

Da época de Tschudi, Avendaño salta para a tese de Tomas Salazar (1858), de onde ele escolhe a seguinte passagem que permite colocar este médico limenho na linha de continuidade dos autores anteriores: “[o vírus da doença de verrugas] produz no organismo um verdadeiro envenenamento e, se não há nele bastante força para eliminá-lo, sucumbe o paciente sob sua influência deletéria”²⁶. Ao fazer desta frase de Salazar a elucidação do mistério de uma doença eruptiva que pode matar sem que a erupção apareça, Avendaño transforma a concepção de Salazar na inauguração da era científica dos estudos da doença. Salazar é guindado à condição de criador do conceito moderno da verruga porque, ao sugerir sua natureza parasitária, teria definido-a como uma enfermidade generalizada “na qual a erupção não é mais que um estágio terminal da afecção”²⁷.

Com o salto de Salazar, Avendaño faz o balanço da nova ordem do conhecimento que teria deixado apenas três problemas em aberto: (a) determinar a causa eficiente da doença; (b) descrever o quadro sintomático do princípio da afecção, nos casos graves; e (c) determinar as alterações anatomopatológicas resultantes da afecção.

Justamente ao encontro do segundo tópico deste balanço, Avendaño introduz a narrativa sobre a febre de Oroya. Este mal teria atacado os trabalhadores, no final de 1870, no campo de obras da ferrovia entre Callao e Oroya, na altura do vale de Huarochiri, entre Coca-Chacra (1012 metros acima do nível do mar) e Surco (1996 metros acima do nível do mar) e recebe a seguinte definição de Avendaño: “uma febre gravíssima, de marcha anômala, que consumia os enfermos em uma adinamia profunda; com uma anemia pronunciada, deformação e destruição dos glóbulos vermelhos e leucocitose consecutiva; rebelde às diversas medicações empregadas, a doença ocasionou inúmeras vítimas”. Seu “quadro clínico é semelhante ao da anemia aguda perniciosa” e ela “foi denominada *Febre de Oroya*, por não se haver podido colocar em nenhum dos grupos nosológicos estabelecidos”, embora os médicos limenhos, na sua maioria, tenham considerado a tal febre, à época dos acontecimentos, apenas como uma forma grave de paludismo, em razão da “analogia sintomática com a anemia aguda perniciosa” tida como certamente palúdica.

Sem esclarecer como distinguir a febre de Oroya da anemia palúdica, Avendaño avança que a opinião da maioria foi confrontada, em 1873, por Enrique C. Basadre, e, em 1875, pela

²⁶ Salazar *apud* Avendaño, 1885, p. 398.

²⁷ A despeito de sua pretensão crítica e revisionista, García-Cáceres (1972, p. 62), endossa a posição de Avendaño (1885), Matto (1886) e da narrativa histórica tradicional, ao dizer: “O primeiro trabalho científico nacional ou estrangeiro válido até hoje sobre verruga peruana é do peruano Tomas Salazar (1858).”

Sociedade de Medicina de Lima, com Espinal, Tomas Salazar, Celso Bambaren, Manuel C. Barrios e outros, que teriam postulado a unidade entre a febre de Oroya e a verruga. Estes médicos teriam percebido que, durante as obras de terraplanagem, ocorreram casos de paludismo, mas teria existido a febre de Oroya apenas entre Coca-Chacra e Surco, onde a verruga é endêmica. Assim, Avendaño espera que a distinção na ordem da geografia médica seja suficiente para determinar a diferença entre a febre de Oroya e a anemia palúdica. O argumento, entretanto, esconde retoricamente que, sem distinção clínica ou anatomopatológica entre duas doenças, não é possível desenhar a extensão das suas presenças, no plano da geografia médica.

Escamoteando o problema, Avendaño propõe que o surgimento da nova ideia representa um segundo salto avante na história do conhecimento e faz o segundo balanço do estado da questão: “a unidade etiológica da verruga e da febre de Oroya tornou-se desde então, e com justiça, definitivamente estabelecida”. Mas, ele faz uma ressalva. Em função da incompletude das observações, “não se chegou a conhecer que período da verruga era a febre de Oroya”.

Tudo está ajeitado para encaixar a inoculação e levar a narrativa ao clímax: “Carrión, – diz Avendaño – com seu atrevido experimento, preencheu todos esses vazios”, pois seu experimento teria demonstrado que:

- a) a verruga peruana é uma enfermidade para a qual se deve aceitar a existência de um micro-organismo especial que a coloca ao lado da malária, do cólera e da febre amarela.
- b) a verruga peruana é inoculável, transmissível de homem a homem, sem ser contagiosa.
- c) a febre de Oroya “não é uma entidade mórbida distinta, mas unicamente o período febril que precede, nos casos graves, à erupção da dermatose, que nunca chega a realizar-se porque a morte sobrevém como consequência do transtorno profundo que experimenta o organismo”.

Para elaborar esta enumeração das conquistas do experimento, Avendaño baseou-se em um modelo anterior oferecido pelo editorial extraordinário de *O monitor médico* de primeiro de outubro. Segundo o editorialista anônimo, o experimento e morte de Carrión permitem estabelecer os seguintes pontos sobre a verruga peruana.

- 1º A dermatose conhecida com este nome é uma enfermidade geral infecciosa;
- 2º Ela é inoculável e deve existir um micro-organismo;
- 3º O período de incubação pode ser largo (Neste caso se prolongou para além de três semanas);
- 4º A inoculação, antes de dar lugar à dermatose, pode originar uma pirexia adinâmica, de prognóstico fatal, com todos os sintomas de uma profunda alteração do tecido sanguíneo [...]. (Anônimo, 1885c).

Uma vez comparada a lista das conquistas do experimento feita por Avendaño a esta, do editorial extraordinário de primeiro de outubro, percebe-se que a mais recente delas, a de Avendaño, evitou sugerir que havia um entendimento prévio de que a enfermidade de verrugas fosse conhecida, antes do experimento de 1885, como uma dermatose de causa e efeito localizados. Essa ideia é sugerida pelos tópicos primeiro e quarto do editorial extraordinário, conforme a transcrição acima. Em segundo lugar, Avendaño fez questão de incluir a febre de Oroya na sua síntese dos resultados do experimento, enquanto o editorialista anônimo (1885c) procurou simplesmente reformular o conceito da verruga peruana, que passa a ser compreendida como uma infecção geral anemiante grave e dotada de uma dermatose.

Avendaño chega à sua lista de conquistas, deixando para trás o problema da distinção clínica entre a febre anemiante de Oroya e a anemia palúdica. Ele não mostrou como caracterizar diferencialmente as duas entidades patológicas justamente porque não existe diagnóstico diferencial para a febre de Oroya.

A esta altura, pode-se perceber a lógica de Avendaño. De Cosme Bueno a Salazar, a observação do risco de morte antes da erupção da verruga é constante, mas tudo se passa como se a doença não fosse febril. A introdução da narrativa sobre a febre de Oroya serve para alterar o conceito da verruga peruana, que passa a ser febril.

A narrativa histórica sobre a febre de Oroya cumpre o papel de providenciar um modo para que os médicos que assistiam Carrión pudessem dar o diagnóstico que pudesse ligar o estado de Carrión à velha enfermidade de verrugas. Ao mesmo tempo, os debates de 1875 são fundamentais porque, graças a eles, a inoculação de Carrión pode aparecer como coroamento experimental de uma ideia anteriormente formulada, que funciona como hipótese a demonstrar.

A narrativa de Avendaño procura também sintetizar os usos que se fizeram da febre de Oroya durante as discussões daquele outubro de 1885. Na sua elaboração, a febre de Oroya partilha a mesma etiologia da verruga, como no editorialista Anônimo (1885c) e em Macedo. A febre de Oroya é uma fase da verruga, como propusera Almenara Butler, mas Avendaño vai além dele e define que a febre de Oroya é a primeira fase da verruga, conhecimento que só teria sido adquirido graças ao experimento de Carrión.

b) A verruga

A primeira parte do texto de Avendaño visa vincular a febre de Oroya à verruga peruana, mas há uma segunda estratégia, a de fazer com que as lesões do cadáver de Carrión provem que ele desenvolveu a erupção verrucosa. Esta via de argumentação de Avendaño é completamente fundada no laudo da autópsia e se estrutura em três argumentos.

Em primeiro lugar, Avendaño sugere que o exantema característico da verruga peruana teria começado a aparecer na superfície epidérmica de Carrión inoculado: “O fato de haver-se notado em alguns pontos da pele do malgrado Carrión, hipertrofias dérmicas, não demonstra que a erupção estava próxima de realizar-se?”. A ideia aparece na forma de questão porque o laudo da autópsia admite que “a morte [de Carrión] ocorreu antes da produção do exantema”. Por isso, sobre a manifestação dermatológica da doença, tudo o que o laudo ousa não é mais que conjectura: “As manchinhas amarelas da pele [espalhadas por todo o corpo]²⁸, que ofereciam, nas costas, uma ligeira elevação, se não se as consideram como o brote incompleto das verrugas, elas não têm outra explicação necroscópica”.

Em segundo lugar, Avendaño defende que o caráter verrucoso da doença de Carrión foi demonstrado graças ao recurso da necropsia comparada entre as lesões de Carrión e da mulher morta de verrugas no Hospital de Santa Ana, poucos dias depois. Trata-se de um recurso a que os médicos de polícia lançaram mão, em função de suas dificuldades para estabelecer uma conclusão certa. No laudo, eles se confessam “muito perplexos [sobre] o valor diagnóstico das lesões viscerais encontradas” em Carrión e que esta situação não se resolveria “sem a oportunidade que hoje mesmo se apresentou de praticar uma nova autópsia no cadáver de uma enferma que morreu de verrugas no Hospital de Santa Ana”. Isso lhes permitiu “comparar as alterações de um e de outro caso, notando em ambos uma semelhança extrema”. Da comparação entre as duas necropsias, eles estabelecem as lesões anatômicas viscerais do mal de verrugas: (a) fusão purulenta dos pulmões; (b) coloração negro-azulada e aumento de volume do fígado e do baço e (c) amolecimento do parênquima do baço.

O valor destas observações, entretanto, pode ser obtido no próprio laudo. Se o esforço historiográfico de Avendaño não logrou encontrar um estudo descritivo sobre os primeiros sinais de desenvolvimento cutâneo do exantema da verruga peruana, muito menos os médicos de polícia dispõem este conhecimento. No laudo, eles confessam que “não conheciam as lesões

²⁸ Diz o laudo da autópsia: “Percorrida a pele com uma lente, observou-se em quase toda sua extensão manchinhas circulares, de cor amarelo-palha, afetando a forma discreta de um exantema variólico” (La Puente *et al.*, 1885).

cadavéricas próprias deste mal”, antes da autópsia de Carrión. Foi por isso que utilizaram o expediente da necropsia comparada. Porém, além de se tratar de um só caso comparativo, nem o laudo nem outro documento estabelece o caráter específico e diferencial destas lesões em relação às demais patologias. Os médicos de polícia nem se deram ao trabalho de procurar o mesmo parasita no sangue de ambos os cadáveres.

Em terceiro lugar, Avendaño defende que foi encontrado no sangue de Carrión o gérmen que Izquierdo (1885) incriminou como causa da verruga peruana. Sobre isso, o laudo diz apenas que “visto o sangue ao microscópio, perceberam-se micro-organismos muito variados. Entre eles, uns em forma de bastõezinhos de 8 a 12 milésimos de milímetro de longitude, provavelmente o bacilo recentemente descrito pelo Sr. Izquierdo”²⁹.

Izquierdo (1885) observou bacilos e cocos agrupados entre as células e obstruindo completamente o lume dos vasos sanguíneos, provocando trombose e sua dilatação. São vasos da erupção e da pele que a recobre ou circunvizinha ao exantema. Izquierdo deixa claro que seus germens não são internos às células humanas. O achado dos médicos de polícia encontra-se no sangue, mas não esclarecem se o que viram era no interior ou exterior aos glóbulos. O organismo de Izquierdo colora-se por anilinas, sobretudo, violeta genciana, pelo método de Koch. A descoloração é constante com ácidos, diferentemente do bacilo de Koch. Os médicos de polícia nada dizem sobre a coloração. Izquierdo disse que o tamanho do bacilo pode chegar a 20 milésimos de milímetro, mas a maioria está entre oito e doze ou menores, sendo maiores que o bacilo de Koch. Os médicos de polícia apenas dizem que seu achado é da mesma medida que o de Izquierdo. O médico chileno estabelece comparação com os cocos da erisipela e afirma que entre as duas coisas não há confusão. Os médicos de polícia não estabeleceram analogia alguma entre o que viram e micro-organismos já observados anteriormente. Izquierdo repele que ele tenha se confundido com micróbios *post-mortem*, em função da presença do seu parasita no interior dos vasos laterais à erupção, o que o faz pensar que o gérmen está presente na circulação sanguínea, para além da sua localização na erupção cutânea típica da afecção. Os médicos de polícia não fazem consideração alguma sobre a distância entre o dia da autópsia, a quarta-feira, sete de outubro, e o da morte de Carrión, na segunda-feira. Estes também não discutem a questão de que Izquierdo encontra um gérmen na erupção típica, enquanto eles se referiram a exantemas, que não puderam ser indicados como a erupção típica da verruga. Os médicos de polícia não examinaram estes exantemas, mas o sangue.

²⁹ La Puente *et al.*, 1885.

Compreende-se, agora, a estratégia de Avendaño. Como a morte de Carrión ocorreu antes do aparecimento da verruga, ele apela para a febre de Oroya, um expediente para salvar o experimento³⁰.

Compreende-se também que Avendaño conceitue a febre de Oroya como “período febril que precede, nos casos graves, à erupção da dermatose, que nunca chega a realizar-se porque a morte sobrevém como consequência do transtorno profundo que experimenta o organismo”. A definição é uma confissão da não sobrevivência da erupção.

Assim, na narrativa de Avendaño, a febre de Oroya é essencial. Com ela, o que poderia não passar de notícia do fúnebre desfecho de um experimento de resultados incertos e da iniciativa isolada de um indivíduo, é transformado numa louvação à solução de um problema anteriormente formulado pela medicina peruana. Enfim, a narrativa destaca a contribuição original da escola limenha para o avanço da ciência médica sobre um mal nativo da região andina.

Mas, se a febre de Oroya é central na história de Avendaño, ela é também o seu ponto mais frágil. Nada permite determinar-lhe uma identidade inequívoca. Não há diagnóstico diferencial entre a febre de Oroya e a caquexia palúdica. É insegura a relação entre o mal de Carrión, supondo que tenha sido a febre de Oroya, e o exantema típico da verruga peruana.

c) Febre de Oroya *versus* febre de verrugas

Se a via de argumentação de Avendaño, que apela para a febre de Oroya é frágil, ela não é, entretanto, o ponto da discórdia com La Puente e com os legistas que preferem dizer que Carrión sofreu de febre de verrugas como consequência da inoculação. Enquanto, para Avendaño, a febre de Oroya é o “período febril que precede, nos casos graves, a erupção da dermatose, que nunca chega a realizar-se porque a morte sobrevém como consequência do transtorno profundo que experimenta o organismo”, para La Puente, a febre de verrugas é “tão grave que a morte sobrevém por hipoglobulia e adinamia, antes da produção do exantema cutâneo.” Enquanto, para o laudo dos legistas, a febre de verrugas é uma forma mais aguda que o ordinário da doença, para Chávez, a febre de Oroya é um tipo grave da doença de verruga.

³⁰ A narrativa histórica tradicional, seguindo Avendaño, sempre evitou declarar que o experimento não redundou na aparição do exantema típico da verruga. García-Cáceres (1972, p. 71) aparece como uma rara exceção, quando afirma: “...era de se esperar – o feliz êxito do experimento com a aparição das verrugas na pele de Carrión. Assim, haver-se-ia cumprido, em parte, os postulados de Koch”.

Portanto, a oposição entre La Puente e os legistas, de um lado, que falam em febre de verrugas, *versus* os partidários da febre de Oroya é apenas uma disputa sobre os significados ético e jurídico do gesto de Carrión. Os primeiros consideram o estudante e os colaboradores da inoculação como imprudentes e temerários. Os outros consideram heroico o gesto de Carrión. Os dois lados, entretanto, acordam quanto ao saldo positivo do experimento, já que febre de Oroya e febre de verrugas são apenas nomes diferentes, para conceitos idênticos, naquele outubro de 1885.

1.2 Aparição dos manuscritos de Carrión (1886)

No laudo da autópsia de Carrión, os médicos de polícia explicam que não tiveram informações suficientes sobre as consequências imediatas da inoculação porque “não puderam ter à vista o diário das observações que pessoalmente levava o senhor Carrión”. O editorialista anônimo do fascículo de 1º de outubro de 1885 de *O monitor médico* declina da tarefa de explicar as razões da morte do estudante dizendo: “Não podemos ainda dar dados nem traçar a história da doença de Carrión”; e justifica-se: “Cremos poder fazê-lo proximamente com a boa vontade de um dos amigos da heroica vítima, estudante como ele, que seguiu a marcha da afecção e contribuiu em sua assistência”³¹.

Na comemoração do primeiro aniversário de falecimento de Carrión, na Sociedade União Fernandina, o segundo discurso é o do estudante de medicina Mariano Alcedan³², que fala na condição de testemunha direta dos desdobramentos da inoculação e dos acontecimentos *post-mortem*³³, depositário e coeditor dos manuscritos de Carrión. Alcedan, depois de uma introdução de sua lavra sobre os delineamentos primitivos do projeto de pesquisa de Carrión, faz a primeira leitura pública das *Notas do experimento* de Carrión.

³¹ Anônimo, 1885b, p. 162.

³² O discurso intitula-se *Doença de Carrión*.

³³ Segundo a nota biográfica de Valdizán *et al.* (1921, p. 96), Mariano Alcedan terminou seus estudos profissionais no ano de 1887, com um trabalho intitulado *Asma reumática*.

As *Notas do experimento*³⁴ são de duas autorias. As que recobrem o período que vai da inoculação, em 27 de agosto, até uma semana após a forte febre do 23º dia do experimento³⁵ são do punho de Carrión. A partir de 26 de setembro até o falecimento, em cinco de outubro, as notas são de responsabilidade dos colegas acompanhantes do experimento³⁶. A segunda parte inclui as notas sobre o tratamento de Carrión e sobre a autópsia³⁷.

Todo o material lido por Alcedan aparece publicado, em algum momento antes do fim de 1886, no livro *A verruga peruana e Daniel Carrión*³⁸. Impressa na gráfica do Estado, a obra foi editada por Alcedan juntamente com os demais colegas de Carrión, que o assistiram durante a enfermidade: Casimiro Medina, Enrique Mestanza, Julian Arce, Ricardo Miranda e Manuel Montero. As notas tomadas pelos colegas são assumidas conjuntamente pelos seis editores³⁹. O livro contém também uma biografia, uma coletânea de textos de jornais peruanos e periódicos

³⁴ No presente trabalho, o texto que se designa como *Notas do experimento* por razões didáticas possui, efetivamente, no livro editado por Medina *et al.* (1886, p. 39 e 50), o título *História da doença de Carrión*.

³⁵ Trata-se do “diário das observações que pessoalmente levava o senhor Carrión” de que dão notícia os médicos de polícia, no laudo da autópsia.

³⁶ Esta segunda parte das *Notas do experimento* inicia-se com uma nota explicativa, do dia 26, onde Carrión adverte: “A partir de hoje observar-me-ão meus companheiros, pois de minha parte confesso que me seria muito difícil fazê-lo.” As anotações já da manhã do dia 26 passam a referir-se a Carrión na terceira pessoa. O sujeito da narrativa aparece sempre no plural e se identifica com o coletivo dos colegas que o acompanham, os editores do livro. As notas não são assinadas por nenhum dos colegas em particular. O texto lido por Alcedan já está editado neste estilo, que não lê as notas como se ele as tivesse tomado, mas como se elas tivessem sido escritas pelo coletivo dos acompanhantes. Segundo a nota biográfica de Valdizán *et al.* (1921, p. 96), o redator das *Notas do experimento*, quando Carrión já não as pode mais tomar por si mesmo foi Mariano Alcedan. Embora isso não seja determinado pelos próprios documentos, tudo leva a crer que Alcedan teve o papel principal na guarda dos manuscritos.

³⁷ Os médicos de polícia haviam anotado, no laudo, que “a autópsia foi praticada na presença de numerosos médicos e estudantes da Faculdade de Medicina atraídos pelo interesse científico de ver as lesões cadavéricas determinadas pelo mal”. As *Notas do experimento* a propósito da autópsia lidas por Alcedan foram escritas da perspectiva desta plateia.

³⁸ O lançamento do livro deve ter sido previsto para a data do aniversário do primeiro ano de falecimento, conforme a data da introdução assinada pelos editores da obra (cinco de outubro de 1886). Mas o livro não deve ter ficado pronto para a cerimônia da Sociedade União Fernandina, pois o ofício ordenando a impressão do livro, na gráfica do Estado, data de dois de outubro de 1886 (cf. Medina *et al.*, p. 3). Ademais, o discurso lido por Alcedan e publicado em *A crônica médica de Lima*, que foi novamente editado como capítulo do livro, passou por uma revisão editorial de forma a aparecer, no livro, como de autoria do conjunto dos editores e não mais como da autoria exclusiva de Alcedan.

³⁹ Na versão publicada em *A crônica médica de Lima*, o discurso de Alcedan distingue aquilo que é assumido pelo conjunto dos editores dos manuscritos de Carrión, cuja narração aparece na primeira pessoa do plural, daquilo que é de sua exclusiva responsabilidade, que aparece na primeira pessoa do singular. Estas partes da narrativa foram resumidas e passadas para a primeira pessoa do plural para integrar o livro. As *Notas do experimento*, tomadas pelos colegas a partir de 18 de setembro incluem as notas sobre o tratamento e compõem aquilo que o editor de *O monitor médico* dera notícia: ele que aguardava, para “traçar a história da doença de Carrión”, a “boa vontade de um dos amigos da heroica vítima, estudante como ele, que seguiu a marcha da afecção e contribuiu em sua assistência” (Anônimo, 1885c). Por suposição, este amigo de Carrión não seria outro que Alcedan.

médicos nacionais e estrangeiros sobre a morte do estudante. Porém, o núcleo do livro é o manuscrito de Carrión, intitulado *Apontamentos sobre a verruga peruana*⁴⁰, com nove casos clínicos⁴¹. Trata-se do trabalho inacabado para obter o grau de bacharel em medicina⁴².

Ao final de sua conferência, Alcedan solicita aos ouvintes que deixem de lado “os nomes de febre de Oroya, febre de Verruga, verruga, *verruca andicola* e que, de hoje em diante, lhe consagreis o de doença de Carrión”. Portanto, Alcedan corrobora o núcleo de verdade da narrativa de Avendaño. Apesar disso, certos elementos desta narrativa são direta ou indiretamente colocados em questão por Alcedan. Primeiramente, Alcedan nega que o experimento de Carrión tivesse em vista a relação entre a verruga e a febre de Oroya. Depois, os documentos lidos por Alcedan não autorizam a versão de Avendaño de que os médicos que acompanhavam Carrión tenham dado diagnóstico de febre de Oroya. Por fim, Alcedan apresenta sérias críticas ao laudo da autópsia, que desautorizam parte daquilo que Avendaño tomou do laudo como certo. A cada uma destas incongruências entre a versão de Avendaño e a de Alcedan dedica-se um tópico, a seguir.

a) A febre de Oroya na pesquisa de Carrión

Diante do mesmo obstáculo que se apresentou a Avendaño, a falta do sinal patognomônico da verruga em Carrión inoculado, Alcedan responde igualmente com o apelo à febre de Oroya, mas segundo outra estratégia. No lugar de fazer o elogio da discussão da Sociedade Médica de Lima sobre a vinculação entre verruga e a febre de Oroya, Alcedan só vê ignorância sobre a febre de Oroya em todo período que antecede o experimento de Carrión. Segundo ele, a febre de Oroya era uma doença “tão mal conhecida então como até agora pouco, que ela e a febre do Panamá, que se desenvolvia em razão da abertura do canal, eram consideradas idênticas e devidas à mesma causa, a remoção de terrenos”. Para ele, Carrión sozinho resolveu tudo e é o ponto de partida exclusivo do início da história do conhecimento da

⁴⁰ Este manuscrito de Carrión doravante, por razões de ordem didática, será referido simplesmente por *Apontamentos*.

⁴¹ Os casos clínicos descritos por Carrión aparecem, no livro, sob o título *Histórias*. Por razões de ordem didática, as futuras referências a estes casos serão feitas como se eles pertencessem aos *Apontamentos*, de que aparecem, em verdade, como anexo.

⁴² Alcedan não leu os *Apontamentos*, na sua conferência, mas eles serão levados em conta na presente análise porque fazem parte de um conjunto indissociável de documentos publicados no livro. Ademais, Alcedan está a fazer um discurso de lançamento do livro cujo conteúdo integral, independentemente da sua leitura pública, passa a ser, desde aquele momento, do conhecimento geral.

doença: “Hoje, pelo contrário, graças ao heroísmo da vítima que recordamos, conheceu-se por fim a estreiteza de relações que [a febre de Oroya] tem com a verruga”⁴³. Ele se apresenta como testemunha auricular da seguinte declaração de Carrión: “Foi dito e sustentado por alguns que a febre de Oroya e a verruga peruana têm a mesma origem, mas estas asseverações encontram-se desprovidas de fatos que, evidenciando-as, lhes sirvam de fundamento para sua admissão na ciência”⁴⁴. Alcedan tem a seu favor os *Apontamentos* que não fazem alusão explícita alguma à febre de Oroya, nem mesmo na lista da sinonímia da doença, onde também não aparece a febre de verrugas⁴⁵.

Como a febre de Oroya não era uma hipótese de pesquisa de Carrión, também não era esperada como efeito da inoculação⁴⁶. Alcedan relata o diálogo no qual, depois das tentativas dos colegas para que o projeto de fazer-se inocular fosse abandonado, em função de seus riscos, Carrión responde: “Que perigos eu posso correr? O máximo que poderá suceder-me será que tenha lugar uma erupção interna”⁴⁷. Se, na concepção de Carrión, não se aguarda nada mais grave que uma eventual erupção interna⁴⁸, como a febre de Oroya entra em cena, no experimento?

⁴³ Alcedan, 1886, p. 391.

⁴⁴ Alcedan, 1886, p. 382.

⁴⁵ A lista dos nomes da doença enumerados por Carrión é a seguinte: verruga de sangue, verruga branda, verruga andina, verruga de Castilla, verruga de sapo e ou de *quinua* e verruga de mula (Medina *et al.*, 1886, p. 13). Ao arrepio desta documentação, Carrasco Reyes (1988, p. 3) afirma que Carrión, “desde seu ingresso [na Faculdade de Medicina de Lima], preocupa-se com a então chamada febre de Oroya, pelo que a partir de 1881 se dedica a estudá-la. [...] as ideias de Rodolfo Espinal, um dos primeiros a propor a doutrina unicista entre as verrugas e a febre de Oroya, despertam seu espírito investigador”.

⁴⁶ Este problema da intencionalidade de Carrión, em relação à inoculação, no interior do projeto de pesquisa global é fundamental na conferência de Alcedan (1886). Compreende-se que isso é uma reação à acusação de La Puente (1885) de que Carrión havia sido incauto, com a inoculação. Este tema da intencionalidade de Carrión, marginal na presente abordagem, é central para a narrativa histórica tradicional, onde a perspectiva de Alcedan foi sempre marginalizada em favor da sugestão de Avendaño de que a inoculação de Carrión repousa sobre o problema das relações entre a febre de Oroya e da verruga peruana, aberto na Sociedade Médica de Lima, em 1877. O principal empenho de Alcedan (1886) foi corrigir esta sugestão.

A despeito de sua pretensão revisionista e crítica, García-Cáceres (1972, p. 64.66) aposta na versão da narrativa histórica tradicional em nome de conjecturas sobre o conhecimento que Carrión teria sobre a febre de Oroya, especialmente através de seu contato com Espinal, no Hospital Francês, onde o estudante fez seu estágio médico, em 1884.

Cueto, 1989, p. 127: “[Carrión] interessou-se em entender duas enfermidades que foram consideradas durante muitos anos como entidades clínicas distintas: a verruga peruana e a febre de Oroya”. Em trabalho posterior, Cueto (1996, p. 345) afirma que Carrión “estava interessado em entender duas doenças que eram consideradas como duas entidades clínicas diferentes: a verruga peruana e a febre de Oroya”.

⁴⁷ Alcedan, 1886, p. 382. Esta versão das coisas é a mesma que aparece na carta de Villar (1885) e no depoimento de Chávez (cf. Matallana, 2001, p. 217).

⁴⁸ Na *Biografia* do livro *A verruga peruana e Daniel Carrión*, este diálogo aparece mais desenvolvido, mas alocado após a inoculação e não antes dela, como na versão das *Notas do experimento*. Nas duas

Avendaño havia dito que, no 23º dia após a inoculação, os médicos que assistem Carrión reconhecem a febre de Oroya. As *Notas do experimento* não o confirmam. Elas não descrevem gesto profissional de comunicado de diagnóstico em momento algum de todo o transcurso do experimento. Segundo as *Notas*, até 28 de setembro, 32º dia após a inoculação, Carrión compreende que seu estado clínico é o aguardado, no quadro sintomatológico previsível da verruga peruana. Por isso, rejeita a oferta dos colegas de pernoitarem junto dele, dizendo: “Vocês estão demasiado alarmados com minha enfermidade e os sintomas que sinto não podem ser outros que os da invasão da verruga e muito em breve seguirá o período de erupção e tudo desaparecerá”⁴⁹. Porém, em dois de outubro, o próprio Carrión manifesta uma virada na compreensão de seu estado.

Até hoje, havia crido que me encontrava tão somente no período de invasão da verruga, como consequência de minha inoculação, quer dizer, naquele período anemiante que precede à erupção. Mas, agora, estou firmemente persuadido de que estou atacado da febre de que morreu nosso amigo Orihuela. Tenho aqui a prova palpável de que a febre de Oroya e a verruga reconhecem a mesma origem, como uma vez ouvi o Dr. Alarco dizer⁵⁰.

Segundo as *Notas do experimento*, os colegas respondem com a tentativa de “provar-lhe que os sintomas que apresentava estavam muito longe dos da citada febre”, mas reconhecem que “vãos foram nossos esforços para dissuadi-lo de sua fundada crença”⁵¹.

Assim, os manuscritos de 1886 fazem recuar o aparecimento da ideia da febre de Oroya para o diálogo entre Carrión e os colegas que o acompanhavam e, portanto, para antes dos discursos de exéquias.

versões, a advertência dos colegas sobre os perigos da inoculação é genérica e a resposta de Carrión enumera os riscos concretos, sem que a febre de Oroya apareça jamais. A resposta de Carrión, na versão da *Biografia* é a seguinte: “Não me assustam as deformidades que a erupção da verruga possa trazer-me, e se tão fatal fosse, que seu desenvolvimento tivesse lugar em algum órgão nobre, haveria pagado com minha vida meus ardentes desejos” (Medina *et al.*, 1886, p. 11).

⁴⁹ Alcedan, 1886, p. 385.

⁵⁰ Alcedan, 1886, p. 387. Nas *Notas do experimento*, cf. Medina *et al.*, 1886, p. 45-6.

⁵¹ À intervenção dos colegas, Carrión responde: “Agradeço-lhes pelo desejo de vocês, mas sinto dizer-lhes que não conseguirão dissuadir-me de que a enfermidade que hoje me acossa não seja a febre de Oroya: não me amedronta a morte, pois tenho bastante confiança que os cuidados de vocês, unidos à assídua assistência que os médicos me prodigam, sejam suficientes para salvar-me” (Alcedan, 1886, p. 387). Avendaño (1885) dissera que houve um diagnóstico dos médicos que assistiam Carrión, mas não os nomeia. Pois bem, Carrasco Reyes (1988, p. 26) afirmou que, a partir de 27 de setembro, “tomam o posto de seu controle clínico seus afetuosos companheiros Arce, Medina, Alcedan, Mestanza, Miranda e Montero, que o fazem como expertos médicos apesar de serem apenas, como Carrión, estudantes do sexto ano de medicina”. O diagnóstico, sob a perspectiva de Carrasco Reyes, teria sido, portanto, pronunciado pelos colegas estudantes, nenhum deles melhor conhecedor da verruga que o próprio Carrión.

Certamente, Alcedan se apega à solenidade deste diálogo para propor, na conclusão da conferência, a substituição dos nomes ‘verruca andina’, ‘febre de Oroya’ e ‘febre de verruca’ pelo nome ‘doença de Carrión’.

Porém, as mesmas *Notas do experimento* revelam o caráter meramente opinativo desta discussão com os colegas quando, na noite seguinte (três de outubro), Carrión, já não mais convicto de nada, diz: “Se o que tenho é a febre de Oroya, aquela febre de que morreu Orihuela, melhor é não pensar nisto, fumemos um cigarro”⁵².

Para Avendaño, entretanto, um diagnóstico médico de febre de Oroya foi proferido. As *Notas do experimento* pontuam a presença dos médicos. Ao descrever o tratamento, as *Notas* informam⁵³ que, até o dia 27, Carrión, tendo permanecido em sua casa, elegeu por si mesmo sua medicação. No dia 28, “cedendo às reiteradas instâncias que [os colegas] lhe havíamos feito acerca da conveniência e necessidade de ser assistido por um facultativo, solicitou os auxílios do Dr. J. M. Romero”⁵⁴. A visita deste rende uma alteração no tratamento, mas não há diagnóstico. Na manhã do dia 2, Carrión, ainda em casa, é visitado por uma junta composta por Villar, Macedo e Chávez. Esta aconselha o internamento, mas também não profere diagnóstico. No dia 3 de outubro, Flores visita Carrión para comunicar-lhe os resultados do exame microscópico de seu sangue. Seus glóbulos vermelhos estão deformados e inchados, em número de 1.085.000, e os leucócitos, em quantidade aumentada relativamente às hemácias⁵⁵. Ele insiste na remoção do paciente de sua casa, mas também não dá diagnóstico⁵⁶.

Carrión aceita ser internado na manhã seguinte, dia 4, no Hospital Francês, onde uma nova junta (Villar, Romero, Flores e Chávez) é reunida e vota em favor da transfusão de sangue, que não chega a realizar-se. As *Notas* não apresentam diagnóstico da junta ou de outro médico do hospital, o que confere com o laudo da autópsia, onde consta que os médicos de polícia recolhem informações e não conseguem obter o diagnóstico do internamento.

⁵² O caso clínico de Orihuela foi descrito por Arce (1889). O tema retornará no quarto e último capítulo do presente trabalho.

⁵³ Os nomes dos médicos visitantes só aparecem na versão das notas sobre o *Tratamento*, parte das *Notas do experimento*, em Medina *et al.*, 1886, mas foram omitidos na versão lida por Alcedan (1886).

⁵⁴ Esta informação garante que não houve nenhum acompanhamento médico profissional entre a inoculação e a visita de Romero.

⁵⁵ Segundo García-Cáceres (1972, p. 43.67), Ricardo Flores, recentemente retornado da Europa com o hemocitômetro e um microscópio adquiridos na França, contou os glóbulos do sangue de Carrión com um hemocitômetro, procedimento pela primeira vez registrado na literatura peruana. Flores foi preterido, segundo García-Cáceres, em favor de David Matto, para a nova cátedra da Faculdade de Medicina, a de microbiologia, por influências políticas.

⁵⁶ Alcedan, 1886, p. 387.

Macedo e Chávez estão entre os médicos que assistiram Carrión inoculado, ao menos em um momento. Eles manifestaram publicamente a opinião que a inoculação produziu a febre de Oroya. Porém, Macedo o fez nas exéquias e no editorial de 15 de outubro de *O monitor médico*. Chávez o declarou no depoimento ao inquérito policial. Nestas declarações, não há descrições de características clínicas que fundamentassem um diagnóstico. Macedo, no editorial de 15 de outubro, deixa claro que atribuir a febre de Oroya a Carrión não é resultado de um diagnóstico, mas um raciocínio dedutivo sobre a diferença entre o quadro clínico do doador do material inoculado e aquele desenvolvido por Carrión. De qualquer forma, médicos profissionais posicionaram-se publicamente em favor da febre de Oroya, apenas após a morte de Carrión. Nos manuscritos de 1886, não se elencam signos diferenciais para o reconhecimento da febre de Oroya, mas apenas o diálogo informal de Carrión com os colegas, acima apresentado.

Não havendo explicação profissional médica para o diagnóstico, tudo que resta para se compreender o que mudou, entre a posição de Carrión em 28 de setembro e a de dois de outubro, é o estudo dos manuscritos: comparar as mudanças sintomáticas destes dias com os sintomas previstos, nos *Apontamentos*, para o período de invasão da verruga.

Até 28 de setembro, 32º dia após a inoculação, Carrión compreende que seus sintomas são os previstos da fase de invasão da verruga. Que sintomas eram estes? No 21º dia após o experimento (17 de setembro), Carrión sente os primeiros sintomas: mal-estar e dor articular. As câimbras começam no 23º dia (19 de setembro), com prostração das forças, fortes calafrios curtos e repetidos, febre alta (mas Carrión não consegue medir sua própria temperatura). As dores se generalizam, cefalalgia gradativa, dor constrictiva no tórax e paredes abdominais, dores ósseas articulares e musculares; dores seguindo o trajeto de alguns nervos e músculos; insônia por causa da febre e das dores; algumas deposições. No dia seguinte, ele mede sua temperatura: 39,4°C. Sente perda de forças e cai prostrado por sete horas em estado comatoso. No dia 20 de setembro, sente anorexia e náusea à vista de alimentos, sede devoradora e 39,8°C. No dia 22, aparecem as manchinhas sanguíneas como picadas de pulga na face, que aumentam nos dias seguintes e começam a desaparecer no dia 27, quando a pele toma cor ictérica. No dia 26, Carrión registra a palidez da pele e mucosas, sentimento de debilidade geral, perda de forças, inapetência, pulso brando e frequente (100 pulsações por minuto) e sopro suave e ligeiro na base do coração e continuidade das câimbras. Estes sintomas não escapam em nada da descrição do período de invasão da verruga, cuja observação aparece nos *Apontamentos*.

Segundo as *Notas do experimento*, a partir do dia 28, a anemia domina por completo o quadro sintomático de Carrión⁵⁷. Aumenta a intensidade do sopro cardíaco. A debilidade se intensifica: há perda da capacidade de levantar da cama sem auxílio. O número de pulsações subiu de 106 para 110 por minuto. O pulso é pequeno, brando e depressível. Há sopro da carótida e continuidade da dor na região peitoral, iniciada anteriormente. A pele é seca. A fisionomia é extremamente pálida, com coloração subictérica e aspecto árido e terroso. Mucosas, especialmente a gengiva labial, descoloridas. A temperatura oscila entre 37 e 37,4°C. Começam a vertigem, com intensidade crescente. Primeiro, ela aparece quando o enfermo levanta-se. Depois, basta a posição vertical da cabeça. Náuseas e anorexia já existiam e continuam. A insônia já existia e se agrava, intercalada com sono agitado e ansiedade crescente. Surgem as dores no hipocôndrio direito, no fígado, que aumenta de volume, e nos rins. Surge o vômito. As deposições, que haviam sido normais, duplicam-se e tornam-se líquidas, fétidas, de coloração verde e, depois, negra, e acompanhadas de fortes cólicas intestinais. A língua está seca e áspera. Há uma sede devoradora. Diminuem as dores musculares e câimbras, mas surge o sobressalto dos tendões.

Comparados os sintomas do período de 28 de setembro a dois de outubro com os do ‘período de invasão’, como estes são caracterizados nos *Apontamentos*, descobre-se que febre sofrida por Carrión, entre as datas citadas, foi inferior à margem máxima teoricamente esperada, que era de 39 a 40°C. Sobre o quadro anêmico, nos *Apontamentos*, há três observações que permitem considerar a situação de Carrión dentro do previsível: 1) a “anemia se acentua mais e mais, à medida que a enfermidade segue seu curso”; 2) “a nutrição dos enfermos afetados deste mal se altera profundamente até produzir a caquexia”; 3) a caquexia “manifesta-se pela anemia que se desenvolve mais ou menos violentamente e com maior ou menor energia, segundo os indivíduos”. Também o infarto do fígado era previsto. Assim, o que há de novo no quadro sintomático de Carrión inoculado, depois de 28 de setembro, é o vômito, a diarreia, as cólicas intestinais, as alterações na textura da língua e a sede, ou seja, aqueles sintomas que a medicina do século XIX chama de ‘gástricos’ e podem ser associados à febre entérica. Mas estes sintomas com o sobressalto dos tendões fazem pensar em um quadro tifoide.

Nos *Apontamentos*, não há sintomas gástricos associados à verruga, mas a doença é considerada suscetível de numerosas complicações⁵⁸. Na caracterização da febre do período de invasão, consta que as complicações são “muito diversas, umas independentes da enfermidade e

⁵⁷ Alcedan, 1886, p. 385; Medina *et al.*, 1886, p. 42.

⁵⁸ Medina *et al.*, 1885, p. 13.

outras provocadas pelo desenvolvimento do processo em distintos órgãos”, do que resulta que “a febre toma também um tipo bastante variado”⁵⁹. Quem tivesse acesso aos *Apontamentos* e visse o quadro clínico de Carrión, perguntaria se ele não havia sido acometido de uma complicação. Flores, que o viu em três de outubro, mas jamais publicou nada sobre o assunto, conforme as *Notas do experimento*, sugeriu “o conveniente que seria a transladação do paciente para um lugar mais higiênico”.

A leitura comparada das *Notas do experimento* e dos *Apontamentos* não é suficiente para resolver o problema da significação da febre de Oroya, mas permitiu eliminar alternativas. Primeiramente, a introdução do nome ‘febre de Oroya’ por Carrión, em dois de outubro, não pode ser atribuída a nada que diga respeito estritamente a transtornos de temperatura. Ademais, a caracterização da febre do período de invasão, nos *Apontamentos* é que “se nota também muita variedade em seu tipo, ainda quando a enfermidade se apresente sem complicação alguma”. Certamente, a anemia em si mesma também não justifica a alteração da compreensão do quadro clínico porque ela já existia antes do dia 28 e ela era previsível, segundo os *Apontamentos*.

O que não era previsível para os *Apontamentos* e para as *Notas do experimento* é que a verruga pudesse ser fatal, sem sinais de comprometimento de órgão vital por uma erupção interna da doença. Assim, a febre de Oroya somente aparece, em dois de outubro, quando se altera completamente a compreensão do prognóstico: quando se teme ou se acredita que Carrión corre risco de vida, na ausência do exantema típico ou de sinal de erupção interna. Seja quando Carrión está certo que está acometido de febre de Oroya, seja quando se mostra duvidoso, prognóstico fatal e febre de Oroya se implicam.

Entre os casos clínicos apresentados, nas *Histórias* anexadas aos *Apontamentos*, só existe um caso com desenlace fatal, o sexto⁶⁰. Ora, esta morte recebe de Carrión a explicação hipotética de que foi ocasionada pela erupção de verrugas nas meninges. Isto é assim porque, nos *Apontamentos*, a morte pela doença de verrugas não pode ser pensada como uma consequência direta e exclusiva dos sintomas de invasão. A erupção da verruga é considerada um fenômeno necessário, tão constante “como das outras febres eruptivas”⁶¹.

Assim, nas *Notas do experimento*, febre de Oroya designa a possibilidade de morte pela doença de verrugas desacompanhada da erupção típica e de sinais clínicos de erupção interna.

⁵⁹ Medina *et al.*, 1885, p. 15.

⁶⁰ Carrasco Reyes (1988, p. 3) afirma que todos os casos clínicos descritos nas *Histórias* dos manuscritos de Carrión foram fatais, o que não está dito nos manuscritos de Carrión, nem Reyes tem documentação para prová-lo.

⁶¹ Medina *et al.*, 1885, p. 18.

Esta significação da febre de Oroya é concordante com a documentação aparecida em outubro de 1885. Não há texto que associe a febre de Oroya ao quadro clínico de Carrión, antes que o prognóstico fatal estivesse evidente, desde a entrada de outubro. Os médicos não falam em febre de Oroya até que, após a morte de Carrión, este nome aparece nos discursos das exéquias (Butler e Macedo) e nos editoriais anônimos de *O monitor médico*. Afinal, naquele momento, o prognóstico fatal tornara-se fatalidade.

Avendaño (1885) define a febre de Oroya como “o período febril que, nos casos graves, precede à erupção da dermatose que nunca chega a realizar-se porque a morte sobrevém”. Este uso do nome ‘febre de Oroya’ é compatível com aquele dos diálogos entre Carrión e os acompanhantes, que aparece nas *Notas do experimento*, onde febre de Oroya é o prognóstico fatal da doença de verrugas, quando do quadro febril que antecede o exantema.

b) A crítica da autópsia

Alcedan leu também um relato da autópsia⁶² do cadáver de Carrión alternativo ao laudo dos legistas. Interessam aqui os tópicos em que esta descrição alternativa, seja na versão de Alcedan, seja na versão um pouco modificada dos seis editores do livro *A verruga peruana e Daniel Carrión*, permitem esclarecer o uso do laudo da autópsia, por Avendaño, para legitimar o sucesso da inoculação de Carrión.

A primeira crítica de Alcedan dirige-se contra as inferências do laudo da autópsia baseadas nas necropsias comparadas do cadáver de Carrión e do cadáver de uma mulher do Hospital Santa Ana. Segundo Alcedan, a mulher não teria morrido em função da verruga, como pretendem os legistas, mas de tuberculose pulmonar. Assim, os legistas teriam atribuído, equivocadamente, as lesões pulmonares da tuberculose à doença de verruga. Para sustentar esta crítica, Alcedan apela à autoridade de Carrión que, antes da inoculação, teria “examinado repetida e detidamente a dita enferma e acreditado, desde o princípio que, ainda quando na presença de uma erupção externa de verruga, os sintomas dos órgãos respiratórios não podiam ser atribuídos senão à evolução de uma tuberculose pulmonar avançada”⁶³. Alcedan, conseqüentemente, deslegitima a via da necropsia comparada como alternativa aceitável para

⁶² O relato da autópsia na versão lida por Alcedan (1886, p. 389) é claramente uma versão anterior daquela do livro *A verruga peruana e Daniel Carrión*, que foi objeto de uma revisão editorial cuja tônica é ainda mais agressiva contra os médicos de polícia.

⁶³ Medina *et al.*, p. 52,

sustentar as conquistas do experimento de Carrión, conforme o argumento de Avendaño baseado no laudo dos legistas.

A segunda crítica de Alcedan é dirigida contra a análise do sangue de Carrión e do suposto bacilo de Izquierdo aí encontrado pelos médicos de polícia. Nesta parte de seu discurso, Alcedan fala em primeira pessoa, na condição de testemunha ocular desta análise feita no Museu Patológico da Faculdade de Medicina, em oito de outubro, três dias depois da morte de Carrión. Referindo-se aos bacilos vistos pelos médicos de polícia, Alcedan afirma:

Tive ocasião de ver a preparação que servia para as investigações micrográficas e contemplar belos cristais de hematóidina que, por uma metamorfose que não sei explicar, se convertem, mais tarde, no bacilo de doze milésimos de milímetro e inteiramente análogos aos de Izquierdo. O notável é que, para caracterizá-lo, não utilizaram os meios de coloração que todos os micrógrafos recomendam nestes casos (Alcedan, 1886).

Na versão da autópsia que aparece no livro *A verruga peruana e Daniel Carrión* soma-se outra crítica à análise do sangue, que não aparece na conferência de Alcedan. Os legistas não teriam atentado para as precauções necessárias à coleta do material e teriam misturado sangue do coração com material dos pulmões⁶⁴. Os legistas são, ainda, acusados de falta de preparo técnico para a análise microscópica, o que explicaria que seus achados tenham sido tão rápidos e fáceis, quando é difícil fazê-lo por quem tem a formação adequada⁶⁵.

Ainda para deslegitimar a análise dos legistas, Alcedan relata que, imediatamente após a morte de Carrión, foi extraída amostra de seu sangue, com a qual se inocularam dois coelhos, resultando sem efeito. Ora, consta no laudo da autópsia que “a veia mediana cefálica do braço direito havia sido aberta, *post-mortem*, para procurar sangue com que fazer experiências em animais inferiores”. Há indícios, portanto, de que foram envidados todos os esforços possíveis para comprovar, de maneira experimental, que Carrión desenvolveu a doença de verrugas, o mesmo que pretendiam afirmar os legistas. As dificuldades que tiveram os autores deste experimento de resultados negativos, a despeito da falta da divulgação científica, são apresentadas, por Alcedan (1886), como razões para seu ceticismo quanto aos resultados dos exames dos legistas. Alcedan e os editores dos manuscritos de Carrión parecem não atentos a

⁶⁴ Medina *et al.*, p. 52; Alcedan, 1886, p. 389-90.

⁶⁵ A descrição alternativa da autópsia publicada por Medina *et al.* (1885, p. 53) observa: “Note-se aqui, em primeiro lugar que esta investigação era feita por indivíduos que, quiçá, pela primeira vez emprendiam um estudo desta natureza e, em segundo, a assombrosa facilidade com que percebem e diferenciam tão variados organismos. Circunstâncias estas que devem ser levadas em conta para apreciar o que vale a opinião que a este respeito emitiram os, então, médicos de polícia”.

que sua crítica deslegitima, indiretamente, a narrativa de Avendaño que faz repousar sobre o laudo da autópsia parte de sua argumentação em favor de que a inoculação de Carrión foi bem sucedida em produzir a doença de verrugas.

Apesar destas divergências pontuais com os legistas, Alcedan não discorda deles quanto à conclusão do laudo e concede que eles conseguiram encontrar um signo corretamente indicativo de que Carrión desenvolveu a doença de verruga: “Quanto às manchinhas cutâneas a que se referem [os legistas], muito provavelmente, estariam na presença de uma erupção de verruga miliar” (Alcedan, 1886). Alcedan refere-se ao seguinte trecho do laudo: “Percorrida a pele com uma lente, observou-se em quase toda sua extensão manchinhas circulares, de cor amarelo-palha, afetando a forma discreta de um exantema variólico”⁶⁶.

Estas tais manchinhas haviam sido descritas, nos *Apontamentos*, onde consta a observação de que, quando a verruga principia externamente,

No lugar onde aparecerá a erupção, no começo, apresentam-se, algumas vezes, manchas vermelhas pequeníssimas ou, outras vezes (o que é mais frequente), glóbulos pequenos ou vesículas diminutas, brilhantes e inteiramente semelhantes ao que, em patologia, chama-se de sudâmina branca⁶⁷.

Ainda segundo os *Apontamentos*, a erupção constitui “o fenômeno mais característico, o sintoma patognomônico mais acabado da enfermidade”⁶⁸. Ora, isso deveria ter ensejado uma atenção detida sobre os signos clínicos iniciais da erupção da verruga no corpo de Carrión, o que teria sido fundamental no controle do resultado do experimento.

Enquanto as *Notas do experimento* eram tomadas de próprio punho por Carrión, no dia 22 de setembro, aparecem “manchinhas sanguíneas como picaduras de pulga, umas no nariz [...] e outras entre as sobrancelhas.” No dia 24, aparece outra manchinha, na têmpora direita. No dia 27, quando já são os colegas a tomar as *Notas do experimento*, fica-se sabendo que “as manchinhas que se apresentaram nos dias 22 e 24, desaparecem pouco a pouco”. Depois disso, entretanto, não aparece nenhuma nova observação de exantema. Ademais, duas juntas médicas ocorreram e as *Notas do experimento*, que as registram, não indicam exame algum em busca de manchas cutâneas ou busca pelos primeiros movimentos evolucionários do exantema típico da doença. Portanto, os achados exantemáticos da autópsia, que foi assistida publicamente, passaram despercebidos pelos colegas que acompanhavam Carrión e pelos médicos que o

⁶⁶ La Puente *et al.*, 1885.

⁶⁷ Medina *et al.*, 1885, p. 19.

⁶⁸ Medina *et al.*, 1885, p. 18.

assistiram. Os editores dos manuscritos de Carrión resolveram descartar o tema, que foi objeto do comentário na conferência de Alcedan (1886), mas não aparece na descrição alternativa da autópsia que aparece no livro editado por Medina *et al.* (1886).

Isso tudo evidencia que os médicos e estudantes de medicina que assistiram Carrión tinham um conhecimento da verruga peruana aquém da síntese apresentada nos *Apontamentos*⁶⁹. Já se mostrou que os legistas confessaram-se ignorantes na matéria. A narrativa de Avendaño (1885) evidencia que ele não encontrou referências bibliográficas sobre este tema. Tudo isso permite concluir que o conhecimento dos signos exantemáticos iniciais da erupção da verruga não estavam à mão do exercício cotidiano da clínica, na Lima de 1885.

Ademais, a caracterização dos exantemas feita pelo laudo da autópsia é insuficiente para determinar que se trate exatamente das mesmas primeiras manifestações do exantema descritas pelos *Apontamentos*.

Para concluir, Alcedan não dispunha daquilo que faltava a Avendaño, a prova cabal de que a inoculação produziu em Carrión o sinal patognomônico da doença de verrugas. Mais que isso, o relato alternativo da autópsia é corrosivo em relação às convicções de Avendaño e dos legistas de que chegou a ter início a evolução da erupção cutânea da verruga em Carrión.

A despeito de tudo isso, a conferência de Alcedan representa o referendo simbólico do grupo de estudantes que assistiu Carrión à ideia de que este desenvolveu a febre de Oroya, pois Alcedan encerra seu discurso com a conclamação da medicina peruana a deixar de falar em verruga peruana, febre de Oroya, febre de verrugas para dizer, simplesmente, doença de Carrión.

Neste sentido, a leitura das *Notas do experimento* comparece, no primeiro aniversário de falecimento de Carrión, para cumprir o papel de selar, no lado da verdade, o tópico central e fundamental da narrativa de Avendaño: Carrión demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana.

⁶⁹ Se os manuscritos de Carrión tivessem sido editorialmente falsificados, como sugerem Murillo *et al.* (2002), esta discrepância, nada elogiosa ao grupo dos acompanhantes do experimento, deveria ter sido retificada. Este tema receberá aprofundamento na parte conclusiva do capítulo terceiro do presente trabalho.

1.3 De Matto aos nossos dias: a narrativa tradicional

Na mesma cerimônia comemorativa do primeiro aniversário de falecimento de Carrión, dos dois discursos previstos para a comemoração que se repetirá a cada ano, na Sociedade União Fernandina, David Matto⁷⁰, na condição de presidente, falou antes que Alcedan, o fiel depositário dos manuscritos do colega malogrado. O discurso do presidente foi uma reedição reformista da narrativa de Avendaño. Matto retirou tudo o que diz respeito ao laudo da autópsia de Carrión, bem como a sugestão indireta de Avendaño de que o projeto de pesquisa de Carrión destinava-se a resolver o problema do dualismo entre a febre de Oroya e a verruga peruana. As duas reformas são indicativos certos de que Matto estava previamente informado das setas que Alcedan iria disparar contra a versão de Avendaño e produziu uma reforma da narrativa para imunizá-la contra críticos e céticos.

Críticos eram os que conheciam, melhor que Avendaño, os detalhes de uma situação que ele não viveu e reconstruiu, a partir dos documentos que teve em mãos, especialmente, os autos do inquérito policial sobre a causa da morte de Carrión. Quanto aos céticos, estes existiam, à surdina. Não há um texto, na imprensa médica ou leiga, que possa ser arrolado para se conhecer os elementos da narrativa de Avendaño em que não se acreditava, mas Matto (1886) quem registra sua recôndita existência ao perguntar: “O valente experimento de Carrión foi estéril para a ciência, como o creem vários?”.

Como Avendaño, Matto evita falar em febre de verrugas. Levando mais a fundo o programa de seu antecessor, Matto suprime qualquer emergência dos temas polêmicos que a narrativa de Avendaño amparara, em seu esforço de construir uma interpretação do experimento. Matto suprimiu tudo o que diz respeito aos seguintes temas:

- (a) o problema de Macedo, a relação entre o quadro clínico do doador do sangue inoculado e o quadro clínico diverso do receptor.
- (b) o tema do início do desenvolvimento dérmico da verruga, em Carrión inoculado;
- (c) as supostas evidências das alterações anatomopatológicas viscerais da verruga, através da autópsia comparada feita pelos legistas do cadáver de Carrión;
- (d) o gérmen de Izquierdo, supostamente encontrado pelos legistas no sangue do cadáver de Carrión.

⁷⁰ Novo presidente da Sociedade Médica União Fernandina, sucessor de Avendaño. Discurso lido na sessão de cinco de outubro de 1886.

À altura da conferência de Matto (1886), se os médicos de polícia tivessem mesmo sido capazes de encontrar o bacilo de Izquierdo no sangue de Carrión, era de se esperar que um novo caso de verrugas tivesse dado lugar à repetição da observação. Mas, desde o ano anterior, não há uma só palavra na literatura médica peruana e internacional sobre o bacilo de Izquierdo. Não se leva adiante, como seria de se esperar, o programa da tal necropsia comparada. Nenhum novo trabalho publicado procura descrever o início do desenvolvimento dérmico da verruga. Aliás, nenhuma destas linhas de pesquisa será perseguida no período que vai do primeiro aniversário da morte de Carrión ao livro de Odriozola (1898)⁷¹.

Ao esquema de Avendaño, centrado na dialética entre a febre de Oroya e a verruga peruana, Matto esforça-se por ampliar, longitudinalmente, os tópicos informativos da cronologia dos acontecimentos, depoimentos orais sobre as febres da região endêmica da verruga, do vale do Huarochiri, onde emergiu a febre de Oroya, colocadas em continuidade de natureza e novas referências bibliográficas sobre a verruga.

Matto abandona completamente o esforço de Avendaño de fazer com que o encontro entre a febre de Oroya e a verruga peruana apareça como acoplamento de duas descrições clínicas parciais ligadas a duas doenças distintas resultem num todo unitário de sintomas de uma só doença. Por isso, Matto desqualifica a montagem de Avendaño que faz com que a doença de verrugas só passe a ser compreendida como doença febril depois que a emergência da febre de Oroya dá lugar à tese da unidade das duas entidades, a partir dos debates da Sociedade Médica de Lima, em 1875. Matto, talvez inadvertidamente, oferece a informação que desmonta este arranjo, ao extrair trechos sobre a verruga peruana do livro de Tschudi (1846), *Viagens ao Peru*⁷², onde a doença é concebida como febril.

Do debate de 1873-1875, a propósito da febre de Oroya, Matto preserva o surgimento da ideia unicista, mas minimiza fortemente a posição de Avendaño segundo a qual unidade teria ficado estabelecida. Para Matto, a relação entre as febres do vale do Huarochiri⁷³ e a verruga é anterior à construção da estrada de ferro para Oroya e nunca teria existido consenso, antes ou depois da ferrovia, de que as tais febres pertencessem à verruga. Assim, para Matto diferentemente do que propõe Avendaño, as febres provenientes das regiões de verruga eram

⁷¹ Este período será estudado no quarto e último capítulo do presente trabalho.

⁷² Matto transcreve uma longa tradução abreviada da versão inglesa, de 1847, que, por sua vez, salta frases do texto original, em alemão. O livro é o mesmo referido por Avendaño.

⁷³ Estas febres do vale do Huarochiri são caracterizadas de maneira a se apresentarem como idênticas à febre de Oroya. Os que chegavam doentes a Lima, após atravessar o vale, apresentavam-se “com uma febre contínua, tenaz, que nada podia deter; febre anemizante, rebelde a todo tratamento, que seguia seu curso desglobulizando o sangue ate matar o desgraçado a quem atacava, para o desespero do médico, que, ignorante, à cabeceira do enfermo, não podia dar conta de tão grave pirexia” (Matto, 1886).

consideradas, na época de Carrión, da mesma forma como sempre foram: febres palúdicas graves⁷⁴.

Embora dificultando o pretendido diagnóstico de febre de Oroya dado a Carrión, na versão de Avendaño, Matto mantém que Carrión desenvolveu a febre de Oroya⁷⁵, mas sem explicação alguma sobre os fundamentos disso.

Enquanto a lista de Avendaño das conquistas de Carrión era composta de três tópicos, Matto a reduz para dois: (a) a inoculabilidade da verruga e (b) a unidade etiológica da verruga e da febre de Oroya. Matto decepa o último tópico da lista, justamente aquele que determina o conceito de febre de Oroya resultante do experimento de Carrión: “período febril que precede, nos casos graves, a erupção da dermatose”⁷⁶. Avendaño já havia feito uma operação redutiva sobre a lista das conquistas do experimento de Carrión elaborada pelo editorial extraordinário de *O monitor médico* de primeiro de outubro. Matto operou a segunda redução.

A despeito de tudo que Matto decepa da narrativa de Avendaño, ele preserva intacta a cronologia e a estrutura da narrativa:

- (a) a linha contínua do conhecimento da verruga, que vai da época da colonização até a medicina pré-científica do século XIX;
- (b) o início da era científica dos estudos da verruga, na década de Salazar;
- (c) a importância decisiva da emergência febre de Oroya;
- (d) o advento da doutrina da unidade das duas entidades e
- (e) o caráter demonstrativo do experimento de Carrión em relação à doutrina da unidade das duas entidades.

⁷⁴ Contra a sugestão de Avendaño de que a Sociedade Médica de Lima declinou do dualismo e estabeleceu o unicismo, Matto faz o seguinte balanço do estado da questão: “As ideias relativas a estas duas enfermidades, naquela época [1875], podem, pois, resumir-se assim: dualidade da verruga e da febre de Oroya, como opinião geral; ideias puramente pessoais de alguns médicos peruanos sobre a unidade etiológica de ambas as enfermidades. Tal era o estado das ideias até o ano passado, em que a lanceta que inoculou a verruga em Daniel A. Carrión rasgou o véu que cobria este mistério.”

⁷⁵ Em consequência desta alteração, na versão de Matto (1886), “Carrión demonstra uma verdade científica, apenas entrevista”.

⁷⁶ Depois de relatar que as autoridades reagiram negativamente à morte de Carrión e citar o artigo de La Puente, Cueto (1996, p. 346) afirma que “em resposta às críticas e à ameaça de uma ação judicial pelo subprefeito de Lima, os companheiros estudantes de Carrión lançaram uma campanha exaltando-o como um herói da ciência que tinha demonstrado que as duas doenças nativas compartilhavam a mesma origem. [...] Subsequentemente, médicos peruanos usaram o termo ‘doença de Carrión’ no lugar de verruga peruana ou febre de Oroya e elaboraram a assim chamada explicação unicista da origem das duas doenças”. Os documentos reunidos no presente capítulo mostram bem que este empreendimento esteve longe de ser uma mera campanha de estudantes e que a narrativa histórica tradicional nasceu, desde as primeiras versões, com Macedo (1985a e b), Almenara Butler (1985), Avendaño (1985), Chavez (*apud* Matallana, 2001, p. 216) e Matto (1886) demarcada pela doutrina unicista, cujos precedentes históricos serão objeto do terceiro capítulo do presente trabalho.

A tinta que Avendaño gastara com definições, Matto utiliza para aumentar as notícias bibliográficas. O resultado é que sua versão parece não oferecer outra coisa que a simples verdade cronológica dos fatos. Tudo se estende de maneira tão contínua e linear que Matto pode fazer o esquema historiográfico crescer longitudinalmente no tempo, sem que o núcleo de verdade e a estrutura da narrativa sofram alteração. Assim, enquanto Avendaño começa sua versão com a verruga dos conquistadores, Matto principia com a era pré-colombiana, procurando no vocabulário incaico o uso de palavras distintas para o que ele chama de ‘verruga de Oroya’ e para a verruga comum.

Este trabalho de escavação informativa do passado, iniciado por Matto, foi rico em herdeiros. Em 1889, o artigo *A verruga dos conquistadores* de Pablo Patron incrementa as referências das obras antigas que testemunham o contato dos conquistadores e colonizadores com a verruga. Na narrativa de Damaso D. Antunez (1890) e na de Juan C. Castillo (1894), o trabalho de Patron já aparece enxertado ao esquema histórico tradicional. Em 1894, Patron publica o artigo *A enfermidade mortal de Huayana Capac*, onde procura provas de uma discriminação entre a verruga peruana e a verruga comum nas línguas pré-colombianas. Hermilio Valdizán (1925) retoma e amplia os trabalhos de Patron, alocando-o na linearidade contínua do tempo da história da verruga. Rebagliati (1940, p. 7) reconta tudo isso para concluir: “É evidente que a verruga existiu no Peru na época pré-colombiana”⁷⁷. Tudo se passa como se a identidade da coisa a si mesma, a verruga, existisse em sua soberana independência do conceito. A narrativa histórica médica limenha procurou a ancestralidade da relação entre palavra e coisa para consagrar a ideia que lhe é cara: a verruga existe desde tempos imemoriais e a medicina peruana, desde que emergiu, reconheceu seu caráter *sui generis*, sobre o qual ancorou um progresso contínuo e cumulativo, na ordem do saber da doença.

De Macedo (1885b) a Alcedan (1886), esteve aberto o campo da criatividade no qual o pensamento médico sobre a doença de Carrión criou a narrativa da história da inoculação com a inserção dos resultados do experimento numa história do saber da doença, apesar dos limites e problemas que se procura desvendar, no presente trabalho. Macedo (1885b), Avendaño (1885) e Alcedan (1886) representam os esforços mais importantes, nesta direção. Com Matto, a fase criativa encerra-se.

⁷⁷ Esta afirmação é a que melhor revela a função que desempenha, desde Matto (1886), a busca da antiguidade do conhecimento da verruga peruana: indicar que a doença típica das quebradas ocidentais dos Andes tem uma aparência reconhecível, cujas caracterizações antigas e modernas permitem pensar que se tratou sempre da mesma doença.

Ao suprimir as definições e a discussão conceitual de Avendaño, Matto produziu o texto apto para este destino. A febre de Oroya de Matto torna-se uma expressão vaga e imprecisa. Assim, quando Matto diz a verdade nuclear da história da doença, “Carrión demonstrou a unidade entre a verruga peruana e a febre de Oroya”, o enunciado já não mais comunica o que pretendeu Avendaño. Vazia, a frase se torna o núcleo simples e total da doutrina que a medicina limenha passou a chamar de unicista.

Depois que Matto abstrai a estrutura da narrativa de Avendaño, esvaziando-a conceitualmente, o esquema fixo, isento de estofamento conceitual, torna-se apto para que as décadas seguintes pudessem utilizar a expressão ‘febre de Oroya’ como máscara sob a qual conceitos diversos evoluem e confrontam-se. Dessa forma, uma narrativa *standard*, que vem do século XIX, atravessa todo o século XX, chega aos nossos dias.

Assim, o conceito da doença passará por transformações profundas, mas o núcleo e o esquema da narrativa de Avendaño, passado pelas mãos de Matto, atravessará o tempo, incólume. Pode-se encontrá-lo em Valdizán (1925), Rebagliati (1940), Lastres (1957) e Matallana (2001). Não é preciso procurar muito para encontrá-lo entre monografias e artigos dos últimos anos⁷⁸. Por sobre a arena das transformações do saber da doença, paira uma narrativa

⁷⁸ Urteaga-Ballón (1993, p. 631-5), mesmo depois de afirmar que trinta pessoas saudáveis foram por ele inoculadas com sangue parasitado de *Bartonella bacilliformis* e não desenvolveram a doença e defender que “inoculação de pessoa doente a pessoa saudável não produz o efeito de transmissão da doença”, defende que “Carrión [...] contraiu a doença por autoinoculação com verruga e morreu de febre de Oroya”.

Segundo Maguiña Vargas (1993, p. 5), “Carrión provou com a autoinoculação que a verruga peruana e a febre de Oroya eram a mesma enfermidade”. Cf. tb. Maguiña Vargas (1998, p. 26).

Velásquez Acosta (1999, p. 1) afirma que “[...] Carrión se inocula um extrato da verruga que lhe produziu um estado febril anêmico e a morte, demonstrando com isso que as entidades antes descritas eram duas facetas diferentes da mesma enfermidade”.

Segundo Maguiña Vargas *et al.* (2000): “[...] Carrión inoculou a si mesmo com fluido obtido de uma verruga da fase crônica da bartonellosis. Depois de vários dias, ele desenvolveu a fase aguda da doença com severa anemia e morte. Somente com a morte próxima ele compreende que a verruga continha o agente causal da febre de Oroya e concluiu que as formas crônica e aguda da doença eram causadas pelo mesmo agente [...]”.

Panchas Chávez (2001, p. 10) afirma: “[...] até que falece [Carrión...], apresenta os sintomas e signos clássicos da febre de Oroya. Carrión demonstrou com seu sacrifício que a [...] febre de Oroya e a verruga peruana são duas fases de uma mesma enfermidade”.

Segundo Saettone-León (2004), “O importante é que Carrión demonstrou com seu sacrifício que a verruga peruana e a febre de Oroya são duas fases de uma mesma enfermidade”. O mesmo é afirmado por Garrido Chacon (2004, p. 16-7).

Segundo García *et al.* (2005): “A doença de Carrión foi chamada assim desde que Daniel Alcides Carrión autoinoculou-se com uma lesão de verruga peruana e morreu na fase aguda da febre de Oroya, em 1885, demonstrando que ambas as entidades são produzidas pelo mesmo agente”.

González R. *et al.* (2007), afirma: “...o estudante de medicina peruano Daniel A. Carrión investiga e estabelece a unidade clínica existente entre a febre de Oroya e a verruga peruana, constituindo-se assim em mártir da medicina peruana”.

histórica médica que se torna tradicional porque se repete tão idêntica a si mesma quanto a doutrina unicista que ela exprime.

Conclusão

A análise empreendida neste primeiro capítulo rende, como saldo, a desconstrução de toda a narrativa tradicional sobre a história da doença de Carrión. Uma consequência de que a sondagem de sua fundação, em Avendaño (1885), não resiste à checagem.

Particularmente problemático, o uso da febre de Oroya por Avendaño apareceu como um expediente *ad hoc* para garantir um resultado positivo do experimento de Carrión e encobrir que:

- a) certos controles não foram feitos, como a análise do sangue injetado em Carrión;
- b) certos controles foram feitos, mas deram resultado adverso à interpretação dada ao experimento, como as inoculações de dois coelhos com o sangue de Carrión e que não reproduziram doença alguma;
- c) certos controles dados como certos não gozaram da precisão necessária, como a suposta observação dos bacilos de Izquierdo, no sangue de Carrión;
- d) certos signos do sucesso do experimento dados por quase certos, não podiam ser interpretados como resultantes da inoculação por falta de conhecimento da evolução anatomopatológica da verruga, como a consideração de que as manchinhas da pele de Carrión eram o início da manifestação do exantema esperado, como resultado positivo da inoculação.

Porém, o problema central da narrativa tradicional, tal como ele se apresenta em nossos dias, não é tanto que o experimento de Carrión não representa aquilo que a narrativa quis fazer crer que ele representava. Não importa se o experimento de Carrión não demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana. O que importa saber é se o dualismo dado por vencido neste núcleo central da narrativa tradicional é expressão ou não de um obstáculo ao conhecimento clínico da doença. Se há um obstáculo descrito no núcleo da narrativa tradicional, como foi descoberto e ultrapassado?

Com o trabalho empreendido neste capítulo tornou-se problemática a correlação que se faz, nas repetições atuais da narrativa tradicional, entre a dualidade das síndromes da doença de

Posição idêntica aparece também em Walker *et al.* (1981).

Carrión, a síndrome de febre de Oroya e a síndrome erupitiva, e o dualismo entre as duas doenças, que teriam sido unificadas pelo experimento de Carrión, em 1885. Porém, justamente porque esta correlação aparece, agora, como precipitada é que interessa aprofundar o estudo histórico do que eram a febre de Oroya e a verruga peruana, no período que antecedeu ao nascimento da doença de Carrión. Essa é a tarefa assumida nos capítulos segundo e terceiro do presente trabalho.

Este aprofundamento, no passado da clínica da doença, leva consigo os problemas que a análise dos textos de 1885 e 1886 suscitou. A começar pelos problemas pontuais.

a) A febre de Oroya podia ser clinicamente reconhecida?

b) Em que o advento da febre de Oroya, no início da década de 1870, enriqueceu a discussão e o conhecimento da verruga peruana?

c) Existia uma descrição clínica sobre o início da evolução da erupção da verruga? Se sim, por que ela não esteve operante no acompanhamento da evolução dos resultados da inoculação de Carrión, nem na sua posterior análise teórica?

d) Com base em uma nova leitura da literatura médica anterior ao experimento de 1885, qual seria a significação dos *Apontamentos* e das *Notas do experimento*, para o progresso do saber da doença?

É para buscar resposta a estas indagações que os capítulos segundo e terceiro dedicar-se-ão ao período da clínica da verruga e da febre de Oroya, que antecede o experimento de Carrión.

Capítulo II

O nascimento da clínica da verruga peruana (1842-1872)

2.1 As primeiras descrições e a celeuma da autonomia nosográfica

A partir da década de 1840, a verruga peruana começa a ser descrita pela clínica moderna. Archibald Smith¹ incluiu um tópico sobre ela no seu grande ensaio de geografia médica *Observações práticas sobre as doenças do Peru, descritas como elas ocorrem na Costa e na Serra*². A verruga aparece na parte do ensaio publicada em 1842, como doença exclusiva dos vales intermediários entre a Costa e a Serra³. A seguir, o médico e naturalista viajante, Tschudi⁴

¹ Este médico escocês tem um conhecimento direto, de primeira mão e de largo prazo da geografia médica do Peru. Depois deste trabalho inicial, vê-se que ele está acompanhando a medicina do Peru. Publica sobre a febre amarela no Peru (Smith, 1855), a febre tifoide nos Andes peruanos (Smith, 1857) e escreve uma resenha da tese de Salazar (1858) com tradução de três de seus casos clínicos (Smith, 1858a). Neste mesmo ano, publica *A geografia das doenças nos climas do Peru*, em Edimburgo, que Villar traduz e faz publicar, em Lima, indicando uma intensa colaboração com a medicina limenha (Smith, 1858b).

² Na narrativa histórica tradicional da doença, Smith (1842) é conhecido desde Matto (1886). A Comissão de Harvard (Strong *et al.*, 1915, p. 8) chamou a atenção, corretamente, para o caráter fundador deste texto. A comissão, entretanto, exagera ao tentar tornar mérito da medicina de expressão inglesa a clínica primitiva mais vasta sobre a doença. A simples leitura de Tschudi (1845) torna a abordagem de Smith (1842) incipiente. Deve-se, entretanto, destacar que Smith tomou a si a preocupação com a geografia médica peruana como uma tarefa de largo prazo (Cf. Smith, 1840; Smith, 1855; Smith, 1857; Smith, 1858a; Smith, 1858b).

³ O ensaio começa a ser publicado em 1840 e a parte que trata da verruga aparece em 1842.

⁴ Tschudi escreve o artigo de 1845 com base em 50 casos de verruga, conhecidos pelo autor durante sua estada de quatro anos e meio nos territórios peruanos. Em termos de base quantitativa das observações, este trabalho foi superado apenas por Ciro Peregrino Maguiña Vargas que, na tese de 1993, trabalha sobre a base de 145 casos. A narrativa histórica tradicional e a historiografia crítica da doença de Carrión jamais

publicou o importantíssimo artigo de 1845, *As verrugas*, do qual um resumo parcial apareceu no livro *Peru, notas de viagem dos anos 1838-1842*, publicado no ano seguinte. Na década seguinte, aparecem dois novos trabalhos sobre a verruga, a tese de Nicolas Malo (1852)⁵, defendida no Chile, e a de Tomas Salazar (1858)⁶, defendida no Peru. Cada um destes quatro autores desconhece seus predecessores e, portanto, há quatro descrições clínicas da doença tão independentes quanto inaugurais.

Graças ao acompanhamento de Smith das publicações médicas peruanas, a Europa teve notícia, em 1858⁷, do trabalho de Salazar (1858) e isso atraiu a atenção de August Hirsch para a doença. O professor alemão conheceu os trabalhos de Smith e Tschudi e o breve resumo da tese

tomaram conhecimento deste artigo, restringindo-se a reconhecer apenas algumas das ideias incluídas no livro de 1846, do mesmo autor. Mas o conhecimento do livro não chegou a ser completo, como se percebe pelo trecho lido por Matto (1886), no primeiro aniversário de morte de Carrión. Quando se analisa esta citação, comparando-a ao original, percebe-se que ela é uma tradução da versão inglesa de 1847. A versão inglesa, entretanto, salta frases do original e Matto, por sua vez, saltou frases da versão inglesa. A mesma técnica de resumir, saltando frases, repete-se na versão peruana da obra que apareceu sob o título *Testemunho do Peru*, em 1966 (uma seleção de textos feita por H. Buse com edição em Lima, mas sem declaração da casa editorial). Uma tradução sem cortes foi publicada, no Peru, em 2003, mas o artigo de 1845 continua ignorado.

⁵ Malo fala, sobretudo, a partir do fato de ter tido ele próprio contraído a doença, no Peru, mas oferece também observações parciais de diferentes casos para o esclarecimento de sua exposição. O texto terá uma publicação no Peru, em 1895, em *A Crónica Médica de Lima*. Desconhecido por Avendaño (1885), ele foi citado por Matto (1886).

⁶ Embora citado por Basadre (1873), o texto não o é por Tasset (1872), que não propõe nenhuma referência bibliográfica, nem por Browne (1873), que só conheceu Tasset (1872) e o livro de Tschudi de 1846.

Avendaño e Matto farão com que Salazar ocupe, em toda a tradição posterior, incluindo o modo como a historiografia crítica entende as coisas, uma posição de destaque porque ele é considerado o marco do início do período científico dos estudos da verruga.

No mesmo ano da defesa da tese de Salazar, Smith (1858a) publicou uma resenha, tornando internacionalmente conhecida algumas poucas ideias do trabalho. Smith oferece também a tradução completa de três dos sete casos clínicos da tese, mas entendendo, equivocadamente, que os casos foram descritos por Manuel Odriozola (ou Oriozola, na grafia antiga), que assina a tese, na qualidade de presidente (orientador). Os casos traduzidos por Smith foram os de Diego Casas, Encarnacion Enriques e Manuel Flores, os casos de número 2, 4 e 5 da tese de T. Salazar. Assim, os casos de Salazar serão conhecidos até o presente como se fossem casos de Manuel Odriozola, que jamais publicou uma linha sobre a verruga, mesmo depois da morte de Carrión, embora tenha sido o orientador também de Velez (1861). Na própria Lima, os casos clínicos de Salazar traduzidos por Smith passaram a ser tidos como se da autoria de Odriozola, erro usado por E. Odriozola (1898) para destacar a participação de seu genitor na história da doença que estudou.

Salazar relata ter visto a afecção em 21 enfermos de verrugas, dos quais escolheu apenas sete como casos clínicos descritos na tese. Suas observações são todas estritamente hospitalares e com erupção visível. Nada parece indicar que Salazar tenha tido um conhecimento direto da doença nas regiões onde ela é endêmica. Ele trai o desconhecimento de toda a bibliografia anterior ao afirmar: “Não se encontrando esta enfermidade descrita por nenhum autor, tudo o que se diz acerca dela será o resultado de minhas investigações clínicas.”

⁷ Hirsch acredita na falsa informação de Smith de que os casos clínicos de Salazar são de Manuel Odriozola, o que mostra que Hirsch não teve em mãos a tese de Salazar.

de Salazar (com três dos seus casos clínicos traduzidos por Smith), e considerou que dispunha de suficiente coerência entre as observações para garantir à verruga um lugar em sua nosografia, a primeira inclusão da doença no rol de entidades patológicas autônomas num grande tratado de patologia médica. A verruga aparece no primeiro volume do *Manual de patologia histórico-geográfica*, em 1860, obra que tem apenas dois títulos gerais: doenças infecciosas agudas e doenças constitucionais crônicas. O primeiro grupo inclui, entre outras, a malária, o cólera, os tífis e as tifoïdes, a dengue, as erisipelas, a gripe e outras. No segundo grupo, a verruga aparece ao lado da sífilis, da framboesia, do escorbuto, do reumatismo e do beribéri e outras.

Quatro anos após a publicação do primeiro volume de Hirsch, com a criação dos *Arquivos de Medicina Naval*⁸, o interesse médico francês pelas terras de além-mar passa a ter um canal de expressão. Le Roy de Méricourt⁹ organiza a sessão *Contribuições à Geografia Médica*, que alimenta com relatórios dos médicos a serviço nos navios militares franceses. Já neste primeiro ano de funcionamento dos *Arquivos*, Le Roy de Méricourt faz uma nota de esclarecimento sobre uma alusão de um médico da Estação do Oceano Pacífico à doença de verrugas. Nesta nota, Le Roy de Méricourt traduz quase inteiramente o capítulo de Hirsch (1860) sobre o assunto e acrescenta uma consideração acerbamente crítica:

[...] o estudo das diferentes afecções englobadas sob a denominação *verruga* está inteiramente a fazer. É evidente [...] que o quadro desta doença estranha é formado, injustificadamente, por traços mórbidos emprestados de afecções muito variadas. Podem-se entrever os casos de varíola hemorrágica, de sífilis de diversas formas, de queiloide, de molusco e de lepra, tudo complicado por um estado caquético determinado pelas perdas de sangue, a supuração etc (Le Roy de Méricourt, 1864).

Para finalizar, o diretor de redação dos *Arquivos* convoca os camaradas da marinha “a estudar com cuidado os atingidos de *verruga* que tiverem ocasião de encontrar”. Sem estudar as referências de Hirsch (1860) e sem observar diretamente os doentes, Le Roy de Méricourt aposta que o trabalho de seus confrades “não deixará subsistir nenhuma doença especial, logo que as pesquisas tiverem estabelecido um diagnóstico preciso”¹⁰.

⁸ Nenhum periódico médico estrangeiro deu à verruga peruana atenção maior que os *Arquivos de Medicina Naval*.

⁹ Alfred Le Roy de Méricourt foi o Primeiro diretor de redação dos *Arquivos de Medicina Naval* e professor da Escola de Medicina Naval.

¹⁰ Le Roy de Méricourt não tem outra coisa em mãos do que o texto de Hirsch e umas poucas linhas do médico militar Duplony que, em campanha a bordo de *La Constantine*, recolhe algumas informações gerais, mas sem conseguir ver um só caso da doença.

Le Roy de Méricourt meteu-se a escrever sua nota com base numa síntese de segunda mão. Não conheceu o trabalho de Malo (1852), o médico chileno que sofreu a doença em uma estada no Peru e conclui sua tese sobre ela afirmando que “a verruga é uma enfermidade única e desconhecida em sua essência, de marcha regular e quase sempre fixa e que termina de um mesmo modo”. Sobretudo, o diretor de redação dos *Arquivos* não tinha desculpa para não procurar o trabalho de Tschudi (1845), citado por Hirsch (1860), onde a descrição clínica do ciclo completo do desenvolvimento da doença, com seu carácter *sui generis*, autoriza o médico suíço a concluir, após os quatro anos de estadia nos Andes, que “quase não há afecção com que [a verruga peruana] possa confundir-se”.

O ano de 1871 viu aparecerem, nos mesmos *Arquivos*, duas reações ao ceticismo de Le Roy de Méricourt, o ensaio de Rochard e a tese de Dounon. Jules Rochard (1871) deixa a verruga de fora da sua classificação das endemias (em cinco grupos). Nem mesmo na categoria das doenças de causa desconhecida (o quinto grupo da sua classificação), a verruga tem lugar¹¹. Mas a doença acaba incluída na (sétima e última) categoria das enfermidades “sobre as quais a ciência não se fixou”, ao lado de outras endemias locais: ‘mal dos pintinhos’ do México; ‘bicho’ do Brasil, ‘tara’ da Sibéria, ‘Waren’ da Westfália e ‘senki’ do Japão. Esta lista inclui os “estados patológicos mal definidos e dos quais é impossível se fazer uma ideia suficientemente clara porque os conhecimentos que possuímos a seu respeito são muito incompletos e suas descrições muito obscuras”. De fato, Rochard não dispõe de outra base de conhecimento que os extratos de Hirsch traduzidos por Le Roy de Méricourt. Mas Rochard evita incluir a verruga no grupo das “doenças que não é o caso de manter no quadro nosológico”, o que significa que ele não aposta, como Le Roy de Méricourt, que novos estudos podem reduzir a nada a entidade nosológica de Hirsch.

Segunda reação à provocação de Le Roy de Méricourt, a tese de Dounon, *Estudo sobre a verruga, doença endêmica nos Andes peruanos*, publicada em 1871¹², estava destinada a permanecer a mais importante monografia sobre o assunto e a mais sistemática defesa da autonomia nosológica da verruga peruana da era estritamente clínica dos seus estudos. Dounon não conheceu o trabalho de Malo, mas Smith (1842), Tschudi (1845) e Salazar (1858) são pontos

¹¹ As seis categorias são as seguintes: a) miasmáticas; b) produzidas por vícios alimentícios; c) parasitárias; e) virulentas; f) e de causa desconhecida. Na última classe, o autor inclui a lepra, elefantíase dos árabes, botão de Alep e as úlceras fagedênicas dos países quentes.

¹² Médico da marinha francesa, Paul-Louis-Victor Dounon que, a serviço da fragata *Astrée*, na Estação do Pacífico, passa três meses no Peru para reunir materiais para a tese de doutorado.

de partida que toma seriamente, neste primeiro trabalho que não pretende começar tudo da estaca inicial, como ocorrera até então.

2.2 As convergências: a erupção e as dores reumatóides

a) A erupção característica, o nome e a autonomia nosológica da doença

Smith, Tschudi, Malo, Salazar e Dounon utilizaram o nome verrugas para designar a doença tal como o fazem as comunidades afetadas. Smith escreve em inglês, mas mantém a palavra ‘verrugas’, da língua espanhola, para nomear a doença¹³. O mesmo faz Tschudi, que escreve em alemão, e Dounon, em francês¹⁴. Exótica pela descrição que apresentam, a manutenção do nome responde pela inexistência de palavra inglesa, alemã ou francesa que ofereça uma representação adequada ou aproximada do exantema típico da doença, sem similar na Europa. Malo, que escreve em espanhol para leitores chilenos, também preserva a forma de denominação das comunidades atingidas, mas está obrigado a enfatizar a diferença entre a doença que conheceu no Peru e a verruga comum que a palavra espanhola designa¹⁵. Salazar, que escreve para peruanos, tem o problema da sobreposição, na mesma palavra, do uso nacional e do uso espanofônico e propõe um nome médico, *verruca andicola*. A inovação, entretanto, nunca chegou a ser usual¹⁶.

¹³ Smith (1858a, p. 280-1), na resenha da tese de Salazar, também enfatiza a diferença da verruga do Peru em relação à verruga comum (‘wart’): “em pessoas de origem europeia [...] as verrugas nunca eram incolores como a água, mas de aparência avermelhada, em cima, [...] e nunca tão pálidas nem ásperas como verrugas comuns europeias”.

¹⁴ Esta havia sido também a opção de Hirsch, Le Roy de Méricourt e Rochard. Sobre o nome da doença, Dounon considera que é preciso distingui-la da verruga comum, mas prefere conservar “seu nome indígena, por causa de sua simplicidade” (Dounon, 1871, p. 47-8). Assim, fala simplesmente em ‘verruca’, utilizando a palavra espanhola e não a francesa ‘verrue’ em toda a tese, enquanto utiliza a expressão ‘verrue ordinaire’ para falar da “forma consistente, fibroide, indolente, frequentemente eriçada de pequenas protuberâncias”.

¹⁵ “Dá-se ordinariamente o nome de verruga a uma excrescência epidérmica, que se apresenta em particular na pele das mãos e pés: não é desta que me proponho tratar, mas sim de una enfermidade especial” (Malo, 1852).

¹⁶ Salazar refere-se ao nome “verruca de sangue”. Tschudi conheceu esta expressão, que traduz por ‘Blutwarze’. A especificação auxilia a diferenciar a doença da verruga comum.

Assim, o ponto de partida da descrição da doença adere à exclusividade designativa a aparência *sui generis* do tumor cutâneo, que Smith (1842) caracteriza como “erupção de excrescência verrucosa livre e delicada, muito frágil e fácil de sangrar quando bruscamente tocada”. Malo as descreve como pápulas ou bolsas sanguíneas.

Em última análise, a autonomia nosológica se funda sobre esta exclusividade visível do exantema já que o diagnóstico diferencial, segundo Tschudi (1845), “é assegurado somente pela aparição dos botões característicos”.

Dounon confirma as observações dos seus predecessores, dizendo que “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais”¹⁷ e, com base nisto, se considera “assegurado da existência desta afecção como espécie mórbida particular” contra as dúvidas de Le Roy de Méricourt¹⁸.

A individualização clínica da doença é simultânea com o reconhecimento unânime dos estreitos limites em que ela existe, já que ela só pode ser adquirida em certas localidades do Peru. As verrugas não podem ser contraídas nem transmitidas naturalmente abaixo ou acima de certa faixa de altitude, limitada por medidas de latitude e longitude. Dessa forma, a doença não pode ser adquirida na costa, que está abaixo desta faixa, nem nos cumes das Cordilheiras, que está acima dela. Não pode ser adquirida em toda a extensão da Cordilheira Andina, nem do seu lado oriental. A verruga peruana está condenada aos vales andinos ocidentais, conhecidos como *quebradas*. Assim mesmo, nem todos os vales dão lugar ao seu aparecimento. Sobre isso, Dounon corroborou a observação de Tschudi de que é suficiente não entrar na zona endêmica da doença, restando um povoado antes dela, distante poucos quilômetros, para não ser atingido.

Isso leva os autores a considerar os casos que aparecem em Lima como importados e ver a doença como não contagiosa. Smith relata dois casos de estrangeiros que foram afetados pela verruga peruana, mas que não contaminaram suas esposas apesar da ausência de precauções e, por não ter notícias de uma extensão de uma família à outra, sugere que a verruga não seja contagiante. Malo (1852) é enfático: “Não se observou nunca um caso de contágio”. Dounon observou que, “nos hospitais de Lima, os doentes são colocados em enfermarias comuns; têm relações diretas com os outros enfermos, enfermeiros e irmãs de caridade” sem que o contágio seja jamais observado, apesar de condições tão favoráveis¹⁹.

Mas, este que é o signo distintivo e suporte da autonomia, é um momento da doença. Daí a formulação de Malo, segundo a qual a ‘fase’ eruptiva constitui “o estado patognomônico e

¹⁷ Dounon, 1871, p. 13.

¹⁸ Dounon, 1871, p. 2.

¹⁹ Dounon, 1871, p. 13.

característico das verrugas”. Nenhum dos autores acredita que a afecção se restrinja ao tumor. Por isso, Malo e Smith (1858a) esforçam-se para distingui-la da verruga comum e Salazar, dos tubérculos²⁰, nome com que a patologia designa endureções profundas, ordinariamente arredondadas, de tecidos degenerados ou neoformados, de causa vaga discutida²¹. Mas o que aparta a verruga peruana das doenças estritamente cutâneas não é apenas a forma da erupção, são os sintomas que a acompanham e que evidenciam um comprometimento de toda a economia.

b) As dores musculares e ósseas

Todos os autores observaram dores musculares e ósseas como sintomas de caráter geral, que antecedem a erupção. Smith observou que “fortes dores no corpo, mais especialmente nos membros” são sintomas precursores da erupção e a ela vinculados, pois a aliviam. Malo, em uma observação mais fina, considera que as dores musculares e ósseas são vagas e erráticas, mas que progressivamente se fixam nos lugares onde surgirão as erupções e que estas, uma vez surgidas, roubam para si as dores prévias²². Tschudi descreve “câimbras nos braços e panturrilhas, dores intermitentes e frequentemente muito fortes nos ossos, principalmente nas grandes articulações e nas pernas, com um sentimento de distensão dos ossos”, que, “depois de alguns dias, diminuem de intensidade e, então, aparecem as endureções sob a pele”, que darão origem à erupção cutânea. Salazar, que observou “dores terebrantes que, em alguns enfermos, se fixam nas articulações e, em outros, invadem todos os membros”, mas, diferentemente dos outros três, não estabelece o caráter crítico da erupção.

À primeira vista, a diferença entre Salazar e os demais autores não passa de um detalhe sem importância. Esta diferença, entretanto, é apenas a primeira que será seguida por outras que incidem sobre a relação entre os sintomas gerais e os localizados e que determinará um conceito

²⁰ Salazar (1858) afirma: “Dediquei-me a observar esta singular enfermidade, que, verdadeiramente, à primeira vista, parece pertencer à classe dos tubérculos os dermatologistas, alheia-se bastante deles”. Para ele, a verruga andina “se distancia [...] de todas as enfermidades cutâneas por sua presença nos órgãos mais profundos”.

²¹ Nysten *et al.*, 1855, p. 1282-4.

²² Para Malo, é também no segundo período que “Se notam dores vagas nos membros, acompanhadas de entorpecimento para executar movimentos voluntários; vagam por todos os membros, fixando-se dois ou três dias em cada lugar de eleição; ao princípio são musculares simplesmente e, depois, produzem-se nos ossos e especialmente nas superfícies articulares; são constantes de dia e de noite, aumentam com o frio, e não produzem nem inchaço nem reação sanguínea; algumas vezes se fixam com maior força nos músculos e, talvez, em suas aponeuroses e tendões, e causam contrações dolorosas e permanentes [...]. Quando aparece esta segunda ordem de sintomas e elas chegam ao mais alto grau de desenvolvimento, vê-se diminuir os do período anterior [...]”.

diverso da doença. Salazar, como os outros autores, pensa que a doença afeta toda a economia, mas ele não vê relações recíprocas entre os sintomas e, por isso, não procura acompanhar sua lógica.

Nenhum dos observadores considera possível estabelecer um período mais ou menos fixo para que as dores ósseas e musculares dêem lugar à erupção. Elas podem durar dias, semanas ou meses, antes do exantema. Logo, a observação de que a erupção alivia as dores precedentes é único fator vinculante entre as duas categorias de sintomas, as erupções de caráter local e as algias de caráter geral.

Enquanto Salazar se detém porque não estabelece a condição crítica das algias, Tschudi empenha-se para estabelecer um diagnóstico seguro da doença na fase pré-eruptiva, mas ele oscila entre duas posições. Primeiro, afirma que as algias são “um sintoma patognomônico, pois falta em apenas um caso sobre vinte”. Logo depois, entretanto, recua e diz que “a dor no pescoço, nos ossos e as câimbras podem já fazer suspeitar a doença antes da erupção, mas não são suficientes para fundar um diagnóstico certo”. Para Malo, o sintoma das dores vagas e nômades revela um tanto a enfermidade e ele observou que as algias aliviam sintomas gerais anteriores de instalação da doença.

2.3 As incongruências: a febre e o prognóstico

a) A febre e os sintomas gerais da doença

Como Salazar não observa a relação crítica entre dores e erupção, que levou os outros autores a vincular os dois fenômenos, a pertença das algias gerais à verruga fica fragilizada na doutrina do médico limenho, mas isso não é tudo. A partir deste ponto, a distância entre Salazar e os demais autores aprofunda-se. Ele não admite atribuir mais nenhum sintoma à verruga. Enquanto isso, para Smith, a doença “é introduzida por mais ou menos pirexia” e Tschudi considera que distúrbios de temperatura acompanham todo o desenvolvimento dela. Salazar, ao

contrário, define a doença como apirética²³. Para Tschudi e Malo, há sintomas de invasão, anteriores às algias e com elas relacionados, especialmente o sintoma da forte perda de forças físicas do paciente enquanto, para Salazar, a fase anterior às algias é assintomática. Assim, a concepção da doença de Salazar se destaca da dos outros por apresentar-se quase que exclusivamente centrada na erupção.

No extremo oposto do conceito da doença de Salazar, Tschudi afirma que “a febre existe sempre, mesmo se é medíocre e com exacerbações pouco pronunciadas”²⁴. Na concepção de Tschudi, a relação da febre com a erupção é um fenômeno essencial da doença, porque a alteração térmica é pensada como signo da reação orgânica à causa patológica que, posteriormente, origina a erupção. Ademais, sincronizada com o desenvolvimento da doença, a reação “é sempre mais favorável quando a febre é moderada e, sobretudo, quando ela diminui após a aparição da erupção”. É por isso que a febre é, para Tschudi, o principal signo orientador do prognóstico, a cada fase da doença.

Malo tem uma posição intermediária entre Tschudi e Salazar. Como o médico peruano, exclui a febre dentre os sintomas próprios da verruga. Como o médico suíço, Malo observou sintomas prévios às dores musculares e ósseas, que atingem a economia em seu conjunto: “Abatimento geral, languidez, dificuldade para os movimentos, morosidade para todos os atos da vida, enfraquecimento geral, perda do apetite, desgosto pelos alimentos e bebidas, insônia...”. Malo considera que o quadro de abatimento geral tem relações sincrônicas com os demais sintomas. O abatimento remite quando as dores musculares e ósseas advêm de maneira incisiva; noutra possibilidade, uma continuidade do quadro pronunciado de perda das forças, simultâneo com dores musculares e ósseas agravadas, adia o aparecimento da erupção em até mais de um ano.

Tschudi também faz referência ao sintoma do abatimento, situando-o entre as primeiras manifestações da doença. Também observa que a doença produz o sintoma do pulso pequeno e duro, que se agrava com o aumento do transtorno de temperatura ou das dores ósseas. Relata que as forças do doente diminuem ainda mais se a febre toma um caráter tórpido e, no tópico sobre o tratamento, recomenda medicação especial para o caso de o paciente progredir para a fraqueza

²³ Reza a tese de Salazar (1858): “Diremos, pois que é endêmica do lado ocidental dos Andes, apirética, caracterizada por quatro períodos, um de invasão, no que se notam dores terebrantes nos membros e articulações; outro de erupção, no que aparecem uns grãosinhos cristalinos...”.

²⁴ No tópico “Reação” do artigo de 1845, Tschudi diz que “A febre continua durante todos os períodos, apesar de que, ordinariamente, ela seja pouco intensa; ela se caracteriza por exacerbações regulares”.

extrema. Ademais, para Tschudi, o enfraquecimento pode levar à morte no quadro de uma febre hética, como se mostrará abaixo.

Salazar, ao contrário de Tschudi e de Malo, não considera que o abatimento seja um sintoma da doença porque pensa que a debilitação é resultante de doenças precedentes, tanto quanto a febre.

Assim, os autores posicionaram-se de maneira menos confluyente em relação à febre do que em relação às algias. O acordo foi ainda menor quanto ao sintoma do enfraquecimento geral. Sobre a febre, Tschudi é o único a observar que, por sobre a individualidade dos casos, há relações constantes de coordenação entre a febre e as dores ósseas; a febre e a erupção; a febre e o enfraquecimento geral do doente; e a febre e as alterações do pulso, mas também o único a pensar a febre como reação orgânica.

Hirsch (1860) elaborou sua síntese sem ter sido observador direto do fenômeno patológico nem ter tido em mãos as teses de Malo e Salazar. Porém, os textos de Smith, de Tschudi e os três casos clínicos de Salazar, traduzidos por Smith, pareceram-lhe suficientemente concordantes e coerentes para dar crédito à autonomia nosológica da doença, que ele aceita como uma doença generalizada, febril e exantemática.

Dounon que, na década seguinte, toma conhecimento da discrepância entre Tschudi e Salazar – o único a fazê-lo em toda história do conhecimento da doença – e posiciona-se para intervir no debate. Em primeiro lugar, não há dúvida de que o médico naval francês entendeu que a verruga produz febre pela natureza mesma da doença. Mais que isso, ele referenda todo o quadro dos sintomas prévios à erupção, observado por Malo e Tschudi, ao considerar como sintomas prodrômicos: fraqueza, anorexia, agitação, insônia, cefalalgia, vertigens etc. Além disso, acompanhando Smith e, sobretudo, Tschudi, observa “um ligeiro movimento febril, com redobramento à noite”, desde o começo da instalação da doença. Também observou “as dores premonitórias da erupção” e, como Tschudi e Malo, considera que “não faltam quase nunca”, apesar da diversidade de intensidade, dores profundas nos ossos, articulações e membros; câimbras e formigamentos dolorosos e tremores convulsivos. Como Smith, Tschudi e Malo, Dounon observou que a erupção é um fenômeno crítico para os sintomas precedentes: se a afluência exantemática é “franca, as dores ósseas se atenuam; o trabalho mórbido, transferindo-se para a pele, conduz uma derivação muito útil que libera o sistema ósseo”. Como Tschudi, Dounon (1871, p. 22) observa a sincronia entre o fenômeno febril e os demais sintomas: “A circulação não é influenciada nos casos benignos, mas se a erupção é confluyente, o começo é

marcado por um movimento febril que raramente atinge grandes proporções e que acaba, em geral, se a doença tende para a cura”.

A contribuição de Dounon, entretanto, é maior que arbitrar a oposição entre a verruga febril e a verruga apirética. A tese do médico naval francês oferece elementos para compreender as razões em jogo.

Salazar, a despeito de ter definido a verruga como apirética, foi o primeiro autor a observar a incidência da febre intermitente em doentes de verrugas. Ela ocorre no terceiro, no sexto e no sétimo dos seus sete casos clínicos²⁵. Smith descreve a verruga e as febres terças e biliosas dos vales intermediários do Peru, mas cada doença é tratada de maneira estanque, sem relação com as demais. Malo procura o diagnóstico diferencial da verruga em relação às febres, mas nada diz sobre febres palúdicas ou intermitentes. Tschudi também não abordou o problema da relação entre a febre da verruga e o paludismo. Dounon homologa a observação inédita de Salazar a ponto de adotar, como seu quarto caso clínico, o sexto caso da tese de Salazar²⁶. Trata-se do caso fatal de um doente atacado da erupção visível da verruga e, simultaneamente, de febre intermitente, com grave alteração do pulso e forte enfraquecimento geral. Para além da mera observação, que já havia sido feita por Salazar, Dounon empreendeu a tarefa que o médico peruano declinou: elaborar teoricamente a relação da febre intermitente com a verruga.

Em primeiro lugar, Dounon estabelece a febre intermitente como complicação palúdica da verruga. Ele esclarece que “a febre dos pântanos tem, nas alturas, exatamente os mesmos limites que a verruga”. Ademais, ambas, a febre palúdica e a verruga, atacam preponderantemente após o fim do período chuvoso. Essas condições permitem uma primeira conclusão de Dounon: “a febre intermitente vem frequentemente complicar a verruga e agravar o prognóstico da doença”. Mas Dounon vai além e observa que caquexia palúdica também complica a verruga. O resultado é que “a anemia, da qual o paciente está atacado, lhe permite resistir muito menos aos desperdícios que ele terá de suportar” com a verruga. Em decorrência da anemia palúdica, “o marasmo chega mais rapidamente que nos casos simples”²⁷.

²⁵ O caso 3, Pablo Flores, “padeceu de febres intermitentes”, pelo que foi tratado com um regime antiperiódico. A erupção de verrugas apareceu. O caso de n. 6, Aniceto de la Cruz: o paciente “queixou-se de febres intermitentes, pelo que se lhe administrou o sulfato de quinina; reconheceu-se o infarto do baço”. O caso n. 7, de Manuel Giraldo, “se queixou de febres intermitentes pelo que se lhe prescreveu o sulfato de quinina; ademais tinha infarto do baço e hidropisia do ventre”. O caso 3, “padeceu de febres intermitentes” e, tratado com um regime antiperiódico, permitiu o reconhecimento da erupção de verrugas, no 20º dia de internamento.

²⁶ O caso de Aniceto de la Cruz.

²⁷ Dounon, 1871, p. 11-2.

Ao declarar que a febre e a caquexia dos pântanos complicam a verruga, Dounon permite que se veja o problema: se a verruga e o paludismo se complicam, eles também se assemelham de duas maneiras. Primeiramente, Dounon caracteriza a febre da verruga como “um ligeiro movimento febril, com redobramento à noite”. Portanto, a febre da verruga apresenta-se intermitente. Depois, Dounon também observou, como o fizeram Tschudi e Malo, o enfraquecimento do período pré-eruptivo da verruga, um sintoma dificilmente distinguível da caquexia palúdica.

Dounon, entretanto, não chega a propor o diagnóstico diferencial entre a verruga e o paludismo²⁸ e encaminha a discussão para outro plano. Faz notar que as duas doenças dependem, para começar a produzir os sintomas iniciais, de um período de incubação; concebe a verruga como não contagiosa, embora não explicita que esta é outra analogia com o paludismo. Em nome das semelhanças clínicas e da coincidência na geografia médica, Dounon estabelece a analogia etiológica: “A verruga, diz ele, sobrevém tão frequentemente ao mesmo tempo em que a febre intermitente e a caquexia palúdica, que não é irracional supor que, se desenvolvendo em condições idênticas, elas tenham causas análogas”. Ao não se confrontar com o problema do diagnóstico diferencial entre os sintomas coincidentes da fase pré-eruptiva da verruga e os do paludismo, Dounon deixa na sombra uma questão decisiva. Se sintomas semelhantes existem nas duas doenças e elas podem atacar simultaneamente, na mesma região peruana, é possível que estes sintomas não sejam jamais da verruga, mas resultado de uma complicação constante desta doença por febre palúdica²⁹.

Compreende-se, agora, que a verruga de Salazar seja apirética para excluir os sintomas duvidosos por sua ambiguidade, o enfraquecimento e a febre, que podem sugerir um ecletismo arbitrário entre a verruga e o paludismo. Salazar adota a estratégia defensiva e apega-se à erupção que, por sua diferença, garante a autonomia nosológica do mal.

Se Tschudi e Dounon postularam a verruga febril, apesar da dificuldade do diagnóstico diferencial da fase febril pré-eruptiva, eles o fazem porque esta parece ser a posição mais coerente com a concepção da verruga como afecção essencialmente generalizada³⁰. Do ponto de

²⁸ No capítulo do diagnóstico diferencial da tese sobre a verruga, Dounon (1871, p. 47 e seguintes), não trata da questão da diferenciação clínica com o paludismo.

²⁹ Dounon, 1871, p. 11-2.

³⁰ “A verruga, afecção essencialmente generalizada, é devida, nós acreditamos, à infecção da economia por um miasma muito análogo aquele que determina a febre palúdica” (Dounon, 1871, p. 11). Frase que foi destacada por Rey (1886), para indicar que Avendaño se esquecera de indicar a importante participação do médico francês em sua história do conhecimento médico da verruga. Rey (1886) retomara este texto para destacar, contra Avendaño, que a medicina francesa conheceu o caráter febril da doença antes da febre de Oroya e do experimento de Carrión.

vista de Tschudi, isso não poderia ser concebido sem uma reação do organismo, cuja febre é o principal signo. Do ponto de vista de Dounon, erigir uma concepção geral da verruga peruana ampara-se no trabalho de analogia com patologias conhecidas.

Dounon faz a verruga equilibrar-se sobre analogias em duas direções. Já se apresentou a analogia da verruga com o paludismo, mas a segunda é com a piã³¹. A primeira vista, Dounon escolheu privilegiar a segunda analogia porque o novo nome que dá à verruga peruana é ‘piã hemorrágica’ (*pian hémorrhagique*). Com este novo nome, a verruga é alocada numa família nosográfica inventada na tese de 1871, ao lado de “formas quase idênticas, encontradas em outras regiões tropicais”: *yaws* da África, boubas do Brasil, *gallao* da Guiné, framboesia das Antilhas e Guiana e o botão de Amboina.

Analogia, entretanto, não é identificação. Dounon não identificou a verruga à piã. Para o médico naval francês, no interior da família da piã, a verruga preserva a autonomia relativa de uma forma bastante distinta, porque é uma doença mais aguda e a erupção da verruga, mais vascularizada, dá lugar a hemorragias inexistentes na piã.

É bem verdade que, ao dar prioridade à analogia com a piã, Dounon (1871, p. 13) levou em conta, sobretudo, o exantema já que considera análogos a forma, a localização e volume das erupções da verruga e da piã. O peso decisivo é dado a uma analogia que privilegia a erupção coerentemente com a definição da doença já apresentada: “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais”. Esta definição não impediu que, ao tratar da analogia etiológica com o paludismo uma definição diversa da doença fosse concebida, na mesma tese de doutoramento: “A verruga, afecção essencialmente generalizada, é devida, nós o cremos, à infecção da economia por um miasma muito análogo àquele que determina a febre palúdica”³². Assim, na analogia com o paludismo, destaca-se o caráter generalizado da infecção, que põe em evidência a febre e o enfraquecimento. Na analogia com a piã, destaca-se o caráter eruptivo da doença.

Mas a tese de Dounon não se divide em duas visões opostas e inconciliáveis da verruga. Há algo, na analogia da verruga com a piã, que se coloca a meio caminho da analogia entre a verruga e o paludismo. Para além da analogia permitida por serem ambas exantemáticas, a verruga e a piã têm sintomas prodrômicos análogos: inapetência, agitação, dores, calafrios e o

³¹ Dounon usa o termo ‘pian’, como a doença é mais conhecida em francês. “Afecção dos climas tropicais, que se há diversamente nomeado, conforme os países onde se a observava; na qual convém englobar diversas formas quase idênticas, descritas sob os nomes de ‘pian’, ‘yaws’ da África, de framboesia, de bouba do Brasil, de ‘gallao’ da Guiné, de botão de Amboina” (Dounon, 1871, p. 48).

³² Dounon, 1871, p. 11.

calor febril³³. Em ambas os sintomas gerais diminuem após a erupção. Em ambas, o desenvolvimento é mais lento e difícil nos casos anêmicos, nos quais há prognóstico fatal, num quadro de marasmo. Entretanto, Dounon põe em evidência a diferença essencial: o processo eruptivo da verruga começa de maneira normalmente generalizada, enquanto a piã começa por uma só lesão localizada, a piã mãe (*mama-pian*), a partir da qual a doença se espalha³⁴.

Dessa forma, a concepção da verruga, em Dounon, equilibra-se sobre as duas analogias diversas: a verruga aparece entre o paludismo e a piã. Ao escolher o nome piã hemorrágica para a verruga, Dounon privilegia o elemento eruptivo da doença, mas isso não significa minimizar seu caráter essencialmente generalizado, que está presente tanto na analogia com a piã quanto com o paludismo.

Assim, Tschudi e Dounon decidem em favor da verruga febril. Em Tschudi, a febre é sintoma necessário da reação orgânica. Em Dounon, a febre é sintoma necessário em toda analogia possível da verruga com as doenças que se lhe assemelham.

Embora os manuscritos de Carrión não indiquem conhecimento da literatura do período do nascimento da clínica da verruga além da tese de Salazar (1858), neles não há guarida à verruga apirética³⁵. Nas *Notas do experimento*, Carrión não se mostra surpreso com o aparecimento da febre do 23º dia após a inoculação, ao contrário, diz aos colegas que todos os sintomas iniciais resultantes da inoculação perfazem aquilo que era esperado. Nos *Apontamentos*, a verruga é definida como uma pirexia anemiante que, além de outros sintomas, produz a erupção³⁶.

Após o experimento de Carrión, aparecem os supostos conhecedores do caráter febril da verruga. O artigo de La Puente e o laudo da autópsia consideram que Carrión faleceu em função da febre de verrugas. Villar (1885), em sua defesa no inquérito, diz que temia, entre as consequências da inoculação, o cortejo de dores prévias e da febre que preludia a erupção. Mas nenhuma publicação médica liminha anterior ao experimento de Carrión autoriza uma concepção da verruga peruana como doença febril.

³³ Dounon, 1871, p. 48-52.

³⁴ Smith (1842) havia sugerido que a verruga “parece ser uma variedade indígena de ‘yaws’”. Quanto ao texto de Smith, Dounon o tem entre suas referências bibliográficas, mas não faz referência ao antecessor, quando aproxima a verruga e ‘pian’.

³⁵ Primeiro a reconhecer o conceito de verruga apirética de Salazar, Odriozola (1898, p. 26), evade-se do problema histórico da relação entre verruga apirética e febre de Oroya e da importância da denegação deste conceito de Salazar (1858) nos *Apontamentos* de Carrión, o mesmo ocorrendo na revisão historiográfica de Arce (1918, p. 26). Mais tarde, Aldana G. (1849, p. 47) empenha-se em desculpar a verruga apirética de Salazar (1858), sem compreender o papel que este conceito jogou na história da doença, nas décadas de 1870 e 1880.

³⁶ Medina *et al.*, 1886, p. 13.

Nos *Apontamentos*, Carrión avança da verruga febril para o problema da relação entre a verruga e o paludismo, como fizera Dounon. Nada indica, nos manuscritos, que Carrión tenha lido a tese do médico naval francês, mas ambos consideram que as zonas de verruga são também de paludismo, doenças que podem atacar isolada ou simultaneamente o habitante ou o transeunte das regiões endêmicas. Como Dounon, Carrión observou que a febre pré-eruptiva da verruga pode adquirir o tipo intermitente. Mas, Carrión, diferentemente de Dounon, não se evade do problema do diagnóstico diferencial. Diz que médicos experimentados tomam por ataque de paludismo o que não é senão o período de instalação da verruga e propõe que o diagnóstico diferencial da verruga em relação ao paludismo pode ser dado, após certificada a proveniência do paciente, pela febre que se faz acompanhar por câimbras³⁷.

b) Verruga, doença benigna ou fatal?

Por conceber a febre como reação orgânica, Tschudi faz dela o principal índice do prognóstico. Se a febre é moderada e diminui após a erupção, o prognóstico é bom. Se a “febre se prolonga durante o período da florescência da verruga”, o quadro é menos favorável. Esta concepção da febre como índice do prognóstico decorre da compreensão de que ela é uma reação orgânica.

Sempre considerando a febre em relação ao conjunto dos demais fenômenos, Tschudi postula, no tópico ‘Prognóstico’, um quadro sintomático fatal, antes do aparecimento do signo patognomônico inequívoco: a morte chega, ordinariamente, quando as câimbras e dores ósseas já estão instaladas, “quando a erupção não aparece, seja por causas externas ou por falta de reação; neste caso, a febre é tórpida e sobrevêm todos os sintomas de uma paralisia do cérebro que termina rapidamente por conduzir à morte”. No tópico ‘Reação’, Tschudi insiste no tema e mostra como sua observação articula o conjunto de sintomas e destaca a sincronia da reação febril, como fator de prognóstico, inclusive do fatal.

a febre é mais forte e o pulso mais tenso, quando há dores ósseas; a febre toma o caráter tórpido [...]; a erupção tarda a aparecer; as forças do doente diminuem, a pele torna-se pergaminhada, embora sem elasticidade; o peso da cabeça e as vertigens aumentam; as câimbras nas

³⁷ Cf. Medina *et. al.*, 1886, p. 21-22. No terceiro capítulo, mostrar-se-á que cabe a Browne (1873) a precedência da concepção deste diagnóstico diferencial. Carrión, entretanto, não conheceu Browne e isso revela a acuidade da observação clínica do estudante de medicina.

extremidades tornam-se mais frequentes e mais longas; há mussitações que persistem até a morte³⁸.

Esta febre que toma o caráter tórpido no período pré-eruptivo também pode aparecer em períodos mais avançados da doença: “A febre com o caráter tórpido nos jovens e fortes é má e ainda mais má, nos velhos, sobretudo, quando ela se prolonga durante o período de florescência [da verruga], como no começo da doença”.

Dessa forma, o prognóstico fatal pode surgir antes ou durante a erupção, sob uma condição que Tschudi prefere nomear ‘febre tórpida’, que paralisa o cérebro e produz mussitações³⁹.

Os sintomas da febre tórpida de Tschudi fazem parte daqueles que a medicina do século XIX conhecia como nervosos e encontravam-se associados ao tifo. Em obra que se torna referência fundamental, na literatura sobre o tema, faz notar que “toda febre nervosa encontrou-se compreendida dentro da consideração geral de tifo” e que “a palavra ‘tifo’ foi impropriamente empregada para designar um gênero, em prejuízo da ciência do diagnóstico e da terapêutica”⁴⁰. Daí seu esforço para distinguir, dentre as condições patológicas chamadas ‘tifo’, uma identidade nosográfica mais precisas, o tifo contagioso, para o que ele procura atrelar o sentido grego da palavra ao sintoma central da doença, o estupor⁴¹.

No estado de estupor do tifo contagioso de Hildenbrand, os doentes parecem sonhar sem estar dormindo, como num sonambulismo, de que não se recordam posteriormente. Os doentes gesticulam incessantemente, deliram, têm angústias terríveis, a memória diminui. Desejo e vontade entram em estado de inércia e o paciente se torna indiferente a tudo, imóvel e sem capacidade de sentir dor. O paciente só se ocupa do presente. O passado e o futuro desaparecem, bem como a capacidade de ligá-los. A este estado clínico que Hildenbrand considera imediatamente reconhecível, somam-se outros sintomas ditos nervosos: além da febre e da

³⁸ Para Tschudi, neste quadro de ‘febre tórpida’, acompanhada de dores ósseas e câimbras, de forte abatimento geral, anorexia e vertigens, “frequentemente a erupção não se manifesta enquanto os sintomas nervosos se desenvolvem rapidamente”.

³⁹ Nysten (1833, p. 624, cf. o verbete ‘mussitation’) explica que este “murmurar entre os dentes, movimento de lábios como se o doente falasse em voz baixa, é observado particularmente nas doenças de sintomas cerebrais”.

Debay (1846), que distingue a febre tifoide do tifo (ou peste da Europa), destaca a mussitação entre os movimentos involuntários, ao lado do sobressalto de tendões, como sintomas do segundo período, iniciado no oitavo dia da febre tifoide.

⁴⁰ Hildenbrand, 1811, p. 8.10. Utiliza-se, no presente trabalho, a tradução francesa da obra de Hildenbrand, datada de 1811, feita a partir da primeira edição alemã de *Sobre o tifo contagioso (Über den ansteckenden Typhus*, Viena: 1810).

⁴¹ Hildenbrand, 1811, p. 1.

alteração do pulso, “a lesão da sensibilidade e a irritabilidade muscular, os tremores, os sobressaltos de tendões, as convulsões, as câimbras, os espasmos, etc”⁴².

Não é este o quadro clínico que Tschudi descreve, mas a associação com o tifo sempre aparece, na medicina, quando há sintomas nervosos. A esta altura do século, neste setor da medicina, a discussão mais importante é a questão da relação entre o tifo de Hildenbrand e a febre tifoide. Embora a literatura esteja propensa a aceitar a identidade patológica de Hildenbrand e manejar com ela, mesmo quando se trata de contestar sua autonomia, os debates sobre a relação entre o tifo e a febre tifoide mostram a dificuldade para a distinção clínica entre os dois estados patológicos muito semelhantes⁴³. Mesmo que, na febre tifoide, prevaleçam os sintomas gástricos, os chamados sintomas nervosos aproximam-na muito do tifo, para não dizer que identificam as duas afecções, o que, aliás, está relacionado com a similitude de suas designações⁴⁴. É por causa das dificuldades de ordem clínica que, na linhagem preponderante, a que prefere distinguir as entidades⁴⁵, o argumento preponderante é de ordem anatomopatológica: a lesão das placas de Peyer seria o signo distintivo da febre tifoide⁴⁶.

Ao utilizar a expressão ‘febre tórpida’ para referir-se a um estado clínico de prognóstico grave da verruga peruana, com seus sintomas nervosos, Tschudi evita usar uma expressão que pudesse indicar um comprometimento da autonomia nosológica da verruga, tal como ele está a propor de uma maneira mais vigorosa do que fez Smith (1842). Ao escolher este caminho, Tschudi revela que sua posição é a de que o quadro clínico febril tórpido pertence à doença de verrugas e não a uma doença intercorrente, seja a febre tifoide, seja o tifo, ou mesmo a febre amarela, conhecida como tifo ocidental⁴⁷.

⁴² Hildenbrand, 1811, p. 61.75-5.

⁴³ Os vencedores concurso da Academia Real de Medicina sobre a questão “Fazer conhecer as analogias e as diferenças que existem entre o tifo e a febre tifoide no estado atual da ciência” propuseram identificar nosograficamente as duas entidades (ver Gautier de Claubry, 1838; e Montault, 1838).

Flint (1854, p. 5-6) apresenta um relatório de análise de casos em que se evidenciam as flutuações do tifo e da febre tifoide e os fenômenos que os identificam. De um total de 164 casos, 65 casos foram considerados de tifo, 73 de febre tifoide e os restantes 26 casos tiveram de ser catalogados como duvidosos.

⁴⁴ Debay (1846, p. 11) explica que “a febre tifoide é esta doença que se chamava outrora de *febre pestilenta, febre pútrida, maligna, adinâmica*, etc.; o nome de tifoide lhe foi dado por causa da analogia de seus sintomas com aquelas do tifo ou *peste da Europa*, doença essencialmente contagiosa e que se desenvolve nos hospitais e lugares lotados de homens”.

⁴⁵ Trousseau (1826), Littré (1835), Boudin (1842, p. 166-8), Debay (1846), Beaugrand *et al.* (1849), Flint (1854), Perrin (1854), Netter (1856), Castan (1864), Trousseau (1868).

⁴⁶ Dos autores da lista acima, apenas Flint (1854, p. 46), mesmo aceitando a separação nosológica entre febre tifoide e tifo, considera que as placas de Peyer não sirvam para diferenciar as duas doenças.

⁴⁷ Hildenbrand, 1811, p. 18.

Mas a febre tórpida não é a forma de terminação fatal da doença de verrugas, no trabalho de Tschudi (1845). Também durante a florescência, hemorragias muito abundantes podem conduzir à febre héctica e esta, à morte⁴⁸. Além disso, durante o decrescimento da erupção, um novo agravamento febril, novamente de natureza héctica, vincula, uma vez mais, o pior dos prognósticos.

Assim como a febre tórpida, a febre héctica de Tschudi também não pode ser uma complicação, mesmo que ele conceda que “a terminação por outras doenças seja o mais comum”. No tópico específico intitulado ‘Complicação’, a bem da verdade pouco desenvolvido, Tschudi só trata da complicação sífilítica da verruga. Se a febre héctica não é enumerada entre as complicações, também não é como complicação que ela aparece na medicina, em meados do século XIX. A febre héctica é concebida como sintomática⁴⁹. Independentemente de sua causa e dos órgãos que afeta, ela é associada ao emagrecimento e enfraquecimento progressivos, que conduzem ao prognóstico fatal, mas sem os chamados sintomas nervosos que caracterizam a terminação tifoide⁵⁰.

Tschudi fala em febre tórpida e em febre héctica não para indicar complicações, mas para caracterizar duas formas sintomáticas em que a doença de verrugas sugere o pior prognóstico.

⁴⁸ No tópico ‘Terminação’, Tschudi fala do prognóstico fatal no período da florescência da erupção: “No período de florescência, a morte chega pelas hemorragias ou de supuração muito abundante que conduz rapidamente à febre héctica”.

⁴⁹ Não é uma doença autônoma e não é mais uma febre essencial, como para Broussais (1803, p. 3), que afirmara: “a febre héctica é, propriamente falando, uma febre essencial: uma doença importante, uniforme, comum a uma multidão de outras doenças”.

Para Coster (1829, p. 444-5), febre héctica, febre lenta ou febre consumpção “é a que acompanha as inflamações crônicas com desorganização profunda das partes que dela são a sede; a febre héctica não é, portanto, uma doença por ela mesma [...]”.

Segundo Nysten (1833, p. 473), a febre héctica afeta profundamente toda a constituição e significa febre de esgotamento. É lenta e acompanha o fim das doenças orgânicas. “O emagrecimento progressivo, a flacidez geral, a secura da garganta, a frequência do pulso, o calor da pele, sobretudo, da palma das mãos e da planta dos pés, e, até o fim, os suores e a diarreia coliquativa sendo os principais caracteres assinalados a este estado doentio”.

Coutanceau (1837, p. 92) destaca que, “no estado atual da ciência, a febre héctica deve ser considerada como sintoma [por oposição à concepção de febre essencial] de uma irritação crônica, da qual a sede, o mais frequente manifesta, resta algumas vezes escondida nas profundezas das vísceras”.

A compreensão de febre héctica manter-se-á inalterada até depois de Tschudi (1845). (Conferir o verbete ‘Hectique’ (verbete) in: Fabre, 1850, tomo IV, p. 514-8; Nysten *et al.*, 1855, p. 614; Poujol, 1857, p. 534-6).

⁵⁰ Coutanceau (1837, p. 87) destaca a seguinte terminação para a febre héctica: “No meio deste depauperamento gradual e progressivamente acelerado de todas as faculdades físicas, faz-se destacar a integridade dos sentidos e de todas as forças morais, até o momento mesmo da morte”.

Nenhum dos outros autores trata da terminação fatal com essa riqueza⁵¹. Malo admite duas possibilidades de desfecho fatal: a) pode-se morrer quando as sucessivas rupturas hemorrágicas das erupções não se fazem seguir pelo amadurecimento, regressão, secagem, cicatrização e desaparecimento do exantema; b) ou quando a doença sofre retropulsão. Neste caso, a verruga retorna para o interior do organismo em vez de ser expulsa dele. Malo, entretanto, não descreve o quadro sintomático completo da retropulsão e não é possível detectar se há ou não convergência com as observações de Tschudi.

Dounon considera rara a morte pela doença, se o paciente está no litoral, onde os casos fatais ocorrem num quadro de marasmo profundo e são devidos à complicação com a caquexia palúdica ou a disenteria. Sempre associando a possibilidade do desfecho fatal da verruga ao enfraquecimento que atinge o nível do marasmo, Dounon admite a terminação por um quadro clínico semelhante ao que Tschudi denominou ‘febre héctica’, que “apresenta os sintomas da infecção pútrida, acesso febril retornando à noite, suores abundantes e fétidos com diarreia liquefativa”. Mas a discussão do prognóstico fatal, em Dounon, está sempre marcada pelo problema da altitude: para os pacientes que se encontram na serra é tão mais frequente a morte, quanto maior a altitude em que ele se encontra. Nas alturas, a morte ocorre sempre em estado comatoso entrecortado por acessos convulsivos. O risco mais frequente de morte está mais ligado às hemorragias das verrugas ou à repercussão da doença sobre as vísceras ou centros nervosos. Dounon nada diz sobre a morte pela doença, no período das dores musculares e ósseas e sem a erupção visível, tal como postula por Tschudi.

Salazar (1858) considera a possibilidade do desfecho fatal para a verruga, nos seguintes termos: “O vírus [da verruga] de que temos nos ocupado produz no organismo um verdadeiro envenenamento e se não há nele bastante força para eliminá-lo, sucumbe o paciente sob sua influência deletéria”.

Avendaño (1885) tomará esta frase de Salazar como momento inaugural da concepção moderna da doença, por entender que aí se dava a passagem da etiologia miasmática para a hipótese de um agente vivo e invisível. A frase citada isoladamente, no texto que anunciava, para o mundo médico, a morte de Carrión, tem o poder de conferir à observação de Salazar, um lugar privilegiado. No texto de Avendaño (1885), tudo se passa como se o desfecho fatal do experimento de Carrión fosse uma realização exemplar do que Salazar dissera.

⁵¹ Smith não relata casos fatais em seu texto de 1842 e não fala em prognóstico fatal. Na resenha da tese de Salazar (Smith, 1858a), ele nada diz dos dois últimos casos clínicos, justamente os dois únicos casos fatais, enquanto traduz inteiramente alguns outros, o que pode sugerir um ceticismo de Smith contra casos fatais de Salazar.

Mas suposto privilégio da observação de Salazar se reverte, se sua frase é recolocada no interior da sua tese. No tópico ‘Prognóstico’, Salazar afirma que “as verrugas, em geral, são molestas, mas não graves” e que a terminação só é temível se o doente encontra-se já debilitado por doenças precedentes. A morte, portanto, não é devida à verruga. Essa é a explicação para os dois casos clínicos de terminação fatal da tese, os últimos dos sete descritos, justamente os febris.

Em Tschudi, Malo e Dounon, o desfecho fatal, quando sem complicações, aparece como um agravamento de todos os sintomas próprios da doença, os locais e os gerais, a erupção e o enfraquecimento geral e a situação clínica derradeira está sempre afetada por aqueles fenômenos que os médicos da primeira metade do século XIX denominavam ‘nervosos’. Em Tschudi e Dounon, além destes sintomas, a morte ocorre no interior de distúrbios de temperatura. Em Salazar, ao contrário, os únicos sintomas gerais reconhecidos, as dores ósseas e musculares, não podem causar a morte e resta a compreender como a doença pode matar.

A razão do prognóstico fatal admitido por Salazar se revela no seu sétimo e último caso clínico. O óbito do paciente foi seguido por uma autópsia que encontrou tumores internos sob a pele, nos joelhos, na mucosa gástrica e no fígado. Embora Salazar não estabeleça a anatomopatologia comparada entre os tumores internos e as conhecidas erupções externas, postula que seu achado pertence à doença de verrugas. Os tumores internos seriam resultado da reversão da doença para o interior. Teoria também admitida por Malo e Dounon, como se mostrou acima. Certo é que esta autópsia explica a admissão de morte pela verruga, na tese de Salazar. Mas a doença de verrugas, que ele considera benigna, só levou ao desfecho fatal do caso autopsiado porque afecções anteriores debilitaram o organismo e tornaram-no inapto para expulsar o mal.

Pode-se, agora, compreender a razão pela qual Carrión não temia outro desfecho fatal para a inoculação, além daquele da erupção da verruga em algum órgão essencial. A tese de Salazar é uma referência bibliográfica explícita de Carrión, conforme as *Notas do experimento*, enquanto nada indica que ele ou a medicina limenha da época tenha tido acesso ao artigo de Tschudi (1845). O jovem estudante, entretanto, não estava só nesta crença. O ilustrado Leonardo Villar, na carta juntada ao inquérito, explica que as razões que lhe levaram a opor-se à inoculação “não provinham de que tivesse previsto o que iria passar e que o heroísmo [de Carrión] pudesse ter um fim tão desgraçado”. Villar (1885) “temia apenas que Carrión adquirisse as verrugas, com seu cortejo de dores prévias e a febre que preludia a erupção, e que esta viesse a formar-se em algum órgão nobre”. Villar está em condições, inclusive, de mostrar que outros

acompanhavam sua crença: “Isto é tão certo que mesmo médicos instruídos acreditaram que esta inoculação seria inerte e terminaria sem nenhum resultado”. Ademais, esta crença, fortemente sedimentada no meio médico limenho, explica a razão pela qual, conforme as *Notas do experimento*, as consequências graves da inoculação surpreendem tanto a Carrión e a seus acompanhantes.

2.4 As incompletudes: a evolução da erupção

Sobre o aparecimento e desenvolvimento inicial da erupção, Tschudi descreveu dois tipos básicos. O primeiro é aquele no qual “aparecem sob a pele endurações do volume de uma lentilha, móveis e indolores que chegam, em poucos dias, às dimensões de uma avelã, às vezes a de um ovo de galinha ou mesmo de um punho.” Estas endurações emergem para a superfície e aparecem sob a pele. O segundo tipo é o das “manchas vermelhas numerosas, do tamanho de uma lentilha”, e que “a princípio, podem ser confundidas com picaduras de mosquitos”, mas “não desaparecem sob pressão” e dão origem ao tumor.

Malo observou formas como as descritas por Tschudi, “pequenos tumores duros”, que ele acreditou ora provirem dos ossos, ora dos músculos, mas que também podem aparecer diretamente sobre a cútis, em uma observação de que Salazar se aproximará. Malo deixa entrever que viu as manchas vermelhas, quando tenta fazer o diagnóstico diferencial entre a verruga peruana e a púrpura simples ou hemorrágica⁵².

Salazar (1858) observou as manchas vermelhas sobre a pele como início do tumor, não viu as endurações subcutâneas de Tschudi, mas apenas a existência da erupção sobre a pele, na forma de “grãozinhos que começam como pontos brilhantes; logo tomam o aspecto de umas gotas de orvalho, primeiro transparentes, depois rosadas, mais tarde vermelhas”.

Dounon confirma a descrição de Tschudi e de Malo, a possibilidade do início do desenvolvimento da erupção sob a forma de endurações subcutâneas. Em termos muito semelhantes aos do médico suíço, Dounon (1871, p. 14) afirma que estas endurações são

⁵² A púrpura é uma entidade “caracterizada pela erupção espontânea, na superfície do corpo de petéquias e equimoses, acompanhadas, muitas vezes, de hemorragias internas” (Grisolle, 1850, p. 257). Na década de 1840, a entidade começara a ser diferenciada da rubéola, da escarlatina e do escorbuto (cf. ‘Purpura’ (verbeta) in: Fabre *et al.*, 1850, tomo 6, p. 606-10).

sensíveis ao tato: “o tocar permite reconhecer, embaixo da pele, pequenas massas endurecidas, rolantes, análogas a pequenos gânglios infartados,” lisos e livres tanto dos tecidos profundos quanto da derme. Estas pequenas endureções, na maior parte dos casos, se propagam para a superfície da pele, antes de crescer mais. Por outro lado, Dounon pensa que a erupção da doença de verruga pode ter início na espessura das camadas da derme, mas ele fala de proliferação de elementos embrionários e de vasos desta região, uma descrição de maior rigor anatomopatológico daquelas manchas vermelhas de Tschudi, Salazar e Malo.

Este conhecimento das primeiras manifestações cutâneas da verruga, da época da fundação da sua clínica (entre 1842 e 1872), permite a retomada e uma nova compreensão de um aspecto da narrativa histórica tradicional do experimento de Carrión. Os legistas do cadáver de Carrión, seus colegas acompanhantes do experimento e os médicos que o examinaram em sua casa e no Hospital Francês mostraram-se todos aquém da literatura do período 1842-1872. Já se mostrou, no capítulo primeiro do presente trabalho, que os legistas anotaram no seu laudo o seu desconhecimento das alterações anatomopatológicas da verruga. Já se mostrou também que os colegas de Carrión, ao assumirem o múnus das *Notas do experimento*, mostraram-se incapazes de acompanhar os desenvolvimentos exantemáticos, já que os legistas encontraram manchas cadavéricas cujo início do desenvolvimento escapou-lhes à observação bem como aos médicos que viram o estudante adoecido, às vésperas da morte. Mas, além disso, Avendaño (1885) e Matto (1886), após a morte de Carrión, não conseguiram fazer o levantamento bibliográfico do tema das primeiras manifestações cutâneas da verruga, nem elaborar as informações de que dispunham sobre o tema. Será preciso esperar Arce (1889) para que as manchas vermelhas “como picaduras de mosquito”, aparecidas em Carrión, pudessem comparecer, na medicina limenha, como signo do início do desenvolvimento exantemático da verruga. Arce (1889) como Odriozola (1898), que também observou as manchas vermelhas como signos precoces do exantema verrucoso, evitaram reconhecer que isso já havia sido assinalado pelo próprio Carrión, nos *Apontamentos* e nas *Notas do experimento* de 1885.

Os *Apontamentos* mostram que Carrión esteve, como observador, à altura da tradição clínica que vai de Smith (1842) a Dounon (1871), mesmo sem ter tido acesso aos importantes textos que lhe precederam no tema que escolheu para o bacharelado. Nos *Apontamentos*, Carrión observou o principiar subcutâneo e cutâneo da erupção da verruga e descreveu as manchas vermelhas da seguinte maneira:

No lugar onde aparecerá a erupção, no começo, apresentam-se, algumas vezes, manchas vermelhas pequeníssimas ou, outras vezes (o que é mais

frequente), glóbulos pequenos ou vesículas diminutas, brilhantes e inteiramente semelhantes ao que, em patologia, chama-se de sudamina branca⁵³.

Nas *Notas do experimento* ele observou em si mesmo, no dia 22 de setembro, o aparecimento de “manchinhas sanguíneas como picaduras de pulga, umas no nariz [...] e outras entre as sobrancelhas”, em termos muito semelhantes à descrição de Tschudi. Dessa forma, os manuscritos de Carrión representam um ressurgimento autóctone de algumas das observações mais acuradas de Smith, Tschudi, Malo e Dounon.

Este descompasso entre o avanço do conhecimento da doença do período do nascimento da sua clínica, estudado no presente capítulo, e o saber limenho da doença, à época de Carrión, levou a narrativa histórica nascente, entre 1885 e 1886, bem como sua reiteração tradicionalista subsequente, a um permanente movimento de encobrimento de toda esta época do saber médico, sobretudo, dos trabalhos de Tschudi (1845) e de Dounon (1871). O primeiro foi sumariamente colocado no lado do erro porque teria professado uma hipótese etiológica falsa, tomada dos autóctones das regiões endêmicas, segundo a qual as águas de verrugas seriam a fonte da doença⁵⁴. No médico naval francês, a narrativa histórica tradicional peruana da doença de Carrión nunca viu nada de original porque ele, mesmo publicando em 1871, não chegou a ver o tema supostamente fundamental, a relação entre a febre de Oroya e a verruga peruana⁵⁵.

Conclusão

Concluindo, o segundo capítulo encerra-se com o saldo de ter mostrado que a descrição clínica da evolução da doença de verrugas estava completa, antes do advento da febre de Oroya,

⁵³ Medina *et al.*, 1885, p. 19.

⁵⁴ Maguiña Vargas (1998, p. 21), na parte de revisão histórica de seu conhecido opúsculo *Bartonellosis ou doença de Carrión: Novos aspectos de uma velha enfermidade*, reitera aquilo que toda a narrativa histórica tradicional da doença de Carrión repetiu, quando se trata de dizer qual foi a contribuição do médico e naturalista suíço: “J. J. von Tschudi, em 1845, indicou que a verruga é uma enfermidade que se transmite a certos animais, como cavalos e mulas, quando bebem em mananciais da serra, e atribuiu sua origem às águas”.

⁵⁵ García-Cáceres (1972, p. 62) considerou que “vários estrangeiros ocuparam-se da verruga peruana, inclusive um chileno [Malo], mas, ninguém deu uma descrição sistematizada e coerente da enfermidade”. Como Avendaño, García-Cáceres considera que “o primeiro trabalho científico nacional ou estrangeiro válido até hoje sobre a verruga é o do peruano Tomas Salazar (1858)”.

na contramão da narrativa histórica tradicional sobre a doença de Carrión. Avendaño e seus herdeiros fizeram depender do advento da febre de Oroya o mais importante marco no progresso do saber da doença.

Assim, o capítulo segundo entrega ao terceiro, que irá se ocupar do período de 1872-1885, quando a febre de Oroya veio habitar na literatura médica sobre a verruga peruana, uma nova formulação dos problemas suscitados pela análise da narrativa de Avendaño e dos documentos do período de 1885-1886, empreendida no primeiro capítulo.

Já não se trata mais de simplesmente procurar saber o que é a febre de Oroya e qual sua relação com a verruga peruana. O problema, agora, é saber a razão de ser do advento disso que se chamou ‘febre de Oroya’, na década de 1870.

No primeiro capítulo, havia-se descoberto que a febre de Oroya foi usada por Avendaño e seus herdeiros, como expediente retórico para construir uma interpretação do experimento de Carrión. Nasce, depois da análise do período de 1842-1872, a desconfiança de que a febre de Oroya é uma inflação nosológica desnecessária à descrição clínica da doença de verrugas.

Capítulo III:

A febre de Oroya (1872-1885)

A partir de 1872, não é mais possível fazer uma história una do saber sobre a verruga peruana, tal como o faz, ainda presentemente, a narrativa histórica tradicional da doença de Carrión. Três vias bem distintas de pensamento médico produziram histórias em grande parte independentes tanto quanto incomunicáveis entre si.

Até 1872, a despeito dos desconhecimentos recíprocos entre as diferentes tentativas de recomeçar a descrição clínica da verruga peruana, foi possível uma leitura comparada dos textos. Afinal, o saber descritivo daquilo que se entrega ao olhar médico e a existência de um elemento de ancoragem deste olhar, a erupção da doença, permitiu, ao capítulo segundo, traçar a unidade da literatura dispersa da doença. Literatura que se deixa indexar pela idêntica adoção do nome nativo da doença, verruga. A partir de 1872, as coisas tornam-se diferentes. Constituem-se linhas do pensamento médico quase inteiramente incomunicáveis entre si e os abismos que as separam desautorizam sua unificação niveladora. Neste caso, a história ganha se a esquizofrenia do saber não é escamoteada.

Ao procurar fazê-lo, o presente capítulo traça três linhas de continuidade do pensamento médico e deixa aparecerem os abismos que as separam, bem como o tênue vínculo que lhes oferece o texto de Tasset (1872), que será estudado no início.

A principal razão das fraturas que dividem as três linhagens é que, numa parte da literatura, o saber da doença deixa de poder ser indexado unitariamente do ponto de vista nosológico. A partir de 1873, na literatura médica limenha, a verruga peruana nunca mais aparecerá sem a insidiosa companhia da febre de Oroya.

Enquanto isso, a linhagem francesa e de expressão alemã dá continuidade à clínica da verruga peruana e mantém a febre de Oroya de Tasset (1872) do lado de fora do saber médico.

Outra linhagem independente de pensamento forma-se com a chegada dos médicos de expressão inglesa para o serviço hospitalar privado da empreiteira da estrada de ferro. Altamente significativa, esta medicina, em sua rápida e fugaz existência, adotará a febre de Oroya de Tasset para, em seguida, suprimi-la nosologicamente.

3.1 A febre intermitente palúdica perniciosa de Oroya: Tasset, 1872

Com a resenha da tese de Dounon feita por Tschudi (1872), a medicina de expressão alemã e a medicina francesa acordam quanto às linhas mestras da clínica da verruga peruana. Mas, o ano de 1872 assiste um recomeço abrupto da descrição clínica da doença, em descompasso com o andamento do pensamento europeu, ao colocar a verruga em relação com uma nova e enigmática entidade, a febre de Oroya. Embora publicado em Paris, o ensaio de Tasset¹ nasce no interior das discussões da medicina limenha, que acolheu o médico francês, nos últimos trinta e cinco anos.

O objetivo central de Tasset é anunciar, ao lado das novidades da patologia peruana em função do miasma tífico, uma nova forma de paludismo, a febre intermitente perniciosa palúdica de Oroya², que atinge os trabalhadores da construção da estrada de ferro transandina, quando as obras alcançam a zona endêmica da verruga³.

A narrativa histórica tradicional da doença de Carrión, a despeito da importância que deu à emergência da febre de Oroya, só reconheceu a participação do médico francês radicado no Peru a partir de Odriozola (1898), mas sem ver nele contribuição que o pusesse do lado da verdade. Ele teria errado todos os alvos: propôs que a febre de Oroya fosse uma forma de paludismo, viu a verruga como uma forma de escorbuto e não viu a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana. Rejeitado pela medicina limenha, Tasset não conseguiu ser eleito interlocutor pela linhagem francesa e de expressão alemã, mesmo sendo o único texto sobre a febre de Oroya conhecido pelas três linhagens de pensamento médico sobre a verruga peruana.

¹ Charles Tasset, médico francês radicado no Peru. O ensaio intitula-se *Novas considerações práticas sobre o tifo, a febre amarela, as febres intermitentes perniciosas palúdicas e a verruga peruana*.

² O ensaio de Tasset não cita referência bibliográfica alguma e nada faz pensar que seu texto tenha alguma dívida para com a literatura do período 1842-1872.

³ Sobre a primeira doença, ele já havia publicado, em espanhol, o opúsculo *Da febre amarela no Peru: considerações práticas sobre sua natureza e cura*. (Lima: A. Alfaro y Ca, 1869).

Apesar disso, é fundamental colocar Tasset no seu lugar histórico para se obter uma compreensão do posicionamento das três linhagens do pensamento médico sobre a febre de Oroya. Afinal, explícita ou implicitamente, nestas três linhagens, a posição sobre a febre de Oroya depende do texto que, por primeiro, trouxe a febre de Oroya para o interior do saber da verruga, o de Tasset. Isso exige situar a febre intermitente palúdica perniciosa de Oroya no interior da rara modalidade de teoria etiológica miasmática professada por Tasset, o transformismo dos miasmas⁴.

No transformismo de Tasset, a febre de Oroya ocupa um lugar no campo agônico das relações entre o miasma tífico e o miasma palúdico. Segundo Tasset, esta relação começa a ocorrer quando da entrada da febre amarela, no Peru, através da navegação a vapor. Ora, o escopo do ensaio de Tasset é redesenhar a geografia médica regional, em função da revolução que o lado ocidental dos Andes peruanos teria sofrido com a introdução do miasma tífico, causador da febre amarela e de uma pletera de outras doenças.

Fazer da febre amarela o resultado de transformações do mesmo miasma tífico, como propõe Tasset, vai em direção oposta à tendência da medicina, desde a primeira década do século. Pelo menos desde Hildenbrand (1811), os esforços em relação ao tifo é procurar dar estatuto de autonomia às anomalias patológicas a ele associadas. Hildenbrand (1811, p. 13.18) critica o que ele chama de abuso de linguagem que atribui uma gama de doenças, entre elas a febre amarela, ao miasma tífico⁵. Contra este uso inespecífico do nome ‘tifo’, Hildenbrand procura, com sua obra, separar e individuar o tifo contagioso em relação às demais doenças que partilhavam a noção vaga de tifo. Hildenbrand (1811, p. 13-4) distingue o tifo contagioso como doença determinada por considerar que ela é semelhante a si mesma, de maneira constante e independentemente do lugar. A doença, assim, tem uma identidade, que é dada por sua marcha uniforme, o que faz dela uma espécie de febre particular, na família das febres exantemáticas contagiosas. Ela é caracterizada por um exantema próprio, por períodos mensuráveis e distinguíveis entre si, com um sintoma constante em todo o desenvolvimento da doença, o estupor com delírio ou tifomania, somado a alguma alteração do fígado.

⁴ A resenha de Lasègue e Duplay sintetiza, sem rejeição, a doutrina de Tasset: “Nosologicamente, a febre amarela difere do tifo da América pela presença do elemento intermitente, mas as duas afecções podem se transformar uma na outra e elas tem, por carácter comum, ser incompatíveis com as febres intermitentes perniciosas palúdicas” (Lasègue *et al.*, 1872). Isso mostra que o transformismo miasmático ainda era uma doutrina não de todo posta fora do horizonte de possibilidades do saber médico.

⁵ Delente (1869) chama a febre amarela de tifo amarelo. Fleury (1863) lista entre os tifos epidêmicos: a) a peste ou tifo oriental; b) o cólera-morbo ou o tifo da Ásia; c) a febre amarela ou o tifo Americano e d) o nosso tifo ou *typhus fever* dos Ingleses.

No transformismo de Tasset, esta tendência à individuação nosográfica da doença dá lugar a um esforço para agrupar em torno de uma só causa, o miasma tífico, as diversas doenças por ele originadas e que perdem sua especificidade ao transformarem-se umas nas outras, conforme mudanças sofridas pelo miasma, em função da geografia.

Apesar da dificuldade de se encontrar defensores do transformismo, à época do ensaio de Tasset, pode-se perceber o quanto ele se aproxima das ideias defendidas por Chervin, no início da década de 1840. Chervin (1842) sugere que a febre amarela ou tifo da América deve partilhar a mesma etiologia da febre tifoide, considerando suas diferenças clínicas como o resultado de uma maior atividade da mesma causa. Ele chega a pôr em causa se a febre amarela e as febres intermitentes e remitentes são apenas graus da mesma doença ou se as últimas são uma doença *sui generis*. Justamente ao contrário de Tasset, que vê um antagonismo geográfico entre as duas coisas, Chervin entende que elas só podem existir nas mesmas localidades, como graus de gravidade, correspondentes a formas de manifestações patológicas sucessivas. Assim, entre a febre amarela e a febre tifoide, há uma transformação do miasma, mas entre a febre intermitente e a febre amarela, há uma transformação ou uma conversão do tipo ou forma. As transformações de tipo ocorrem como fases sucessivas de uma pirexia, no curso de uma epidemia.

A doutrina adversária do transformismo é a da especificidade das doenças. Enquanto a primeira acredita que uma mesma causa pode transformar-se e dar lugar a diferentes doenças (à maneira de Tasset) ou a doença pode adquirir diferentes formas (à maneira de Chervin), a segunda considera que uma doença é uma entidade *sui generis*. Estas duas doutrinas convivem durante o século XIX, sem que uma possa pôr a outra definitivamente fora do debate. Elas são uma decorrência da teoria miasmática ou da condição de que a etiologia das doenças seja apenas reconhecidamente hipotética. Na medida em que o século avança, seja pela determinação de um tratamento específico, como a quinina para o paludismo, seja pela produção de um expediente preventivo, como a vacina contra a varíola, seja pelo reconhecimento de uma característica anatomopatológica patognomônica, como a lesão das placas de Peyer para a febre tifoide, seja pela descoberta da possibilidade da sua produção artificial, como na inoculação da sífilis e da tuberculose, as doenças vão sendo, uma a uma, retiradas do alcance de abrangência possível do transformismo. Assim, embora a doutrina transformista ainda encontre alguma aceitação, mesmo em doutrinadores das patologias que aceitam a especificidade de certas doenças, a doutrina da especificidade cresce à custa do transformismo. Essa situação dá lugar a uma defesa doutrinária

da especificidade, que toma forma teórica pelo menos desde a tese de Requin (1851)⁶, que faz derivar a doença específica da causa específica. Esse é o fundamento programático da doutrina que estava destinada a relegar, antes do final do século de Tasset, o transformismo ao reino dos monstros do passado.

No transformismo miasmático de Tasset, é a identidade dos miasmas que interessa e ela é dada por seus antagonismos. Os miasmas tífico e o palúdico convivem rivalizando-se e, no ponto mais elevado em gravidade das alterações orgânicas a que dão origem, situam-se a duas formas patológicas, ‘febre amarela’ e ‘febre intermitente perniciosa palúdica de Oroya’. As duas febres são também o ponto máximo de similitude de uma crescente convergência sintomática das formas patológicas originadas pelos dois miasmas, a ponto “que – diz Tasset – os dois flagelos [febre amarela e febre de Oroya] parecem confundir-se”⁷.

Se a confusão não ocorre entre a febre amarela e a febre de Oroya é por causa da rivalidade geográfica dos dois miasmas. Tasset coloca em funcionamento, para evitar a identificação das duas doenças, no topo de sua escalada de similitude, a lei do antagonismo.

O confronto de Laveran (1870) com o antagonismo mostra bem que ele ainda não pode ser colocado fora do jogo da verdade. No lugar de uma checagem da lógica estruturante da doutrina, ele opta por uma revisão comparada das suas defesas e dos relatos médicos que as desautorizam. Assim, pode concluir que as “exceções [às regras do antagonismo] são excessivamente numerosas para que seja possível ver na palavra ‘antagonismo’ a expressão de uma lei, que resta somente um título destinado a compreender uma série importante de fatos patológicos”. Em Tasset, entretanto, o antagonismo é uma lei e fundamental para compreender a estrutura de seu ensaio.

Mormente, o antagonismo exprime a ideia de oposição entre doenças ou a ideia de que um estado mórbido confere a um organismo certa imunidade contra outra doença ou doenças⁸. Mas, para Tasset, a febre de Oroya não preserva da febre amarela e vice-versa. São os dois miasmas que são rivais não as doenças que eles provocam⁹. Neste caso, o antagonismo não

⁶ Requin participa de um concurso para a cadeira de patologia médica da Faculdade de Paris, que reedita o mesmo tema de 1840, quando Legroux apresenta um trabalho relatado por Vernois (1840) e discutido por Requin (1851).

⁷ Tasset, 1872, p. 455.

⁸ O verbete ‘Antagonismo’ do *Dicionário enciclopédico das ciências médicas* organizado por Dechambre.

⁹ Tasset, 1872, p. 460.

ocorre no espaço do corpo, mas no do ambiente, já que os dois miasmas não podem coabitar a mesma localidade¹⁰.

Para Tasset, o miasma palúdico, natural no país, é resultante de apodrecimento de matéria vegetal dos pântanos de água doce e existe nas quebradas, os vales profundos, quentes e húmidos do declive ocidental dos Andes, percorridos pelos regos d'água e riachos que descem a serra e originam os pântanos¹¹.

O miasma tífico, de origem animal, estrangeiro, foi trazido ao Peru pela navegação a vapor. Graças a sua capacidade de contágio de homem a homem, desce dos navios e aporta a região costeira sem que seu rival, o miasma palúdico, ausente da costa, imponha restrições já que ele não pode existir¹² na costa marinha, onde prevalecem os pântanos de água salgada.

Os dois miasmas, cada qual por seu lado, são capazes de se conjugarem ao elemento intermitente da atmosfera. Sozinho, este elemento dá origem às febres intermitentes simples, que se distinguem por serem benignas e não dependerem do miasma palúdico. Mas, acoplado a um dos dois miasmas, o tífico ou o palúdico, o elemento atmosférico torna intermitentes as formas febris a que eles dão origem. Ademais, o elemento intermitente dota a ambos os miasmas de capacidade de difusão através da atmosfera¹³, no espaço em que ele existe, a zona quente e úmida da costa e das quebradas. Mas, onde inexistente o elemento intermitente, a atmosfera seca e fria dos picos da cordilheira, também não há febre intermitente.

Ao penetrar no Peru, o princípio tífico começa a atuar na costa, agravando as doenças precedentes. Depois, o miasma tífico manifesta-se sob a forma de epidemias de febres eruptivas graves, como a varíola e a erupção miliar¹⁴. Após sucessivas transformações e manifestações patológicas diversas, o miasma tífico adquire a forma do tifo e da febre petequial¹⁵. O inverno suspende o curso das manifestações do miasma, mas, no verão seguinte, ele retoma o curso e atinge o auge de gravidade de sua capacidade de transformações, a febre amarela. Mas, como o miasma tífico está acoplado ao elemento intermitente da atmosfera, a febre amarela apresenta-se

¹⁰ Sobre esta concepção de antagonismo, que não é original de Tasset, conferir Laveran (1870, p. 229).

Tasset utiliza diferentes expressões para dizer o princípio do antagonismo: “febres rivais”; “incompatibilidade”; “febres incompatíveis”; “duas entidades mórbidas [...] incompatíveis, que não podem coexistir na mesma localidade”.

A formulação mais explícita do antagonismo apresenta-se nesta passagem: “São positivamente duas categorias de tifo, um emana do reino animal, enquanto o outro, do reino vegetal, tendo consequentemente propriedades diferentes, doente resulta seu antagonismo” (Tasset, 1872, p. 458).

¹¹ Tasset, 1872, p. 454.

¹² Tasset, 1872, p. 451.

¹³ Tasset, 1872, p. 451.

¹⁴ Tasset, 1872, p. 462-3.

¹⁵ Tasset, 1872, p. 464.

sob a forma de febre intermitente tifoide (*fièvre intermittente typhoïde*)¹⁶. Este ciclo de transformações do miasma recomeça, depois de períodos de dissimulação¹⁷.

Enquanto realiza seu ciclo, na costa, o miasma tífico avança também para o oriente e ascende a Cordilheira. Como o elemento intermitente não existe no frio seco dos Andes e o miasma tífico não pode se propagar através da atmosfera, ele retorna à condição contagiosa originária que tinha ao descer dos navios, perde o acoplamento com o elemento intermitente da atmosfera e sobe a serra de homem a homem, por via do contágio¹⁸. Nas altitudes da serra, ele dá origem a novas formas patológicas: tifo, peste do Oriente, febre petequial, cólera e febres tifoides graves¹⁹.

Enquanto o miasma tífico pode assumir a referida gama de formas, segundo os climas, as estações e as temperaturas²⁰, o miasma palúdico não pode se tornar jamais contagioso, não pode ser transportado pelo elemento intermitente para longe de seu foco de origem e só assume duas formas patológicas, a das febres larvares e a das febres intermitentes palúdicas perniciosas²¹. Estas adquiriram a forma da febre de Oroya, com proporções alarmantes durante a construção da estrada de ferro. Enquanto a linha subia a serra pela margem esquerda do rio Rimac e, até a altura de Chosica, nada afetava os trabalhadores além de febres intermitentes simples. Porém, a uma distância de 48 a 60 quilômetros de Lima²², desde onde existem as chamadas ‘águas de verrugas’, até antes de começar o clima frio da serra e, portanto, antes de chegar a Oroya, apareceu a febre intermitente perniciosa palúdica chamada ‘de Oroya’, mas estritamente confinada a seu foco, sendo suficiente afastar-se a uma pequena distância para subtrair-se à sua influência.

Apesar de versátil, o miasma tífico não consegue penetrar nas quebradas, barrado pelo domínio local do miasma rival. Esse é o fator que dirime toda confusão possível entre as formas graves dos dois miasmas. A febre intermitente perniciosa palúdica de Oroya não pode atacar fora da região em que é nativa e, justamente neste território, a febre amarela não pode penetrar porque os dois miasmas são antagônicos²³.

¹⁶ Tasset, 1872, p. 451.

¹⁷ Tasset, 1872, p. 466.

¹⁸ Tasset, 1872, p. 451.

¹⁹ Tasset, 1872, p. 454.

²⁰ Tasset, 1872, p. 451.

²¹ Tasset, 1872, p. 451.

²² A expressão de Tasset é “oito a dez distâncias (*lieues*)” (p. 456). Em outro trecho, Tasset fala “a doze ou quinze distâncias (*lieues*) de Lima”.

²³ Tasset, 1872, p. 455-6. Ao reportar-se aos médicos de Lima que observaram as febres *in loco*, Tasset trai a informação de que ele mesmo não esteve na região da estrada de ferro. Sobre médicos de Lima que

A febre amarela e a febre de Oroya, além de igualmente intermitentes, possuem sintomas idênticos de instalação. Os primeiros sinais são o frio intenso acompanhado de fortes dores de cabeça, nos rins, nos membros, mal-estar geral e suores. Na febre de Oroya, os casos graves podem ser acompanhados de diarreias, por vezes, sanguinolentas. De qualquer forma, “a prostração, o enfraquecimento dos músculos, a anemia, são frequentemente súbitos e seguidos de afonia”²⁴. “A língua apresenta uma secreção acinzentada ou amarela verdosa, no princípio, mas torna-se vermelha e raspadora”. As gengivas, sanguinolentas, não se apresentam recobertas de crostas, nem escorbúticas, como na febre amarela. O sangue parece privado de hematose e de glóbulos. Junto com o sistema muscular muito enfraquecido, o coração apresenta o aspecto de uma massa mole e inerte²⁵. A confusão da febre de Oroya com febre amarela é causada pela coloração ictérica²⁶. Na fase final, o estado de estupor, sintomas nervosos, comatosos e convulsivos são inevitáveis e sugerem o pior prognóstico, sendo, a esta altura, impossível distinguir as duas febres²⁷.

No topo deste paralelismo entre os miasmas tífico e palúdico, a febre intermitente palúdica perniciosa de Oroya pode ultrapassar, em gravidade, a febre amarela²⁸ e, com isso, conclui Tasset: “a febre intermitente perniciosa palúdica, no Peru, é êmula da febre amarela”. Por considerá-las assim, por faltar diagnóstico que as diferencie, propõe que causa da febre intermitente palúdica perniciosa de Oroya não seja simplesmente evocada pelo nome ‘miasma palúdico’ pelo nome ‘miasma tifo-palúdico’²⁹.

A despeito de toda similitude entre as duas febres, um inusitado elemento diferencial brota da analogia entre elas. Na febre intermitente perniciosa palúdica de Oroya, “não se observa petéquias nem as manchas escorbúticas da febre amarela; mas elas são substituídas por uma afecção equivalente, a verruga peruana”³⁰.

Para Tasset, entretanto, a verruga peruana é uma doença distinta da febre de Oroya. Elas são devidas a miasmas independentes, embora pertencentes à mesma região, porque uma doença

estiveram no local das febres por ocasião de seu aparecimento, a única notícia, na imprensa médica, é a da comissão da Faculdade de Medicina instalada por ordem do Governo Supremo do Peru, no início de 1871 (Rios, 1888; Arce, 1918).

²⁴ Tasset, 1872, p. 460.

²⁵ Tasset, 1872, p. 460.

²⁶ Rios (1888), por sua vez, observou esta coloração ictérica, mas considerou-a um sintoma diferencial entre a chamada ‘febre de Oroya’ em relação à caquexia palúdica.

²⁷ Tasset, 1872, p. 455.

²⁸ “As alterações produzidas pela febre amarela são talvez ultrapassadas pela febre palúdica” (Tasset, 1872, p. 460)

²⁹ Tasset, 1872, p. 459.

³⁰ Tasset, 1872, p. 460.

pode manifestar-se sem a outra³¹. Por outro lado, o advento da verruga “não é circunstância indiferente, pela razão de que a verruga atenua a gravidade da febre”³², operando uma revolução favorável ao doente³³. Assim, Tasset, o primeiro a falar em febre de Oroya, é também o primeiro a fazer da verruga o fenômeno crítico dela³⁴.

Quando Tasset, no momento seguinte, passa a descrever a verruga, afirma que o “início da doença é marcado por um acesso de febre intermitente na localidade”³⁵. Mas ele não explica se esta intermitência se deve ao miasma da verruga ou ao tal princípio atmosférico da intermitência. Observa, entretanto, que o acesso de febre intermitente do início da doença de verrugas se faz acompanhar de dores ósseas e reumáticas.

3.2 A medicina de expressão inglesa, na ferrovia para Oroya

a) Browne e a febre tifo-malárica de Oroya

Em algum momento, logo após a publicação de Tasset, Browne³⁶ esteve no Peru e tomou-o como referência para entrevistar os médicos da companhia construtora da estrada de ferro, Crow e Ward.

³¹ Tasset, 1872, p. 461.

³² Tasset, 1872, p. 460.

³³ Tasset, 1872, p. 461.

³⁴ Na narrativa histórica tradicional da doença, o primeiro a dar alguma atenção à contribuição de Tasset foi Odriozola (1898). Mas como a história de Odriozola visa pôr em relevo o unicismo, Tasset é relegado à esfera do erro. Para Odriozola (1898, p. 30), Tasset “conheceu mal a natureza da febre de Oroya e, malgrado a boa descrição que ele faz da verruga, não chega a compreender os liames que a ligam à febre indicada...”. Como Tasset não deu à febre de Oroya a etiologia que Odriozola desejava, toda sua descrição clínica do fenômeno foi desprezada. A contiguidade entre os dois fenômenos, a febre e a verruga, também foi desprezada por Odriozola, que queria fazer da primeira uma síndrome independente da evolução da erupção. Os historiadores não conseguem ler a descrição sintomática da febre de Oroya feita por Tasset porque não conseguem atravessar a sua estrutura doutrinária, no interior da qual repousa a descrição clínica, para a qual as observações posteriores convergem. Entre seus pósteros, apenas Browne (1872-3) aceitou sua sintomatologia da febre de Oroya, embora não tenha acatado a tese da contiguidade da verruga em relação à febre.

³⁵ Tasset, 1872, p. 460-1.

³⁶ J. M. Browne esteve no Peru, em algum momento no ano de 1872, na condição de cirurgião da frota da Estação do Pacífico da Marinha Americana. Seu artigo jamais chegou a ser conhecido pela literatura

O artigo de Browne trata da febre de Oroya e da verruga peruana como doenças distintas, como fizera Tasset, mas não mais no interior da doutrina transformista.

Mesmo não conhecendo nenhuma outra abordagem, além do livro de Tschudi sobre o Peru³⁷, Browne concebe a verruga como uma doença generalizada, com um período variável de incubação³⁸.

Enquanto Tasset fala de um acesso de febre intermitente anterior à erupção³⁹, Browne distingue os casos iniciados por pronunciado ataque febril, daqueles nos quais todo o período pré-eruptivo pode transcorrer sem febre⁴⁰. Browne observa, quanto ao primeiro tipo, que a febre pode ser diária e durar semanas, mas desaparecer quando da erupção ou pode ocorrer o desaparecimento da febre sem o aparecimento da erupção e, neste caso, prolongam-se por meses as dores e contrações musculares, com saúde sob outros aspectos.

Malo havia observado este fenômeno, mas apenas em relação às dores musculares e não em relação à febre. Assim, mesmo que Salazar e Dounon tenham apresentado casos apiréticos entre os febris, Browne é o primeiro a reunir a condição apirética e a febril como possibilidades clínicas.

Browne (1872-3) detectou o problema do diagnóstico diferencial com o paludismo, ao observar que o ataque febril da verruga é frequentemente confundido com o acesso da febre intermitente, como o observará também Carrión, dentro de alguns anos. Browne propõe que o diagnóstico diferencial provém da simultaneidade entre o paroxismo febril e as dores ósseas e reumáticas. Tasset (1872) já havia observado o caráter simultâneo destes sintomas, mas somente Browne propõe usar o fenômeno como diagnóstico diferencial do paludismo, ultrapassando o ponto em que a tese de Dounon deixara a discussão.

Carrión, nos *Apontamentos*, como a medicina limenha, não conhece o artigo do cirurgião da marinha americana⁴¹. Ao que tudo indica, este estudante de medicina redescobriu o

limenha, ainda hoje ignorado. É bem pouco conhecido pela literatura franco-germânica. Na literatura de expressão inglesa, nem mesmo a comissão de Harvard (1912-14) chegou a tomar conhecimento dele.

³⁷ Browne não teve acesso ao artigo de Tschudi (1845), aos trabalhos de Smith (1842, 1855; 1857; 1858a; 1858b) nem ao de Dounon (1871).

³⁸ Browne fala de três semanas a um ano, enquanto Tasset fala de seis semanas a um ano.

³⁹ Tasset, 1872, p. 460-1.

⁴⁰ Cf. Browne, 1872-3, p. 176. Esta triagem determina duas formas distintas de terapia (Browne, 1872-3, p. 177).

⁴¹ Browne não consta entre as referências de Avendaño (1885) e Matto (1886), como de resto em toda literatura limenha sobre a doença de Carrión.

diagnóstico diferencial da verruga em relação ao paludismo por suas próprias observações, chegando às mesmas conclusões de Browne⁴².

Browne aprende com Tasset sobre a febre de Oroya e parte à procura de casos dela na ferrovia para Oroya. Acreditando tê-la encontrado, Browne faz uma exaustiva descrição de suas etapas de desenvolvimento como doença autônoma, mas sem conseguir uma clara distinção em relação às demais febres. Ele desfaz o laço pelo qual Tasset tinha posto em contiguidade a febre de Oroya e a verruga peruana e denega que aquela seja exclusivamente palúdica⁴³, mesmo admitindo um estágio inicial de intermitência⁴⁴. Segundo sua teoria, o miasma palúdico causa uma impressão nos habitantes, predispondo-os à febre de Oroya⁴⁵, que resulta do ataque de um miasma telúrico, possivelmente o hidrogênio sulfurado, gás liberado acidentalmente das rochas para a atmosfera, nas escavações dos terrenos⁴⁶. Em função disso, a febre de Oroya deve ser considerada tifo-malárica, tal como lhe sugere a entrevista que lhe concedem Crow e Ward⁴⁷, médicos a serviço da companhia construtora da ferrovia.

Ao propor que a febre de Oroya seja tifo-malárica, Browne aproxima-se novamente de Tasset, que havia defendido que o agente da febre de Oroya fosse denominado miasma tifo-palúdico. Ao alterar as coisas, entretanto, Browne denega um pressuposto central do ensaio de Tasset. Se a febre de Oroya é tifo-malárica, a velha doutrina do antagonismo entre o miasma tífico e o palúdico está afastada e Browne coloca-se ao lado do forte movimento, na medicina inglesa, que quer afastar esta doutrina.

Mas o importante é que a proximidade entre a febre tifo-malárica de Oroya de Browne e o miasma tifo-palúdico de Tasset resulta de um ponto de convergência da clínica dos dois autores. Ambos observaram características tifoides no estado terminal da febre de Oroya.

⁴² Nos *Apontamentos*, encontramos o seguinte texto: “Se, pois, observamos febre, seja contínua, remittente ou intermittente, dores articulares e musculares, acompanhando-se de câimbras, em um indivíduo que vem de Matucana, por exemplo, podemos assegurar quase sem temor de equivocar-nos, que é a verruga que temos diante da vista” (Medina *et al.*, 1886, p. 21-22).

⁴³ Browne, 1872-3, p. 178.

⁴⁴ Browne usa Tasset para diferenciar a febre de Oroya do paludismo. Tasset (1872, p. 459-60) afirmara que, nos casos graves da febre intermittente pernicioso palúdica de Oroya, “sobrevêm diarreias, frequentemente sanguinolentas. O ventre não é endurecido, como na febre amarela”. Browne (1872-3, p. 181) inverte as coisas e afirma que, na febre de Oroya, “os intestinos são usualmente constipados, nisso diferindo dos casos graves das febres perniciosas palúdicas da região, nos quais a diarreia, frequentemente sanguinolenta, sobrevém.”

⁴⁵ Browne, 1872-3, p. 178-9.

⁴⁶ Browne, 1872-3, p. 178-9.

⁴⁷ A posição de Browne respalda-se em outra fonte da sua pesquisa, a visita aos hospitais a serviço da companhia construtora da ferrovia, instalados nas proximidades das obras, onde entrevista os médicos Crow e Ward. “Estes senhores – diz Browne (1872-3, p. 179)– consideram a doença como uma febre tifo-malárica. Opinião que parece correta, a julgar pelos pacientes observados.”

Browne observa que a febre de Oroya pode evoluir para uma forma álgida, com redução de temperatura, sudorese profusa, vômitos e purgação, possível evolução para delírio e estado comatoso ou coma, com aparecimento de petéquias. A doença também pode progredir para um estado tifoide, com subdelírio e *subsultus tendinum*, seguido de estado comatoso ou convulsivo anunciado por tremores nervosos dos membros e da língua. Tasset fala em estado de estupor.

Do lado da medicina limenha, Basadre observou, em 1873, que “os trabalhadores da estrada de ferro para Oroya sofrem de uma febre gravíssima, de caráter tifoide, de curta incubação”⁴⁸. Para Browne, como para Tasset, a evolução para o estado tifoide final é a característica mais marcante desta enfermidade, ligada ao caráter adinâmico da febre que gera prostração e anemia repentinhas⁴⁹. Browne acrescenta a esta caracterização as sensíveis alterações de pulso, aparência ictérica e sangue desprovido de hematina e de glóbulos.

São as características tifoídes que levam Browne a ver, na febre de Oroya, algo diverso do paludismo e o argumento derradeiro para sua apartação de Tasset é a observação de que a febre de Oroya não pode ser influenciada pela quinina como o paludismo.

Sobre a relação da febre de Oroya e a verruga, Browne apresenta as duas perspectivas pelas quais Tasset as articula, a contiguidade⁵⁰ e a complicação, mas prefere distanciar-se e defender, simplesmente, a independência⁵¹ completa entre as duas doenças, com dois argumentos. O primeiro, Browne (1872-3, p. 175) toma-o de Tasset: “A verruga parece ser independente do local das febres, visto que ela se manifesta sem elas”. O segundo apela para a história das duas doenças: “Como as febres malignas de Oroya parecem ter tido origem na remoção de terreno para a construção da ferrovia, sua conexão com as verrugas – uma doença tão antiga quanto a história do país – não é evidente.” Browne, portanto, não se vê em condições

⁴⁸ O trabalho “Verrugas: história clínica do quinto exame profissional” do estudante Enrique C. Basadre só foi publicado por Avendaño em 1885, em meio aos demais documentos que vieram à luz após a morte de Carrión. Historicamente, entretanto, este documento pode ser utilizado como pertencente a seu ano de escritura, 1873, porque ele era facilmente disponível a quem quisesse se ocupar do tema, em Lima. Tanto é assim que, a despeito dos estragos que as tropas chilenas impuseram à Faculdade de Medicina, Avendaño conseguiu acessar e publicar o texto, quando houve interesse por ele, em outubro de 1885.

⁴⁹ Segundo Browne (1872-3), “há grande irregularidade na sucessão dos diferentes estágios, mas por mais indistintas e irregulares que as formas tenham ao seguir seu curso, os sintomas são sempre aqueles de uma febre de caráter verdadeiramente adinâmico. Prostração, em proporção da severidade do paroxismo, relaxação dos músculos e anemia são frequentemente repentinhas e seguidas por afonia”.

⁵⁰ Browne (1872-3, p. 175) compreendeu perfeitamente a importância do argumento da contiguidade elaborado do antecessor: “Dr. Tasset pensa a afecção como uma forma particular de escorbuto, que substitui as petéquias da febre de Oroya e considera que a circunstância não indiferente por que ela parece diminuir a gravidade desta última doença.”

⁵¹ Tasset (1872, p. 461) dissera: “Em todo caso ela [a verruga] parece ser totalmente independente da febre palúdica do lugar [refere-se à febre de Oroya], já que ela [a verruga] pode se manifestar sem esta”.

Enquanto isso, Browne (1872-3, p. 175) afirma: “Ela [a verruga] parece ser independente das febres locais, pois ela se manifesta sem estas”.

de colocar no campo do erro a observação de Tasset, a contiguidade das duas doenças, e o repele por razões exteriores à observação clínica direta⁵².

A febre tifo-malárica de Oroya seria, para Browne, uma doença extraordinária e peculiar ao Peru. Porém, na literatura médica de expressão inglesa, sobretudo americana, as febres tifo-maláricas não têm nomes delimitados por particularidade geográfica. O que justifica que uma febre tifo-malárica seja, ao arrepio da literatura de expressão inglesa sobre o tema, exclusiva ao Peru, como pretendeu Browne? Ele não tem resposta para isso e assume a posição de Crow e Ward: a doença é um mistério, salvo por sua lamentável mortalidade⁵³.

b) Ward: o apagamento nosográfico da febre de Oroya

Em algum momento entre 1871 e 1872, Ward⁵⁴ fora entrevistado por Browne a propósito da natureza da febre de Oroya e, juntamente com Crow, respondera que esta doença parecia ser uma febre tifo-malárica⁵⁵. Surpreendentemente, entretanto, quando Ward publica seu artigo de 1877, declarando que a patologia humana foi o principal obstáculo ao ascenso da estrada de ferro, fala sobre a verruga, sem o comparecimento da febre de Oroya. Ora, Browne (1872-3), a única referência bibliográfica direta de Ward, considerara que justamente a febre de Oroya teria sido o maior obstáculo ao avanço das obras e não a verruga.

A análise do artigo de Ward evidencia que o desaparecimento da febre de Oroya não se faz acompanhar da pura supressão da metade do artigo de Browne, aquela que dizia respeito à febre de Oroya, considerada patologia independente da verruga e muito mais grave que esta. Ao contrário, a parte essencial, em termos de descrição sintomatológica, daquilo que Browne diz sobre a febre de Oroya é incorporado, por Ward, ao conceito da verruga. Conceito este que adquire uma nova feição, em relação ao conceito da verruga defendido por Browne.

A princípio o conceito de verruga de Ward, como o de Browne, está do lado daquele de Smith, Tschudi e Dounon e do lado oposto da verruga apirética de Salazar (1858). Ward (1877, p. 686) concebe a verruga como “uma doença usualmente precedida por uma febre inicial de

⁵² Browne, 1872-3, p. 175.

⁵³ Browne, 1872-3, p. 179.

⁵⁴ A. Georg foi sucessor de Kinney no cargo de diretor médico da estrada de ferro para Oroya.

⁵⁵ Ward foi, dentre os que escreveram sobre a verruga, o menos conhecido. Não é citado na medicina francesa, nem na de expressão alemã. A literatura limenha não chegou a conhecê-lo e o mais surpreendente é que nem mesmo os tratadistas de doenças tropicais de expressão inglesa citam o seu artigo, a despeito da relevância e originalidade de sua contribuição.

variável intensidade, com duração de dez a trinta dias, acompanhada por dores lancinantes de um caráter reumático, finalmente culminando em uma erupção de verrugas externas pelo corpo”. Nos casos ordinários, tal como Browne havia caracterizado, a verruga é anunciada por febre, que é grave, em oposição aos casos apiréticos e benignos. Por ora, Ward quase repete Browne, incluindo a sincronia da febre com as dores reumáticas como diagnóstico diferencial do paludismo. A novidade de Ward (1877, p. 686) é a introdução de uma tipologia do período pré-eruptivo febril, que pode ser agudo reumático ou subtifoide.

Ward não caracteriza o estado agudo reumatoide, mas Browne (1872-3) observa que a verruga pode começar com um decidido ataque febril acompanhado por dores ósseas e reumáticas.

Ward não caracteriza o estado subtifoide, mas Browne o faz e isso de maneira convergente com a observação de Tasset: a febre de Oroya apresenta uma sintomatologia tifoide.

Em Browne, a febre de Oroya produz alteração do sangue, que se apresenta desprovido de hematina, e a verruga não. Em Ward (1877, p. 687), é a fase febril e pré-eruptiva da verruga que pode apresentar sangue diluído e deficiente em hematina, com prognóstico grave.

Entre Browne e Ward, há um ponto de ligação que auxilia a evidenciar o eixo de continuidade da medicina de expressão inglesa. Ward documenta, em seu artigo, que recebeu orientações sobre o tratamento da verruga do anterior diretor médico da empreiteira, H. Kinney⁵⁶. Ward não explica as instruções recebidas, mas é possível um rápido embora suficiente acesso às ideias de Kinney. Há registros da sua participação no primeiro debate sobre a conferência de Pancorvo sobre a febre de Oroya, em setembro de 1875, na Sociedade Médica de Lima. Kinney se posiciona a favor da tese de Salazar segundo a qual a febre de Oroya é um período de incubação da verruga, com base na observação comparativa entre os estados patológicos dos trabalhadores da ferrovia e a “crença vulgar que a febre depende da verruga que não saiu”. Trata-se de uma crença de que Kinney toma conhecimento em seu contato direto com as comunidades atingidas pelas obras da ferrovia. Browne (1872-3) já havia observado que os habitantes das paragens aguardam o aparecimento da erupção da verruga com interesse e comemoram sua chegada, mas não havia associado esta expectativa com a febre de Oroya dos trabalhadores da ferrovia, estrangeiros à região endêmica da verruga. Kinney fez isso. O artigo de Ward apenas leva a posição de Kinney à derradeira consequência. O nome ‘febre de Oroya’, supérfluo, desaparece.

⁵⁶ Ward (1877) diz que recebeu recomendações de H. Kinney sobre o tratamento da verruga.

Tasset e Browne haviam associado o pior dos prognósticos à febre de Oroya. Browne havia observado que, entre os nativos, aguarda-se a erupção da verruga como se a vida do indivíduo dependesse do brote. Kinney, em 1875, unificou estas observações quando diz que a febre de Oroya, enquanto período de incubação da verruga, pode seguir sua marcha em direção à morte, independentemente de qualquer tratamento, se a erupção da verruga não sobrevém ao exterior.⁵⁷ Ward seguindo Kinney, mas suprimindo a febre de Oroya, diz que os “pacientes assim afetados requerem atenção cuidadosa pela extrema suscetibilidade de sucumbir pela violência da febre, antes que a erupção apareça”. Dessa forma, a medicina de expressão inglesa reinstala aquela observação, até então exclusiva de Tschudi (1845): é possível morrer pela doença de verrugas em estado febril grave antes do surgimento do signo patognomônico da doença.

Uma vez deixada para trás a febre de Oroya e instalada uma observação de longo prazo das patologias dos trabalhadores da ferrovia, Ward retoma um programa de Dounon (1871), o estabelecimento das analogias da verruga, desta vez, com as febres exantemáticas e a sífilis.

Ward considera o caráter crítico da erupção para os sintomas gerais que lhe antecedem um tópico de analogia positiva da verruga com as febres exantemáticas⁵⁸. Este caráter da erupção era um dos pontos de maior convergência dos observadores. Aparece em Smith, Tschudi, Malo e Dounon e Tasset. Browne e Kinney reforçam a ideia através da observação da expectativa popular pelo aparecimento da erupção como condição para a salvação da vida do doente.

Tasset havia posto em analogia as manchas escorbúticas da febre amarela, de um lado, e a verruga que sucede a febre de Oroya, de outro. Mas, desde o nascimento da clínica da verruga até Ward, ninguém estudara de forma tão sistemática os tópicos da analogia da verruga com as febres eruptivas, como Basadre (na sua “História clínica do quinto exame profissional”, de 1873), quando ele se pergunta pela possibilidade de a febre de Oroya ser considerada uma forma da verruga. Para Ward, como para Basadre, a verruga recidiva e isso pede seu afastamento das febres exantemáticas.

⁵⁷ Anônimo, 1875b.

⁵⁸ Na categoria das febres exantemáticas ou eruptivas, a erupção é vista como um fenômeno crítico que determina a cessação da febre, sempre presente, e melhora dos demais fenômenos patológicos gerais. Estas febres são contagiosas, frequentemente epidêmicas e criam uma imunidade mais ou menos completa no indivíduo atingido uma primeira vez (Castan, 1864.). Há autores que incluem, além destas características, a forte regularidade dos fenômenos, o tempo rigorosamente marcado para o aparecimento de certos sintomas e a capacidade da doença de ser transmitida de homem doente a homem saudável, por inoculação artificial. As febres exantemáticas em senso estrito ocorrem apenas uma vez na vida de um indivíduo; são contagiosas de homem a homem e permitem a comunicação da doença por inoculação. Ademais, caracterizam-se pela grande regularidade do ciclo temporal da eflorescência cutânea e demais sintomas e pelo caráter crítico da erupção, na marcha da doença (Tweedie, 1859).

Esta posição comum entre Ward e Basadre, entretanto, incide sobre um dos tópicos de forte desacordo da literatura. Para Tschudi, as úlceras da verruga recidivam e são difíceis de curar; o conjunto dos sintomas reaparece frequentemente e durante anos, com desarranjos gerais ou locais mais ou menos pronunciados, como dores intermitentes nos ossos e nas articulações, câimbras e edemas. Malo observa que, após a remissão dos sintomas, a doença pode voltar a aparecer, inclusive de maneira mais grave e percorrer novamente todas as suas fases. Contrariamente a estes observadores, entretanto, Smith, Salazar, Dounon e Tasset defendem que a doença não ataca mais de uma vez a mesma pessoa. Dounon (1871, p. 29) polemiza com Tschudi e diz não ter tomado conhecimento de um só caso de recidiva dentre os doentes que viu e famílias que visitou, nos vales andinos e só admite a recaída em função de a doença não estar inteiramente curada.

Sem conhecer a contraposição de Dounon a Tschudi, Ward ofereceu sua contribuição. Ele apresentou o caso melhor descrito, até então, de sucessivos retornos da erupção. Ele próprio contraiu a doença e descreveu sua evolução. Desde o primeiro mês de sua instalação profissional na região da doença, Ward desenvolveu os sintomas de dores reumatoides nas juntas, com relativa saúde sob outros aspectos, até a chegada de sintomas inflamatórios, com comprometimento do fígado e quadro geral grave, que melhora após erupção generalizada. O início das dores ocorrido em março deu lugar à erupção, em agosto, e que desapareceu, em dezembro. Mas este primeiro ataque foi seguido por mais três, entremeados por períodos de saúde. Todos os ataques tiveram nova fase eruptiva e sintomas gerais de gravidade variável, numa descrição similar à de Malo⁵⁹.

Basadre, mais sistemático que Ward, no exame tópico-a-tópico da analogia com as febres exantemáticas, também havia afastado a analogia da verruga porque esta não tem uma periodização nitidamente marcada, nem é contagiosa. Estas duas características da verruga confirmam-se em Ward, como de resto no conjunto da literatura, o que favorece o distanciamento da verruga em relação às febres exantemáticas.

Sobre a derradeira característica das febres exantemáticas, a inoculabilidade, Basadre e Ward tratam do tema apenas quando se perguntam pela analogia entre a verruga e a sífilis. Basadre informa a crença médica limenha segundo a qual as verrugas não são inoculáveis. Ward vai bem mais longe. Realiza inoculações da verruga ulcerada em si e em outras pessoas, sem resultado positivo, o que o leva a defender que a doença não pode ser comunicada por

⁵⁹ A pesquisa posterior colocou a observação de Ward do lado da verdade. Cf. Henriquez *et al.* 2004.

inoculação⁶⁰. Se ele afasta explicitamente a analogia com a sífilis, por extensão, a nota negativa também atinge a analogia com as febres exantemáticas.

Coerentemente com os resultados negativos de seus experimentos, Ward preteriu as analogias com as febres exantemáticas e com a sífilis e propôs que a doença mais próxima da verruga deveria ser a dengue. Nesta doença, Ward pode ter visto características que se aproximam da sua descrição da verruga: uma afecção febril, de começo repentino associado a dores nas juntas, seguida por erupção, mas entremeada de intervalos, remissões e de recaídas numerosas, mas também de exacerbações reumáticas e neurálgicas, o que lhe permite estender a duração de sua evolução, enquanto se deixa marcar por prostração e caquexia. Estas características da dengue, em Aitken⁶¹, guardam semelhanças evidentes com a verruga de Ward.

O importante a destacar é que, através desta analogia, Ward deixa de focar a erupção como índice da identidade da verruga para conceder este papel aos sintomas pré-eruptivos onde os pontos de contato com a dengue são mais pronunciados do que a aparência do exantema das duas afecções. Ora, esta analogia inédita da verruga nasce coerentemente com a nova distribuição dos sintomas que Ward operou, por oposição ao dualismo de Browne. Ward levou a doença de verrugas ao ponto máximo de distância das doenças meramente cutâneas, em relação a toda história precedente, exceto pela concepção abrangente com que Tschudi (1845) compreendeu a doença em sua globalidade.

3.3 A medicina limenha em 1875

Desde 1872, com exceção dos *Apontamentos* de Carrión, não houve, na medicina limenha, abordagem da verruga peruana que não gravitasse em torno da febre de Oroya. A introdução deste tema, no debate médico, estava reservada à conferência de Pancorvo, na Sociedade Médica de Lima, em setembro de 1875⁶².

⁶⁰ Ward, 1877, p. 686.

⁶¹ Aitken, 1866, p. 358; 1868a, p. 323-4; 1868b, p. 278. Conferir também Dunkley, 1872; Cotholendy, 1873; Littré *et al.*, 1873, p. 424; Smart, 1877.

⁶² Durante este grande intervalo entre o texto de Tasset (1872) e a conferência de Pancorvo (1875), a medicina limenha não publicou nada sobre o tema. García-Cáceres (1972, p. 63) dá uma explicação parcial para este silêncio: “Esta febre [de Oroya] foi a que dizimou os trabalhadores da construção da

A esta altura, entretanto, na visão de Bustamante⁶³, o então secretário da Sociedade, a intervenção de Pancorvo era extemporânea, já que, segundo ele, a febre de Oroya surgira e desaparecera durante os trabalhos na linha férrea. No entender de Pancorvo, ao contrário do de Bustamante, trata-se de um debate atual sobre o qual grassa o erro geral: os médicos limenhos reduzem a febre de Oroya à infecção palúdica. A intervenção de Pancorvo reivindica, portanto, de partida, que há, ainda, um mal de Oroya e que sua existência é escamoteada pela pretensão de que tudo não passe de paludismo.

Compreensível no interior da Sociedade Médica de Lima, este confronto de posições entre Pancorvo e Bustamante só se torna compreensível para o historiador quando peças que lhe elucidam tornam-se públicas, na literatura médica, muito tardiamente⁶⁴. Através da carta de José Anselmo de los Rios (1888), publicada após a morte de Carrión, fica-se sabendo que o signatário e outros dois professores da Faculdade de Medicina de Lima, Leonardo Villar e Aurelio León, foram nomeados pelo Governo Supremo do Peru para visitar as obras da ferrovia para Oroya e informar sobre a epidemia que grassava desde o final de 1870. Rios relata que a comissão esteve nas imediações de Cocachacra, em abril de 1871, e não apresentou um estudo por só ter permanecido, no local, de um dia para outro. Mesmo sem estudo, a comissão emitiu o parecer de que a febre de Oroya seria uma malária modificada pelas condições telúricas do lugar⁶⁵.

estrada de Ferro Central. Desta epidemia há pouco escrito já que, quando ocorreu com maior intensidade, não existia periódico médico algum”.

Sobre a medicina peruana da década de 1870, García-Cáceres (1972, p. 42) afirma que, quando se compara a *Gazeta Médica* de Lima com as revistas europeias, das décadas 1850 a 1860, observa-se que a medicina peruana não está distante da medicina europeia, mas a mesma tarefa, aplicada ao período de 1875 a 1879 resulta na clara percepção do deterioramento da medicina peruana e a brecha com a medicina europeia se torna enorme, em função do avanço da biomedicina e a falta de capacidade da medicina peruana de seguir o aparelhamento da medicina internacional em termos de histologia, bacteriologia e bioquímica, disciplinas que não foram conhecidas na Faculdade de Medicina de Lima antes do século XX.

⁶³ No segundo dos dois debates provocados pela conferência de Pancorvo (Bustamante, 1875b, p. 199).

⁶⁴ García-Cáceres (1972, p. 36-7.40) esclarece uma das razões para a inexistência de documentação médica sobre os acontecimentos de 1870-1871: neste momento, não existia nenhum periódico médico peruano em circulação. A *Gazeta Médica*, fundada em 1856, havia desaparecido dois anos antes.

⁶⁵ Sobre este tema, Cueto (1996, p. 345) afirma: “Porque a epidemia não era seguida por uma propagação geográfica da doença, as autoridades médicas nomearam-na ‘febre de Oroya’”. Estas sugestões não gozam de sustentação histórica pelas seguintes razões: (a) as autoridades médicas que visitaram o local não foram outras que a dita comissão da Faculdade de Medicina de Lima, que não aceitou dar ao nome ‘febre de Oroya’ legitimidade, no interior do saber médico; (b) justamente a incapacidade da doença de espalhar-se, seja por contágio homem-a-homem, seja por meio da atmosfera ou algum outro meio, levou a comissão a pensar que se tratava de paludismo, ou seja, de alguma doença que devia ser causada por algo local, incapaz de ser transportada dali a outros lugares como ocorrera com a febre amarela que, segundo Tasset (1872), chegara de navio a vapor às terras peruanas, com os doentes que estes transportavam.

Conhece-se, desde Arce (1918), o decreto governamental que nomeia, em 30 de março de 1871, os três professores para investigar “a natureza das enfermidades dominantes, tanto no hospital de Cocachacra, como nos acampamentos em que residem os trabalhadores da linha férrea”. Arce também tornou público o ofício inédito da comissão⁶⁶, onde se declara que “as enfermidades ali reinantes e que fizeram tantas vítimas, não são, em sua maior parte, senão febres palúdicas, muitas delas da forma perniciosas”. Segundo a comissão, tudo não passa de febres dos pântanos do rio Rimac e das inundações dos terrenos removidos para a terraplanagem da estrada de ferro de Lima para Oroya.

Graças a estes dois documentos tardios, compreende-se qual foi o alvo do editorial de *A gazeta médica* referente à segunda sessão de debates sobre a conferência de Pancorvo, quando o editorialista anônimo afirma que “os médicos que observaram a febre de Oroya não fizeram um estudo detalhado, minucioso desta enfermidade, como estavam obrigados a fazê-lo”⁶⁷. Apesar de o editorialista não nomear os faltosos com o dever, eles eram por todos conhecidos, no meio médico limenho. Compreende-se que a comissão de 1871 havia feito um trabalho insatisfatório, aos olhos da comunidade médica, e Pancorvo toma por mira uma posição etiológica sobre a febre de Oroya, cujos representantes mais destacados não eram outros que os três professores comissionados da Faculdade São Fernando. Nenhum deles, no entanto, tomou a palavra e é Bustamante quem, indiretamente, lhes poupa a responsabilidade, sugerindo que a tal febre já acabou com as obras e que, conseqüentemente, o tema é intempestivo.

Compreende-se também que o nome ‘febre de Oroya’ não foi, em seu nascimento, originário do ambiente médico, já que a Faculdade de Medicina de Lima, chamada a averiguar os acontecimentos *in loco*, não endossa o seu uso porque não pensa que se deva atribuir a mortandade, entre os trabalhadores da empreiteira da estrada de ferro, a não ser ao já conhecido paludismo, endêmico na região, embora agravado, naquelas condições.

Mas se Pancorvo defende a relativa autonomia da febre de Oroya “contra o exclusivismo etiológico do miasma palúdico”, não significa que tome uma posição diametralmente oposta a da comissão da Faculdade de Medicina, aquela de Hutchinson (1873)⁶⁸, embora não seja possível

⁶⁶ Ofício do Decano da Faculdade de Medicina ao Diretor de Instrução e Beneficência, de 14 de abril de 1871, *apud* Arce, 1918.

⁶⁷ Anônimo, 1875b.

⁶⁸ O médico irlandês Thomas Joseph Hutchinson dedica algumas páginas de seu livro (*Dois anos no Peru com exploração de suas antiguidades*) sobre os dois anos da sua estada no Peru a uma pequena abordagem da verruga e da febre de Oroya. Os médicos de expressão inglesa, Browne (1873) e Ward (1877), como a comissão de Harvard ignoram-no e ele aparece na narrativa histórica tradicional somente a partir de Matto (1886). Se ele fez parte do debate, na época da sua publicação (o que é impossível aquilatar porque não é citado, nem suas ideias conhecidas) só o foi no interior do pensamento limenho.

saber até que ponto o livro do médico irlandês tenha sido conhecido, neste momento, entre os médicos limenhos. Para Hutchinson, a malária dos pântanos não pode existir em região tão elevada em relação ao nível do mar, como aquelas onde existe a verruga peruana e onde os trabalhos da ferrovia deram lugar à febre de Oroya. O que não quer dizer que lá não existam pântanos, bem pelo contrário. O que Hutchinson pensa ser inaceitável é que aquela região andina pudesse ser aceita como região palúdica, numa altitude excessivamente mais elevada que todas as outras conhecidas regiões palúdicas do globo terrestre, desobedecendo a suposição de que o gás ou a substância palúdica não poderia existir nas condições atmosféricas de localidades tão elevadas. Apesar de que sua posição depender de um *a priori* estritamente teórico, o médico irlandês esteve no campo de obras da ferrovia no momento da emergência da febre de Oroya, entrevistou o pessoal da empreiteira, caracterizou a febre de Oroya como intermitente acompanhada de desarranjo hepático e mortalidade de 99% dos casos, realizando uma enquete bem mais detalhada que a comissão da Faculdade de Medicina. Para Hutchinson, entretanto, a febre de Oroya, além de não ter vínculo com o paludismo, também não o tem com a verruga peruana, que ele descreve como endêmica naquelas paragens. A febre de Oroya de Hutchinson é, assim, uma doença autônoma e restrita às localidades atravessadas pelas obras da estrada de ferro e emergente em função destas. A posição de Hutchinson sobre o paludismo, entretanto, isola-o por completo de Smith⁶⁹, Dounon, Tasset, bem como de toda tradição médica limenha. As quebradas ocidentais dos Andes são unanimemente consideradas endêmicas de febres intermitentes ou de febres palúdicas⁷⁰. A posição de Pancorvo, de que a febre de Oroya tem um vínculo necessário com o paludismo, baseia-se na posição unânime dos médicos em considerar endêmica de paludismo a região da verruga peruana.

Contra a comissão da Faculdade, Pancorvo propõe que a febre de Oroya depende de uma combinação de doenças. A debilidade orgânica resultante da infecção pelo paludismo é condição *sine qua non* para o desenvolvimento da febre de Oroya, efeito de um miasma pútrido de origem

⁶⁹ Em sua descrição das doenças dos vales intermediários do Peru, Smith (1842, p. 62-64) dedica mais de duas páginas às febres terças.

⁷⁰ A identificação entre febres intermitentes e febres palúdicas é quase unânime, neste período. Porém, chamar as febres intermitentes de palúdicas já implica uma posição etiológica, a associação da doença a alguma substância pútrida dos pântanos, como em Bayle (1869). Mas há autores que, mesmo sem negar a relação estreita entre febres intermitentes e lugares pantanosos, contestam a universalidade da causa palúdica, pois as tais febres existiriam também onde não há alagadiços (Negro, 1860; Lansier, 1861; Ridreau, 1868, p. 98-100; Boullé, 1864; Bayle, 1869). No debate que se segue à comunicação de Pancorvo, Barrios, o terceiro interveniente, objetou que, “se havia provado que a intermitência não era o caráter essencial das afecções palúdicas”.

animal⁷¹, o hidrogênio sulfurado (ácido sulfídrico). Os dois miasmas, o palúdico (vegetal) e o animal, agem de maneira conjugada e a diversidade clínica dos casos deve ser explicada por suas diferentes proporções relativas⁷².

Justamente porque Pancorvo defende a atualidade da existência da febre de Oroya, ele se ocupa do problema diferencial dela em relação à febre palúdida simples. A primeira seria uma febre contínua e sem remissão, enquanto a segunda é intermitente. Ademais, nas formas palúdicas mais perniciosas, a caquexia estaria ligada à culminância da intoxicação e poderia faltar nos primeiros ataques. Na febre de Oroya, ao contrário, a prostração seria aguda, desde o princípio. Nas febres palustres, o esgotamento seria gradual e lento, mesmo quando em direção ao extremo. Na febre de Oroya, o esgotamento avançaria velozmente, desde a instalação até o estado caquético mais profundo. Daí que o desfecho fatal seria típico na febre de Oroya e esporádico nas palúdicas. A caquexia precoce, a diarreia, o vômito, a febre ardente, o pulso pequeno, a alteração sanguínea, com hemorragias, petéquias e cefalalgia seriam signos indicativos do caráter pútrido (do hidrogênio sulfurado), ou melhor, do duplo mefitismo (do miasma palúdico mais o miasma pútrido animal) da febre de Oroya, em oposição ao paludismo simples.

Pancorvo concede que, na fase de instalação, a febre de Oroya pode apresentar-se intermitente e propõe forjar a distinção através do sulfato de quinina, que suprime o paludismo, mas nada poderia contra a febre de Oroya. Tratada a febre intermitente e remanescendo a febre contínua, o médico estaria autorizado a declarar a febre de Oroya.

O procedimento de Pancorvo, entretanto, parece não resistir à análise. Ele critica os médicos limenhos por considerarem que a febre de Oroya não é mais que paludismo. Ora, o mais universal dos tratamentos antipalúdicos, a quinina, já seria o remédio indicado pelo médico que, vendo aquilo que Pancorvo chamaria de febre de Oroya, não visse outra coisa que paludismo. Pois bem, se a quinina não surtisse efeito para este caso, o médico adversário de Pancorvo diria que se trata de uma febre perniciosa palúdica. Pancorvo, ao contrário, declararia o diagnóstico de

⁷¹ Não é difícil encontrar este esquema de pensamento nos autores do período. Boullé (1864, p. 27), por exemplo, afirma que o miasma vegetal dá origem às febres intermitentes simples, mas “na medida em que as matérias animais se elevam, vêm-se aparecer afecções diferentes e, dos acidentes intermitentes simples, elevar-se-ão as febres contínuas dos países quentes, à febre amarela, à disenteria, ao cólera, à peste e ao tifo”. Os miasmas de origem animal são tidos sempre como mais graves. Para (Boullé, 1864, p. 27) os miasmas animais são constituídos de “detritos de animais inferiores mortos e depositados no seio da terra”. Os gases provenientes desses detritos é que constituem o miasma animal.

⁷² Em Pancorvo e na maior parte dos autores, o paludismo, diferentemente de Tasset (1872), engloba as febres intermitentes simples e febres palúdicas. Mas, o paludismo, em Pancorvo, é mais uma larga faixa de possibilidades patológicas de febres intermitentes, que uma doença bem determinada.

febre de Oroya. Qual a diferença efetiva entre os dois diagnósticos? O de Pancorvo apenas alardearia o prognóstico fatal, a se considerar sua caracterização da febre de Oroya.

No debate que se segue à conferência de Pancorvo, o tema da quinina reaparece e lhe dá uma configuração completamente diversa. Quem retoma o tema é Kinney, penúltimo interventor no primeiro debate, médico da construtora da estrada de ferro, reconhecido, na ocasião, como único observador *in loco* da enfermidade⁷³. Kinney aceita discutir com Pancorvo, usando o nome ‘febre de Oroya’, mas usando este nome para indicar a fase da verruga peruana anterior à erupção, tal como propuseram Salazar, Barrios e Fuentes, em intervenções anteriores à dele. Kinney diz que suas observações confirmam a crença dos nativos segundo a qual a febre dita de Oroya depende da verruga que ainda não floresceu. Kinney concorda que a febre de Oroya ocorra simultaneamente com a febre palúdica⁷⁴ e que o sulfato de quinina possa auxiliar o diagnóstico diferencial. O resultado do rearranjo das coisas é significativo. Em Kinney, a quinina tem um uso preciso na região em que são endêmicos a verruga e o paludismo. A quinina serve para eliminar a alternativa do paludismo, quando uma febre pode ser ou não o anúncio da verruga, que pode estar para aparecer. A ineficácia da quinina é indicativa de que aquilo que se parece com o paludismo possa ser a verruga peruana. Em Kinney, portanto, a quinina serve para ajudar a esclarecer as dificuldades do diagnóstico diferencial entre a verruga ainda sem erupção e o paludismo e não para dar-lhe diagnóstico de febre de Oroya, como em Pancorvo. Mais que isso, a intervenção de Kinney mostra que a febre de Oroya é uma noção que surge em função da situação embaraçosa que causa a semelhança do estado pré-eruptivo da verruga com a febre palúdica.

Esta discussão, entretanto, teve um precedente esclarecedor. Dois anos antes dos debates provocado por Pancorvo, Basadre⁷⁵ relata o uso do sulfato de quinina no diagnóstico diferencial

⁷³ O editorialista Anônimo (1875a) diz que Kinney foi o único a praticar a medicina nos lugares onde apareceu a febre de Oroya e Bustamante (1875a) informa que Kinney foi nomeado para apresentar um estudo sobre a dita febre, “pois ele esteve no teatro mesmo da enfermidade”. Este estudo nunca foi apresentado por Kinney, embora o trabalho de seu sucessor, Ward (1877), represente, indubitavelmente, o pleno cumprimento desta incumbência.

⁷⁴ Segundo o editorialista Anônimo (1875a), no primeiro debate.

⁷⁵ Acessível por esta época, em forma de manuscrito, na Faculdade de Medicina de Lima, o texto de Enrique C. Basadre, *Verrugas. História clínica do quinto exame*, só foi publicado em 1885, após a morte de Carrión. De toda a bibliografia anterior, Basadre tem notícia apenas da tese de Salazar. O fato de ele desconhecer a tese de Dounon (1871) é um indicativo a mais de que a medicina limenha a ignorava até por volta de 1886. Basadre foi considerado o fundador da doutrina unicista por Matto, enquanto Avendaño não destaca sua antecedência em relação ao debate da Sociedade Médica de Lima de 1875. Rapidamente, a narrativa histórica tradicional relegou Basadre ao segundo plano. Trata-se, entretanto, de uma contribuição relevante. Afinal, entre a comissão da Faculdade de Medicina de Lima enviada para

da verruga e as febres intermitentes: “Ainda que seja verdade que as verrugas se apresentem, às vezes, com um aparato febril, este quase sempre cede ao sulfato de quinina [...], o que prova que esta febre não é senão uma complicação”. Antes de Kinney, portanto, Basadre indicava o uso da quinina como procedimento que, aplicado a febres indefinidas, serve como índice de antecipação do diagnóstico da verruga.

Para Basadre, entretanto, o sucesso no uso da quinina contra febres que acompanham a verruga é um indicativo que estas febres não passam de complicação da verruga, o que lhe permite endossar a tese de que a verruga peruana não é uma febre e, portanto, não pertence ao grupamento das febres eruptivas. Basadre, em 1873, coloca esta conclusão no lado do conhecimento certo, mas abre uma hipótese contrária. Aventa a possibilidade de que a verruga fosse uma doença febril e que, assim, pudesse ser admitida uma analogia positiva entre ela e as febres eruptivas. Esta possibilidade existiria se fosse aceita a ideia de que a chamada febre de Oroya fosse uma forma da verruga.

Ora, a ambiguidade irresoluta de Basadre permite avançar na compreensão do enfrentamento de Pancorvo com a posição da comissão da Faculdade de Medicina.

A comissão esteve no local em que a epidemia febril começou a atacar os trabalhadores e sabia que este ataque se dava a partir da penetração das obras na região onde se pode contrair a verruga peruana. Prova de que a comissão estava ciente disso é que Rios e León, conforme a carta do primeiro (Rios, 1888), aproveitaram aquela rápida visita para fazer uma ingestão experimental da chamada ‘água de verrugas’ com o objetivo de averiguar se havia um potencial patológico no manancial que justificasse seu apelido. A comissão, entretanto, conforme Rios (1888) e os documentos trazidos à luz por Arce (1918), não colocou o problema da relação entre a febre de Oroya e a verruga peruana. Por quê?

Certamente, a comissão podia ter discutido a relação entre febre de Oroya e verruga peruana. Afinal, Tasset, que não esteve no local, adotou a mesma posição que a comissão, ou seja, que a febre de Oroya é uma forma de paludismo, mas postulou uma relação necessária entre a febre de Oroya e a verruga peruana, a contiguidade e o caráter crítico da erupção para a febre de Oroya. Ademais, Tasset (1872, p. 456) diz basear-se em depoimentos de médicos limenhos que visitaram as obras. Ora, não existe notícia de outra visita médica além daquela da comissão da Faculdade de Medicina e esta interlocução de Tasset com a comissão explica o ponto de convergência das posições: a febre de Oroya é uma forma de paludismo. Mas, a leitura de Tasset

conhecer a febre de Oroya, em 1871, e Pancorvo (1875), Basadre é, em 1873, o único documento médico limenho sobre o tema.

permite insistir na pergunta: se a comissão podia perguntar pela relação entre a febre de Oroya e a verruga, por que não o fez?

De um ponto de vista estritamente epistemológico⁷⁶, a comissão não colocou a febre de Oroya em relação com a verruga peruana por pressupor o mesmo conceito de verruga que explica a ambiguidade de Basadre. Trata-se do conceito disponível nos claustros da Faculdade São Fernando, a verruga apirética. A continuidade entre a tese de Salazar e o trabalho de bacharelado de Velez (1861) não é explicada apenas porque ambas foram orientadas por Manuel Odriozola⁷⁷, o respeitado e ainda ativo membro da congregação, até depois da morte de Carrión⁷⁸. Justamente a concepção da doença como apirética é o pressuposto não explícito da tese de Velez, uma abordagem anatomopatológica da verruga peruana que analisa

⁷⁶ O que não impede que pesquisas posteriores discutam esta mesma pergunta de um ponto de vista ético, político e social.

⁷⁷ Segundo García-Cáceres (1972, p. 32-4,54-60), Manuel Odriozola (ou Oriozola, segundo a grafia antiga) (1828-1889) é filho do Coronel Odriozola, Diretor da Biblioteca nacional e pai do médico Ernesto Odriozola, colega de faculdade de Carrión e que, em função da guerra, partiu para a França para terminar seus estudos médicos, enquanto a família de Carrión não pode atender seu pedido para um mesmo destino. M. Odriozola teria sido “um dos primeiros limenhos de ascendência e linhagem a abraçar a carreira médica (antes da reforma de Heredia a profissão estava reservada a provincianos e limenhos de classe média baixa, especialmente a mestiços, quando as famílias limenhas de alta nobreza tinham orgulho em tomar médicos dentre os mais destacados membros de sua servidão ou de seus dependentes)”. M. Odriozola foi professor de patologia interna, por chamado de Heredia. Eleito Decano da Faculdade de Medicina durante o período do seu funcionamento na clandestinidade, em função da ocupação militar chilena do edifício da Faculdade. Antes da invasão das tropas chilenas, no verão de 1881, (Carrión havia terminado o primeiro ano de estudos de medicina), os arquivos da Faculdade foram trasladados para os domicílios de M. Odriozola e Ulloa, o secretário (condição que se manteve enquanto Carrión cursou do segundo ao quarto ano do curso). A Faculdade de Medicina foi ocupada e depredada pelas tropas chilenas. Após a ocupação chilena, o decano da Faculdade de Medicina, Manuel Odriozola teve um incidente com o presidente da República, o General Iglesias, em meados de 1884. Este quis regularizar por decreto a situação de um professor, irmão de Manuel Corpancho, que havia sido imposto anteriormente pela ditadura de Piérola, sem concurso, ao arripio da lei universitária vigente. O decano enfrentou o presidente, que o destituiu. M. Odriozola havia sido o ministro da instrução, quando da aprovação da lei universitária, no governo de Manuel Pardo. Quase todos os professores da Faculdade renunciaram em protesto contra o desrespeito da autonomia universitária que vitimara o decano. Ficaram na Universidade Manuel Corpancho e seu irmão causante do incidente. O corpo dos renunciantes fundou a Academia Livre de Medicina como instituição não-governamental para o fomento da medicina e restauração nacional pós-guerra. Um dos primeiros atos da Academia foi a convocação do concurso sobre a verruga peruana, em julho de 1885 (poucas semanas depois, Carrión se fará inocular). Os professores renunciantes começaram a ditar cursos livres em seus serviços hospitalares. Villar inaugurou uma Cátedra livre na sala *Las Mercedes*, no Hospital Dois de Maio. Quando Cáceres derrubou Iglesias, M. Odriozola foi reconduzido ao decanato.

Ademais, toda a tradição considera Manuel Odriozola um dos primeiros observadores da doença de verrugas em função de um texto que foi, na verdade, escrito por Salazar. Ver a nota de número seis do primeiro capítulo.

⁷⁸ O trabalho de bacharelado de Velez (1861) estava facilmente disponível, na Faculdade de Medicina de Lima, já que publicado na Gazeta Médica de Lima (1861, p. 198-9), mas nem Avendaño (1885) nem Matto (1886) citaram-no.

exclusivamente os tecidos da erupção, como se não existissem lesões anatômicas de outra natureza, as associadas aos sintomas gerais.

A verruga apirética de Salazar, a única referência bibliográfica do trabalho de Basadre, explica que este tenha considerado o uso eficaz do sulfato de quinina como prova de que as febres da verruga são complicações. Ao declarar esta conclusão, o estudante de medicina se confluí com o conceito tradicional da verruga, na Faculdade. Assim, ele pode, ao dar forma à ideia, alocá-la no campo da verdade. Mas, sua hipótese da febre de Oroya como forma da verruga colide com a verruga apirética e isso explica o precário estatuto em que inscreve a postulação: o de exterior ao campo da verdade.

Compreende-se, agora, o terreno sobre o qual caminha Pancorvo. Para propor um estatuto nosográfico próprio à febre de Oroya, sem citar que ela surgiu naquela região muito estreita onde é endêmica a verruga, sem levar Tasset a sério, Pancorvo faz o mesmo que a comissão de 1871 e Basadre, em 1873: supõe verdadeiro o conceito de verruga apirética da tradição da Faculdade de Medicina de Lima.

Ora, a imediata reação contrária a Pancorvo, logo no início do primeiro debate, não foi a de um desconhecedor do problema. Inesperadamente para o conferencista, ninguém menos que Salazar, o autor da tese de 1858, o formulador do conceito de verruga apirética, diz que a febre de Oroya não se associa ao paludismo, mas à verruga. Ao fazê-lo, Salazar empurra para o campo do erro a verruga apirética, aproveitando-se da situação confortável de poder fazê-lo numa crítica contra Pancorvo e não como refutação explícita da sua própria tese de doutoramento⁷⁹.

Percebe-se que, dos dois golpes de Salazar, o explícito e o implícito, o segundo é pior porque rouba de Pancorvo o pressuposto inconfesso que este partilhava justamente com sua adversária, a comissão de 1871: pode-se falar da febre de Oroya como paludismo (como fez a comissão de 1871) ou como intoxicação de hidrogênio sulfurado (como fez Pancorvo), sem discutir a relação com a verruga porque esta, sendo apirética, não tem nada que ver com a nova patologia.

Ao fazer da febre de Oroya uma forma de paludismo, a comissão de 1871 impediu que esta nova entidade ganhasse estatuto de entidade patológica autônoma, na medicina limenha.

⁷⁹ Compreende-se que Avendaño (1885), Alcedan (1886) e Matto (1886) tenham evitado pôr em evidência a verruga apirética de Salazar (1858), pressuposto para a compreensão dos debates de 1875 sobre a febre de Oroya. Afinal, Salazar era membro ativo da comunidade médica limenha à época de Carrión, como se percebe pela publicação do caso clínico de Mestanza (1885), que era interno no serviço de Salazar. Desde Avendaño, a narrativa histórica tradicional da doença de Carrión dispõe da informação da verruga apirética de Salazar (1858) e da proposição do mesmo Salazar, em 1875, segundo a qual a febre de Oroya pertence à verruga.

Alterando a teoria etiológica da febre de Oroya, Pancorvo franqueia as portas da Sociedade Médica de Lima. A verruga apirética prestou-se a ambos os serviços.

Se Salazar, em 1875, não ativa a memória da sua paternidade de um conceito que ele, agora, quer transferir para o campo do erro, muito menos o fará a narrativa histórica tradicional, que jamais confrontará as duas posições de Salazar e preferirá ver, entre a tese de 1858, erigida em marco do início dos estudos científicos sobre a verruga, e os debates de 1875, apenas o progresso cumulativo da verdade. Ora, admitir a verruga apirética como conceito coordenador da posição da medicina limenha, significaria confessar que um erro foi erigido, contra a verruga febril de Smith (1842), Tschudi (1845), Hirsch (1860) e Dounon (1871), e mantido até depois de Browne (1873). Percebe-se que a narrativa histórica tradicional tem razões para escamotear a verruga apirética^{80,81}.

Ao que tudo indica, o trabalho de Browne (1873) não era conhecido pela Sociedade Médica de Lima. Por isso, em conclusão ao primeiro debate sobre a conferência de Pancorvo, solicita-se de quem testemunhou as patologias dos trabalhadores da estrada de ferro, Kinney, um trabalho mais exaustivo. Ademais, o editorialista de *A gazeta médica de Lima*, no fascículo relativo à sessão da exposição de Pancorvo, demonstrando ignorar Browne, Tasset, Basadre e Hutchinson, destaca a originalidade e o ineditismo do conferencista: “é a primeira que se escreve sobre esta terrível enfermidade que destruiu tantas vidas” (Anônimo, 1875a).

A teoria do hidrogênio sulfurado, em Browne, é uma tentativa de explicar de maneira diferente de Tasset, o caráter tifoide da febre de Oroya que ambos observaram. Através da reação de Kinney a Pancorvo, percebe-se que o uso da quinina para distinguir a febre de Oroya do paludismo foi um procedimento usado pelos médicos de língua inglesa a serviço da empreiteira da estrada de ferro, onde Browne coletou a observação. O cirurgião da marinha norte-americana observou que a verruga é uma doença iniciada por ataque febril, mas explicou casos fatais entre os trabalhadores como febre tifo-malárica de Oroya. Assim, ele juntou o que encontrou

⁸⁰ Odriozola (1898, p. 26) foi o primeiro e único a fazer referência à verruga apirética de Salazar, mas ele não vê nisto relação alguma com o dualismo limenho, que nascerá em 1875, graças à febre de Oroya de Pancorvo.

⁸¹ Cueto (1996, p. 345) afirma que “o atraso em reconhecer a febre de Oroya (em contraste com a verruga) é atribuído ao fato que seus principais sintomas, febre e anemia, podiam ser confundidos com muitas doenças”. Ora, a febre de Oroya, durante o período 1870 a 1885, só apareceu, na literatura médica, como passível de ser uma forma agravada de paludismo ou de caquexia palúdica e nada mais, além disso. O problema do atraso na compreensão da relação entre a febre de Oroya e a verruga peruana, que é um problema gerado pela medicina limenha, é resultado, em primeiro lugar, de um obstáculo: a verruga apirética da Faculdade de Medicina de Lima. Este conceito sim é um atraso porque ele está em descompasso com as observações que vão de Smith (1842) a Dounon (1871). Portanto, o atraso que explica o surgimento da noção de febre de Oroya, na medicina limenha, é devido, em primeiro lugar, a um obstáculo epistemológico.

publicado em Tasset e o que ouviu de Crow e Ward. Explicou a confluência das suas observações clínicas com as de Tasset, pelo recurso a uma categoria típica da medicina de expressão inglesa e inexistente na medicina francesa da época, a febre tifo-malárica, para escapar ao transformismo dos miasmas de Tasset. Compreende-se o enraizamento do artigo de Browne. O mesmo não pode ser dito da conferência de Pancorvo. Mas, enquanto Browne continua ignorado pela narrativa histórica tradicional da doença de Carrión, as ideias de Pancorvo (1875) têm recebido louros de originalidade por parte dos derradeiros herdeiros da narrativa tradicional⁸².

Se Browne separa a verruga da febre de Oroya, mesmo entendendo que a primeira pode ser febril é por não dispor da ideia que aparecerá em Kinney (1875) e em Ward (1877), que o ataque febril da verruga pode ser fatal, antes da erupção, como havia observado Tschudi (1845).

Nas mãos de Pancorvo, as ideias de Browne permitiram que posições, em parte provenientes de Tasset e em parte de Crow e Ward, pudessem ser discutidas pela medicina limenha, na presença de um médico da companhia construtora da ferrovia, Kinney. Disso resulta a relevância dos debates de setembro de 1875. A que conclusões chega a Sociedade Médica de Lima?

No primeiro debate, em três de setembro, ninguém toma o partido do conferencista. Depois que Salazar e Fuentes defendem que a febre de Oroya se vincula à verruga e não ao paludismo, Barrios já começa a discussão sobre o mérito desta descoberta, preocupado em garantir a prioridade para Espinal. Bustamante desclassifica a possibilidade de uma intoxicação

⁸² A narrativa histórica tradicional, até Odriozola (1898), evitava destacar a participação de Pancorvo porque isso equivaleria a indicar um fundador limenho do dualismo nosológico. Publicações recentes (García-Cáceres *et al.*, 1991, p. S62; Panchas Chávez, 2001, p. 9), entretanto, vêm propondo que Pancorvo foi o inventor da nova entidade nosográfica. Um passo a mais e Pancorvo é convertido em fundador da clínica da febre de Oroya. Maguiña Vargas (1998, p. 24) diz: “Em 1875, Pancorvo propõe o nome de Febre de Oroya [...] e constitui o primeiro trabalho clínico da fase anemiante...”. O passo derradeiro foi dado por Garrido Chacon (2004, p. 16) que eleva Pancorvo à condição de primeiro marco do conhecimento da doença, na medicina do século XIX. A despeito da última tendência, no interior da narrativa histórica tradicional, não sobra nada de original na conferência de Pancorvo depois da leitura de Tasset (1872), Browne (1873) e Basadre (1873). Mas, o que é mais importante destacar não é a precedência quanto ao uso do nome ‘febre de Oroya’, no saber médico, mas sua exterioridade em relação à medicina, contra a qual há resistências de diferentes níveis e tipos, nas três linhagens do pensamento médico sobre a verruga. Como estas resistências existiam também na medicina limenha, não fazia sentido, até o final do século, reivindicar alguma glória para aquele que havia franqueado as portas da Sociedade Médica de Lima para a febre de Oroya. Estas homenagens a Pancorvo fazem parte do contexto posterior a 1937, quando é possível, embora não seja necessário, usar o nome ‘febre de Oroya’ para exprimir um conceito preciso e passivo de controle técnico: o de síndrome febril anemiante produzida pela destruição de glóbulos vermelhos em função do parasitismo da *Bartonella bacilliformis*, na fase da doença em que o agente patogênico ainda está presente no interior das hemácias ou livre na circulação sanguínea periférica.

química (pelo hidrogênio sulfurado) em nome da diversidade dos casos e porque muitos trabalhadores, lado-a-lado com colegas afetados, nada sofreram, enquanto uma intoxicação por gás deveria ter produzido sintomas idênticos sobre todos os expostos. Kinney acata a tese dos três primeiros intervenientes e Bambaren, presidente da Sociedade, arremata a discussão ao identificar, solenemente, as verrugas gravíssimas com a febre de Oroya (Bustamante, 1875a).

Mas esta confluência do acordo favorável a Salazar e contrário a Pancorvo sofre uma reviravolta, no debate seguinte, o de 15 de setembro de 1875⁸³, e é Salazar que se torna a mira das críticas.

Ignácio La Puente⁸⁴ acusa Salazar e seus partidários de tomar por base casos nos quais “já havia infecção do princípio morbífico [da verruga], que não se desenvolveu senão depois da desaparecimento da febre [de Oroya]”. Assim, para La Puente, “em todos os casos citados em apoio da opinião do Dr. Salazar, houve concomitância de ambas [a verruga e a febre de Oroya] ou a febre [de Oroya] atacou aos que se encontravam no período de incubação da verruga”⁸⁵.

Esta entrada de La Puente em favor de Pancorvo que, no debate anterior, havia ficado sozinho e acuado, promove uma reviravolta das coisas. No primeiro debate, Pancorvo defendera uma nova entidade patológica, exclusiva de uma pequena região peruana e de recente surgimento. O acordo dos opositores, a consideração de que o novo mal pertencia ao velho mal de verrugas, impunha a Pancorvo a tarefa de produzir as provas da autonomia contra a observação clínica comum de seus opositores. No segundo debate, a intervenção de La Puente transfere para Salazar e seus apoiadores o ônus da prova de que não se trata de uma complicação entre duas doenças.

Contra a objeção de La Puente contra Salazar, a ata do segundo debate registra somente uma contestação, a do próprio Salazar. Seu argumento é o mesmo de Tasset e de Espinal (relatado por Barrios): a observação clínica coloca a erupção da verruga na sequência da febre de Oroya⁸⁶. Compreende-se que, contra La Puente, o consenso das observações não era prova

⁸³ A ata do segundo debate sintetiza uma primeira fase da reunião, sem discriminação dos nomes dos interventores: “Os Senhores que tomaram a palavra [...] manifestaram [...] suas opiniões considerando a febre em questão como uma fase, um estágio ou um período de incubação da verruga” (Bustamante, 1875b, p. 198). Ora, esta foi a posição inicialmente defendida por Salazar, na sessão anterior e que atraiu a si todo o debate que lhe seguiu, deixando à sombra a relação entre a febre de Oroya e o paludismo, que foi a matéria da comunicação de Pancorvo. No segundo debate (cf. a ata de Bustamante, 1875b) as intervenções são mais uma vez dirigidas a Salazar, que centraliza pela segunda vez todo o debate, mas, agora, para ser contestado e não para ser seguido, como ocorreu no primeiro debate.

⁸⁴ Ignácio La Puente publicou *Dispepsia sintomática de pólipo uterino* (Gazeta médica. Lima, 1875, vol. I, p. 199) e *Cisto hidático no fígado* (Gazeta médica. Lima, 1876, vol. II, p. 337-339).

⁸⁵ Cf. a ata de Bustamante, 1875b, p. 198

⁸⁶ Bustamante, 1875b, p. 198.

suficiente. Acrescer novos casos não desfaria a acusação de que duas doenças, convivendo num só paciente, podem ser tomadas como se fosse uma só doença se os casos complicados são habituais.

Assim, La Puente empurra o segundo debate para um impasse. De um lado, a observação clínica da contiguidade entre a febre de Oroya e a verruga alinha Salazar e os que o apoiaram. Mas essa observação não é suficiente para provar, contra La Puente, que a febre de Oroya não seja uma complicação da verruga. Salazar e seus seguidores haviam adotado uma estratégia que os tornara reféns de La Puente: aceitaram a linguagem de Pancorvo. Ao fazer uso da noção introduzida por Pancorvo, deram vida à febre de Oroya. A dualidade nosológica estava irremediavelmente introduzida.

A saída para a determinação de quais sintomas gerais pertencem à doença, no período anterior ao seu fator patognomônico, a erupção, é da ordem de um pensamento que guia o olhar. Todos os observadores da doença do período de fundação da sua clínica (1842-1872) haviam observado que a doença tem sintomas gerais, mas diferiram quanto à concepção da doença em função de quais dos sintomas gerais entenderam pertencer à verruga. O que distingue Smith (1842), Tschudi (1845), Malo (1852) de Salazar (1858), foi que eles colocaram em operação o critério de que a coordenação entre os diferentes sintomas, sobretudo, o fato do aparecimento de um sintoma associar-se à remissão de outro, permite acompanhar a evolução da doença, sobre a massa de casos, e distingui-la das doenças complicadoras.

Ora, Salazar, não havia sido capaz de colocar em operação este princípio lógico, em sua tese, e não conseguirá fazê-lo, novamente, contra a objeção de La Puente. Mas, no segundo debate de 1875, Salazar não estava só, como na autoria de sua tese. Exceto pela ausência de Kinney, cuja presença não é registrada no segundo debate, o grupo de médicos que o apoiou no primeiro debate, incluindo o presidente da Sociedade Médica, não conseguiu fazer melhor que Salazar. Ademais, Tasset (1872) havia oferecido o argumento do caráter crítico da erupção para a febre de Oroya. Deixando de lançar mão deste esquema lógico do pensamento clínico, contra La Puente e Pancorvo, o frontão de resistência, contra a entrada da febre de Oroya no interior do saber médico limenho, falhou.

3.4 A medicina franco-germânica

a) A forma aguda da verruga e a verruga epidêmica: rejeição da febre de Oroya

Foi através de Tschudi que a medicina de expressão alemã teve contato direto com a verruga, mas, depois dele, o interesse se mantém vivo apenas através do *Manual de patologia* de Hirsch (1860), cujas edições ampliadas dependerão, no que diz respeito à verruga, das novas abordagens do tema por parte da medicina francesa. Esta continuará assegurando seu contato direto com a doença através da frequência da medicina naval às bases da medicina francesa em Lima: o Hospital Francês (também chamado, na Lima da época, *Maison de Santé*), dirigido pelas Irmãs francesas de São José de Cluny, e o Hospital Santo André, para homens, onde trabalham as Irmãs francesas de São Vicente de Paulo. Ademais, os *Arquivos de Medicina Naval* sustentarão a continuidade da reflexão francesa, iniciada na década de 1860.

Porém, enquanto a verruga peruana só aparece num quadro mais ou menos dominado pela febre de Oroya, em Tasset, Basadre, Hutchinson, Browne e na Sociedade Médica de Lima (em 1875), a febre de Oroya não logra penetrar na literatura médica franco-germânica. Os autores fundamentais continuarão a ser Tschudi e Dounon, até a época do experimento de Carrión. Do lado da medicina limenha, por sua vez, Dounon (1871) não será citado antes de Matto (1886) e o artigo de Tschudi (1845) permanecerá desconhecido até os dias atuais.

Isso não quer dizer que a medicina francesa não tivesse tido notícia da febre de Oroya. Tasset chegou a ser resenhado nos *Arquivos gerais de medicina*, como “interessante trabalho de geografia patológica”. Seu transformismo foi compreendido pelos resenhistas, Lasègue e Duplay (1872). Sua teoria das relações entre a febre amarela e o paludismo foi resumida e a parte que trata da verruga foi inteiramente transcrita, mas a febre de Oroya não é, sequer, designada pelos resenhistas. Disponível, o trabalho de Tasset chega a aparecer nas referências bibliográficas da parte do *Tratado de Corre*⁸⁷. Ademais, os médicos navais trabalham para ampliar e atualizar a tese de Dounon e manter o contato direto com a zona da verruga aproveitando-se da construção da estrada de ferro que vai facilitando o acesso. Portanto, a medicina francesa estava em contato com aquele tema que ela mantém do lado de fora da ciência, a febre de Oroya.

⁸⁷ O *Tratado clínico das doenças de países quentes*, de 1887, dedica as páginas 632 a 637 à verruga peruana.

Durante a primeira metade da década de 1870, os médicos navais Fournier (1874a)⁸⁸ e Bourse (1876)⁸⁹ observam casos de verruga e referendam a autonomia nosológica da doença de Dounon contra Le Roy de Méricourt.⁹⁰

Fournier (1874a) apresenta uma concepção da verruga que o aproxima de Ward (1877), ao propor a distinção entre uma forma aguda e outra crônica da doença. A fonte desta distinção, entretanto, não é Ward, mas uma entrevista concedida por Raimondi⁹¹ a Fournier.

É descrevendo a entrevista de Raimondi, que Fournier (1874a) caracteriza a forma aguda como comparável à varíola, “sempre anunciada antecipadamente por dores articulares muito vivas, cefalalgia, e distúrbios nervosos variados”. Enquanto isso, a forma crônica é discreta. As verrugas são menos numerosas e a floração incompleta, só se deixa curar quando uma erupção geral expulsa ativamente para a pele o pretendido vírus.

Raimondi, na qualidade de professor de história natural da Faculdade de Medicina de Lima e de quem foi vítima da doença de verrugas, já havia sido entrevistado por Dounon⁹². Ademais, o próprio Raimondi (1874, p. 58-65) publica suas notas tomadas entre 1867-8, no primeiro volume de seu livro de relatos das viagens exploratórias, intitulado *O Peru*, seu adoecimento com a doença de verrugas. Através destes dois relatos, o de Dounon e o de Raimondi, sobre a doença sofrida por este, é possível perceber que o naturalista italiano mudou sua concepção da verruga, após epidemia dos trabalhadores da estrada de ferro para Oroya.

Fournier, conhecendo o que Dounon relata sobre Raimondi em sua tese, relata apenas aqueles pontos da entrevista com o naturalista italiano que representam uma novidade em relação

⁸⁸ A. Fournier, médico da frota naval francesa, publica um relatório sobre as incursões da fragata *Flora* nas costas ocidentais da América do Sul. A parte do relatório que diz respeito à verruga é resultado da estadia em Lima, em julho de 1871. Fortemente interessado pela verruga peruana em função da provocação de Le Roy de Méricourt (1864), Fournier relata ter percorrido todos os hospitais de Lima e Callao em busca de casos da doença e relata ter encontrado cinco deles.

⁸⁹ Como Bourse não cita Fournier (1874a), é possível que, na época da escritura do texto de Bourse, o de Fournier não tivesse ainda aparecido. Bourse é outro médico da marinha francesa a publicar nos *Arquivos de medicina naval* um relatório de viagem à costa latino-americana do Pacífico Sul. A estadia no Peru, mais uma vez, é curta, de janeiro a fevereiro de 1874, mas a publicação do relatório é de 1876. A única referência de Bourse é a tese de Dounon, em relação a qual o objetivo explícito é oferecer uma atualização.

⁹⁰ “Nossas pesquisas foram pouco frutuosas e três casos somente ofereceram-se à nossa observação e, coisa particular, três franceses. Eles foram suficientes, no entanto, combinadas também às informações que pudemos obter, para nos convencer que se trata de uma entidade mórbida perfeitamente determinada e endêmica nas gargantas montanhosas dos Andes peruanos” (Bourse, 1876, p. 156).

⁹¹ Segundo García-Cáceres (1972, p. 24, 28), o naturalista Antônio Raimondi chegou a ser professor de ciências básicas na Faculdade de Medicina São Fernando de Lima, solicitando, em seguida, licença do ensino para dedicar-se exclusivamente a pesquisa.

⁹² Os resultados da entrevista concedida por Raimondi a Dounon aparecem na tese de 1871, às p. 10-1.44-7.

à tese do confrade da medicina naval, ou seja, justamente a distinção entre as duas formas da doença.

Ora, comparando, em primeiro lugar, o relato que Raimondi (1874 p. 58-65) faz de seu adoecimento, durante a viagem exploratória; a síntese que Dounon (1871) faz do caso; e, por fim, a entrevista relatada por Fournier (1874), percebe-se uma evolução na compreensão da doença.

Seja no relato de viagem do naturalista, seja na descrição de caso feita por Dounon, está claro que houve uma fase de instalação da doença, com sintomas agudos que geraram o temor pela vida, que ocorre ainda na etapa do ascenso e do descenso da serra, durante a qual Raimondi não tem dúvida alguma de ter adquirido a doença de verrugas e não há surpresa quando do aparecimento da erupção característica. Porém, seja em Dounon (1871), seja em Raimondi (1874), não se apresenta o caso como um exemplo da forma aguda da doença, tanto quanto não há a distinção teórica entre forma aguda e forma crônica. Mas, se esta distinção fosse utilizada, embora ela se só faça presente em Fournier (1874a), o caso de Raimondi deveria ser classificado como agudo já nas descrições de Raimondi e na de Dounon.

O que teria ocorrido entre a época da escritura do relato de viagem, a entrevista dada a Dounon e a entrevista dada a Fournier? O que explica esta evolução da compreensão da doença, a sua distinção em duas formas patológicas? O que ocorreu foi, com as obras da estrada de ferro para Oroya, o contato da massa de trabalhadores estranhos à região endêmica da verruga e seu adoecimento.

A diferença entre o quadro clínico que Raimondi descreve por si mesmo, semelhante àquele que Dounon retrata, em relação ao conceito de forma aguda, elaborado na entrevista concedida a Fournier, é que o novo conceito inclui distúrbios nervosos variados. Raimondi (1874) relatara a cefalalgia. Dounon (1871, p. 45) refere-se a esta e também ao enfraquecimento, emagrecimento, em pouco tempo e com progressos espantosos, associados à alteração de pulso, que se torna frequente e pequeno. Mas Raimondi, tanto em seu relato quanto no depoimento que concedeu a Dounon, não observa o sintoma nervoso por excelência, a febre.

O fato de Raimondi, seja em seu próprio relato, seja na entrevista dada a Dounon, não incluir a febre, entre os sintomas sofridos por ele, apesar da gravidade dos sintomas gerais descritos, mostra sua solidariedade, como professor de história natural com o conceito de verruga apirética da Faculdade de Medicina de Lima. Quando de sua entrevista a Fournier, a elaboração da distinção entre as duas formas da verruga mostra que Raimondi havia incorporado as consequências das patologias sofridas pelos trabalhadores da estrada de ferro para Oroya, de

forma a confluir com a concepção da verruga que o estudante Basadre (em 1873) elaborou. Raimondi, entrevistado por Fournier, dessa forma, aponta a mesma direção que Salazar e seus seguidores, no debate de 1875, gostariam de dar ao conceito da doença.

A nova posição de Raimondi, entretanto, não logra florescer no interior da via limenha de pensamento médico sobre a verruga, mas, ao fazê-lo pela via francesa, nenhuma palavra é dita sobre a febre de Oroya. Nome que Fournier não usa em momento algum de seu artigo, a despeito de seu explícito projeto de oferecer uma atualização do conhecimento sobre a verruga, em relação à tese de Dounon, que também nada diz sobre a tal febre.

Não há dúvida, entretanto, de que esta distinção entre as duas formas responde pelas consequências patológicas sofridas pelos trabalhadores nas obras da estrada de ferro para Oroya. É a este grupo que pertencem quase todos os casos clínicos observados por Fournier, nos hospitais de Lima, embora o médico naval não tenha determinado nenhum dos casos que observou e relatou como pertencente à forma aguda.

Pouco tempo depois da estada de Fournier no Peru, Bourse participou da visita do presidente da República do Peru ao local das obras da ferrovia, juntamente com os oficiais do *Atalante* e a convite do diretor da companhia construtora, no momento em que a linha havia ultrapassado Matucana e chegava a Yanil. Bourse usa, pela primeira vez, o conceito de verruga epidêmica, para indicar o que “ocorreu após a aglomeração de um grande número de operários para a construção do caminho de ferro de Oroya, que atravessa toda região das verrugas”. Segundo Bourse, o índice de mortalidade da doença que variava entre seis e 16%, nas condições endêmicas, saltou para 40 e 94%. Bourse relata que “todos os engenheiros empregados nos trabalhos da estrada de ferro estiveram doentes e, sobre dez, cinco morreram; de cinco outros, da época que estivemos em Lima, quatro estavam convalescentes, e um só estava curado”. Através de Bourse tornou-se conhecido que quarenta marinheiros do navio inglês *Petrel* desertaram e foram trabalhar na ferrovia e trinta destes morreram de verruga, depois de menos de um ano. Embora Bourse (1876, p. 365) considere que a epidemia já se havia aplacado, alguns meses antes de sua chegada, há indício de ameaça, pois relata que todo o pessoal da comitiva tomou uma dose de sulfato de quinina, na partida, em Callao, e outra no regresso, por conselho dos engenheiros da linha, “como medida profilática contra a febre e, por consequência, contra a verruga”⁹³.

⁹³ O modo como Bourse (1876) compreendeu a patologia dos trabalhadores da estrada de ferro aparecerá, bem mais tarde, como a interpretação verdadeira dos acontecimentos, embora o médico naval francês não seja citado como aquele que, antes de Carrión, já havia dado este entendimento às coisas. Em sua revisão da história da relação entre a febre de Oroya e a verruga peruana, Barton (1914, p. 38) afirma: “A

Convencido por esta descrição, Hirsch (1885) acata a verruga epidêmica de Bourse na sua compreensão global da doença, sem ver contradição com a descrição que dela fizeram seus primeiros observadores.

Assim, com Fournier e Bourse, a medicina francesa conflui para um ponto de encontro com a medicina de expressão inglesa do campo de obras da ferrovia. Tasset representou para a medicina francesa o que Browne foi para a inglesa, o advento da febre de Oroya. Fournier e Bourse realizaram um movimento análogo ao de Ward, a sintomatologia foi alocada na verruga peruana e a noção de febre de Oroya desapareceu. Ward integrou os sintomas tifoides da febre de Oroya como um tipo possível da fase pré-eruptiva febril da verruga. Em Fournier, essa possibilidade é a forma aguda da doença com seus distúrbios nervosos, uma expressão que recobre boa parte dos chamados sintomas tifoides, que aparecem em Tasset, Browne, Basadre e Ward. A distinção entre a verruga epidêmica e a endêmica vem, na verdade, completar as duas formas de Fournier. A aglomeração de pessoal estrangeiro e não-aclimatado na região endêmica da verruga dá lugar a uma epidemia e é na condição epidêmica que a doença adquire um prognóstico altamente mortal em relação ao prognóstico benigno da condição endêmica anterior. Dessa forma, às condições epidêmica e endêmica de Bourse correspondem, respectivamente, às formas aguda e crônica de Fournier.

Consequentemente, Fournier e Bourse reinstalam, como Kinney e Ward, a observação de Tschudi que Dounon não referendara, a possibilidade de morrer por causa da doença de verrugas, antes da erupção característica.

A diferença entre a trajetória das duas medicinas é que, na linha de pensamento dos médicos de expressão inglesa, a febre de Oroya foi admitida para ser, em seguida, rejeitada. Na medicina francesa, não houve aceitação preliminar da febre de Oroya. Em ambas as medicinas, entretanto, um desenvolvimento do conceito da doença concomitante com observações mais precisas foi permitido pelo ascenso dos trabalhadores da ferrovia às altitudes andinas da verruga, onde Tschudi (1845) já reconhecera, em suas viagens de três décadas antes, a possibilidade de morrer pela doença de verruga, sem a chegada da sua conhecida erupção.

variabilidade na fisionomia clínica da verruga que assinalamos observa-se com frequência e dela temos exemplos cada vez que se reúne um número maior de indivíduos suscetíveis em lugares onde é endêmica, como ocorre, *verbi gratia*, por motivo de obras e reparações, que frequentemente executam-se na linha para Oroya. Vê-se, então, como depois de pouco iniciados os trabalhos começam a apresentarem-se, nos acampamentos dos trabalhadores, casos de infecção verrucosa, que aumentam gradualmente até constituir verdadeiras epidemias, no curso das quais se observa a doença em todas as suas formas e intensidades”.

b) A filiação nosográfica da verruga

Dounon considerara que a verruga peruana devia ser alocada em uma nova família nosográfica, a da piã. Esta posição se erigia na direção contrária da de Le Roy de Méricourt, para quem havia uma proliferação arbitrária de doenças cutâneas, os botões de uma só localidade, que cada médico naval inventava com base em uma observação tão solitária quanto carente de trabalho comparativo com a pleora dos novos outros botões cujas observações afluíam para os *Arquivos de medicina naval*.

Apesar do significativo respaldo que a resenha de Tschudi (1872) deu à tese de Dounon, o médico suíço evitou endossar o conceito de piã hemorrágica. Fournier (1874a) adotou a mesma posição de isenção, sem crítica, mas também sem endosso.

Bourse é o primeiro a apresentar reservas críticas contra a piã hemorrágica. Para Bourse a piã parece uma sífilis desnaturada e a verruga peruana se distancia clinicamente de ambas, sobretudo, em função dos seus sintomas febris, que podem ser mais ou menos violentos e afetar tipos intermitente, remitente ou pseudocontínuo.

Depois de Bourse, a medicina francesa passa a pronunciar-se sobre a verruga peruana apenas no interior das obras generalistas de patologia exótica e o debate sobre a família nosográfica da verruga dá lugar a duas posições.

Com Colin (1879)⁹⁴, Mahé (1879)⁹⁵ e Nielly (1881), a medicina francesa converge para a posição que Hirsch vem sustentando desde 1860, com base em Tschudi: o caráter *sui generis* da verruga e sua alocação autônoma entre demais entidades patológicas conhecidas.

A outra posição é a de Bordier (1880), que troca a filiação da verruga à piã pela sua filiação ao botão de Biskra. Bordier defende que ambas são bifásicas, sendo a fase febril pré-eruptiva igualmente de tipo e graus de transtorno variáveis. Em trabalho posterior, Bordier (1884)⁹⁶ aloca a verruga no capítulo das doenças causadas por parasitas microscópicos porque supõe que, como o botão de Biskra, o botão dos Andes será uma doença específica tão logo se

⁹⁴ No *Tratado das doenças epidêmicas* de Colin, o capítulo IX é dedicado às ‘endemias propriamente ditas’. A verruga aparece tratada em tópico separado das outras doenças, às páginas 886-8.

⁹⁵ J. Mahé começa a publicar em 1875, nos *Arquivos de medicina naval*, o seu ‘Programa de semiótica e de etiologia para o estudo das doenças exóticas e principalmente das doenças dos países quentes’. Mahé apresenta um programa para o curso de doenças exóticas da Escola de Medicina Naval de Brest. Sua pretensão é oferecer apenas uma lista de doenças para as quais solicita a pesquisa dos colegas da marinha de forma a servir de base para a formação da nova geração de médicos navais. A parte do texto que trata da verruga aparecerá somente no ano de 1879.

⁹⁶ Bordier (1884, p. 299-305) trata da “verruga ou botão dos Andes”, no tópico das doenças causadas por parasitas microscópicos, ao lado do botão de Biskra.

encontre, também para ele, o gérmen que a produz a exemplo do dermatófito de Carter van Dyke (1875) que teria erigido o botão de Biskra à lista das doenças de causa parasitária microscópica conhecida, ao lado dos furúnculos, com sua causa parasitária descoberta por Pasteur e Loewenberg.

Entretanto, o botão de Biskra oferece um escorrimento de linfa, enquanto o botão dos Andes produz hemorragia. No primeiro, há lacunas cheias de linfa e vasos linfáticos dilatados; no segundo, abundância de vasos sanguíneos dilatados neoformados. Se o dermatófito do botão de Biskra foi encontrado no pus, o do botão dos Andes deverá ser encontrado no interior destes vasos dilatados. Às vésperas do experimento de Carrión, o artigo de Izquierdo (1885), médico chileno e aprendiz da escola de Virchow, fará a aposta de Bordier e acusará um parasita que dilata e obstrui a luz dos vasos sanguíneos da erupção da doença de verrugas.

Nielly (1881) reagirá a Bordier não aceitando a inclusão da verruga peruana na família do botão de Biskra por aderir aos autores (cita Ponty, Ricque e Netter) que o consideram como doença apirética⁹⁷ e a verruga peruana, segundo seu ponto de vista, não pode ser descrita segundo esta condição.

3.5 A medicina limenha dez anos depois: o outubro de 1885

Enquanto a medicina de expressão inglesa do serviço hospitalar da linha férrea amplia o conceito da verruga peruana e suprime a febre de Oroya, a medicina franco-germânica conflui para a mesma ampliação do conceito da verruga, mas mantendo, desde o início, do lado de fora do saber da doença, a febre de Oroya, o caminho da medicina limenha será mais lento e conturbado.

Já se mostrou, no primeiro capítulo do presente trabalho, como o editorial extraordinário de *O monitor médico* do fascículo de primeiro de outubro, enumera as conquistas do experimento de Carrión. Na transcrição, a seguir, retoma-se apenas o primeiro e o último tópico do texto já citado, da lista dos avanços, no conhecimento da verruga peruana, promovidos pelo experimento de 1885.

⁹⁷ No seu tratado, *Elementos de patologia exótica*, Nielly inclui a verruga peruana no segundo livro, dedicado às doenças dos órgãos e aparelhos, deixando-a de fora do primeiro livro, sobre as doenças infecciosas.

1º A dermatose conhecida com este nome é uma enfermidade geral infecciosa;

[...]

4º A inoculação, antes de dar lugar à dermatose, pode originar uma pirexia adinâmica, de prognóstico fatal, com todos os sintomas de uma profunda alteração do tecido sanguíneo [...]. (Anônimo, 1885c).

Esta lista revela o estado de coisas, na medicina limenha, no início de outubro 1885, traindo dois fatores que Avendaño (1885), no final do mês, esforça-se por encobrir. O editorialista (Anônimo, 1885c) mostra que, antes do experimento de Carrión, a verruga peruana é conhecida como uma simples dermatose apirética e benigna e não como uma enfermidade geral infecciosa de possível prognóstico fatal.

Como explicar que o editorialista (Anônimo, 1885c) tenha esta posição se a tese de Salazar (1858), como lembrará Avendaño (1885) afirma que: “O vírus [da verruga...] produz no organismo um verdadeiro envenenamento e se não há nele bastante força para eliminá-lo, sucumbe o paciente sob sua influência deletéria”?

Compreende-se, agora, que a tese de Velez (1861) e o editorial extraordinário de primeiro de outubro (Anônimo, 1885c) são a expressão da tendência reacionária da Faculdade e da Medicina de Lima, que tende a fazer da verruga uma simples dermatose apirética e benigna.

Movimentando-se à sombra desta tendência, a comissão da Faculdade de Medicina de Lima esteve na região da verruga para averiguar a situação epidêmica das febres dos trabalhadores da construtora da estrada de ferro para Oroya, que só assume a condição alarmante em plena região endêmica da verruga, e pontifica que as febres são apenas palúdicas, sem dizer uma palavra sobre a relação entre as febres e a verruga peruana.

Ainda à sombra desta mesma tendência, Pancorvo profere uma conferência para propor a autonomia nosológica da febre de Oroya, sem referir-se à relação desta com a verruga peruana, tão importante em Tasset (1872). Para esta façanha, ele partilha do pressuposto da comissão de 1871, a verruga como dermatose apirética e benigna.

Compreende-se, agora, a ambiguidade da tese de Salazar (1858). Por um lado, ele precisa submeter-se à tendência tradicional da Faculdade de Medicina. Isso explica sua verruga apirética e benigna. Mas, a gravidade de seus casos conduz à postulação do vírus que afeta todo organismo e que precisa ser expulso, seja pela erupção externa, por todos conhecida, seja pela erupção interna, de que a autópsia de seu último caso é o único testemunho e que ele apresenta como sua genuína e inédita descoberta.

Mas, a ambiguidade de Basadre (1873), é a mais significativa. Nele, a propositura da possibilidade de conceber a febre de Oroya como “uma febre gravíssima, de caráter tifoide, de curta incubação e que, provavelmente, não é senão uma forma grave da enfermidade das verrugas, na qual a erupção não se chega a fazer-se”, é um enfrentamento, por tímido que seja, da tendência tradicional da Faculdade. Postular que a febre de Oroya é uma forma grave da enfermidade de verrugas é confrontar-se com o conceito da verruga como simples dermatose apirética e benigna.

Assim, quando Salazar, Fuentes, Barrios e Bambaren, nos debates de 1875, rivalizam com Pancorvo, eles assumem a defesa da perspectiva crítica de Basadre contra a tendência reacionária da Faculdade de Medicina.

Dessa forma, a febre de Oroya, tomada como doença autônoma, repousa à sombra da tendência reacionária. Na ponta oposta, a febre de Oroya, tomada como pertencente à verruga, presta-se à confrontação crítica da concepção tradicional que a Faculdade de Medicina de Lima tem da doença.

Quando La Puente toma o partido de Pancorvo, sua acusação de que Salazar e seus partidários estão tomando os casos complicados da verruga pela febre de Oroya como argumento para uma reforma do conceito da verruga, ele lança um desafio aos críticos do conceito tradicional da doença para que demonstrem que tudo não passa de casos complicados.

Havia, assim, contra a tendência reacionária, uma tendência alternativa e esta confluía com as outras duas linhas de pensamento médico estrangeiras em favor da ampliação do conceito da verruga. A tendência reformista foi barrada por La Puente pela exigência de uma prova que Salazar e seus partidários não conseguiram gerar.

Entre os debates de 1875 e o outubro de 1885, a década que atravessa a Guerra do Pacífico, não há mais nenhum trabalho acadêmico ou publicação médica sobre a verruga ou sobre a febre de Oroya.

a) Febre de verrugas *versus* febre de Oroya

Escrito no mesmo dia do falecimento de Carrión, o artigo de Ignacio La Puente para *O Campeão* de seis de outubro de 1885, é a ressurgência de um debate que atravessara emudecido a época da Guerra do Pacífico. O desfecho do experimento de Carrión, a despeito de sua pretensão

programática de não se ocupar com a febre de Oroya, deu lugar a uma reorganização do tabuleiro da contenda de 1875.

La Puente, que favorecera a autonomia da febre de Oroya, dez anos antes, apressa-se a declarar que a morte de Carrión foi produzida pela ‘febre de verrugas’, uma entidade que não tem, até então, um só registro, na imprensa médica, e que tem, como se mostrou no primeiro capítulo do presente trabalho, o mesmo significado que a febre de Oroya adquiriu em outubro de 1885, aquele já formulado, por Basadre, em 1873.

Compreende-se que La Puente (1885) não queira formular as coisas nos termos dos discursos de exéquias, quando Macedo e Almenara Butler dirão que a conquista de Carrión foi o estabelecimento da unidade entre a verruga e a febre de Oroya. Isso significaria dar-se por vencido, nos exatos termos que Salazar pretendeu dar à discussão, em 1875. La Puente contorna as coisas dizendo que o experimento de Carrión tornou “evidente, que há, no sangue dos verrucosos, um micro-organismo capaz de produzir, por inoculação, a febre de verrugas, tão grave que a morte sobrevém por hipoglobulia e adinamia, antes da produção do exantema cutâneo”.

Ao usar, agora, a febre de verrugas no lugar da febre de Oroya, La Puente encena ser conhecedor das coisas. Afinal, o nome ‘febre de verrugas’ implica a denegação da verruga apirética da tese de Salazar (1858). La Puente, entretanto, em 1875, não usara a expressão ‘febre de verrugas’ e não combatera a verruga apirética. O argumento de La Puente contra Salazar, no segundo debate de setembro de 1875, foi que este estava a desenhar um novo conceito da doença com base em casos da verruga complicados por febre de Oroya, quando o primeiro mal, estando incubado, não havia mostrado ainda a erupção. Ora, este raciocínio pressupõe a verruga apirética. Do contrário, se a verruga fosse febril, seria ele quem teria de provar que a febre de Oroya era uma complicação e não a mesma coisa que ‘febre de verrugas’, a que ele só vem fazer referência, após o experimento de Carrión.

A pressa de La Puente em deslocar sua nova posição, no tabuleiro do velho debate ressurgido, tem uma razão simples. Ele entendeu que o experimento de Carrión, de alguma forma, sugeria que Salazar e seus apoiadores, há dez anos, estavam com a razão. Compreende-se, então, que os favoráveis à posição do Salazar de 1875 tiveram ainda mais razão, após o artigo de La Puente (1885), para dar o experimento de Carrión por probante. Afinal, até os adversários o admitem. Assim, pode-se compreender que a afirmação de que Carrión provou ou demonstrou que a febre de Oroya pertence à verruga, nos textos de outubro de 1885, significavam

imediatamente que o estudante havia dado a prova que faltara a Salazar e seus seguidores, em 1875, contra Pancorvo e La Puente.

Agora, a voz de Salazar podia, enfim, fazer-se ouvir, após dez anos de silêncio. Mas Salazar o fez de maneira indireta. Em dezembro de 1885, Enrique Mestanza, colega de Carrión e acompanhante do experimento, publica a descrição do caso de um paciente cujo diagnóstico foi proferido por Salazar, no serviço de quem o estudante era interno: “febre de Oroya ou febre de verrugas”.

Esta equivalência dos dois nomes tinha um endereço certo. Ao encampar a febre de verrugas (de La Puente e do laudo da autópsia de Carrión), Salazar envia, através de seu pupilo, uma seta contra La Puente. Mas, trata-se de uma seta silente, que só leitor bem informado poderia compreender. Dessa forma, o artigo de Mestanza pode ser entendido como portador do seguinte recado: foram necessários dez anos e a vida de Carrión para que La Puente admitisse que errou, nos debates de 1875.

Ora, os documentos de outubro de 1885, analisados no primeiro capítulo do presente trabalho, dão razão a Salazar e a Mestanza (1885) de que a febre de verrugas de La Puente não é, do ponto de vista conceitual, uma alternativa à febre de Oroya, mas seu disfarce conjuntural, muito embora a febre de verrugas, de um ponto de vista estritamente nosológico, teria sido mais adequada para o futuro do saber da doença por evitar a duplicação nosográfica e suas consequências.

Compreende-se, agora, que La Puente apressara-se em responsabilizar os que auxiliaram Carrión, acusando seu ato de temerário. Afinal, do ponto de vista do saber da doença, La Puente deveria dizer seu *mea culpa*. Sua intervenção, em 1875, significara, segundo seu próprio atual entendimento da doença, uma barreira para a aceitação, na medicina limenha, do prognóstico fatal da fase pré-eruptiva da doença de verrugas. Isso ocorreu em um momento em que Salazar mostrou-se pronto a enviar ao lixo sua tese de 1858. A inexistência desta concepção do prognóstico, na medicina limenha, é justamente o que explica a crença de Carrión de que a verruga não podia ser fatal a não ser por erupção interna e é, ao mesmo tempo, o que o isenta do desmerecimento ético, o que lhe foi imputado por ninguém menos que La Puente.

Porém, La Puente, não estivera inteiramente só na manutenção da oposição contra a nova concepção da verruga, defendida por Salazar, em 1875. Na carta para o inquérito policial, Villar justifica sua cumplicidade com o experimento, dizendo que não se esperava que as consequências da inoculação pudessem ser tão graves. Portanto, Villar não havia passado da posição da comissão de 1871 para aquela do Salazar de 1875 e seus partidários. Reconhecido

como um dos mais ilustrados médicos da capital, Villar não havia incorporado, até a morte de Carrión, nada do desenvolvimento do conhecimento da verruga que ocorreu na medicina de expressão inglesa e na medicina francesa e de expressão alemã. Na carta, Villar manifesta uma posição aquém dos *Apontamentos* de Carrión, já que mostra desconhecer o quadro anemiante e febril grave da verruga descrito pelo seu estudante, nos *Apontamentos* publicados em 1886, tal como se apresentou no primeiro capítulo do presente trabalho.

À primeira vista, seria possível alinhar, como herdeiros da posição defendida, em 1873, por Basadre, e, em 1875, por Salazar, Fuentes, Barrios, Kinney e Bambaren, o grupo daqueles que, contra La Puente, defenderam Carrión, em outubro de 1885: Macedo, Chávez, Butler e Avendaño. Teríamos, assim, a lista dos novos campeões do unicismo. Não parece que o bastão do primeiro grupo, a doutrina de que a febre de Oroya pertence à verruga, foi entregue ao segundo, agora encarregado de defendê-lo? Há, entretanto, uma diferença de perspectiva e estratégia que distingue essencialmente estes dois momentos.

Em 1875, Salazar e seus partidários falaram da febre de Oroya para entrar no jogo de linguagem instalado pela conferência de Pancorvo, que eles debatiam. Tratava-se, para eles, de denegar a autonomia nosológica da febre de Oroya e mostrar que a única doença existente é a verruga.

Em outubro de 1885, as pontas opostas do debate se invertem. La Puente procura desaparecer com a febre de Oroya, substituindo-a pela febre de verrugas. O grupo que apoia Carrión, opondo-se ao desprestígio a que La Puente quer lançar o seu gesto de fazer-se inocular, prefere a febre de Oroya (e não a febre de verrugas), pois destacar o dualismo entre ela e a verruga peruana ajuda a evidenciar o sucesso do experimento de Carrión.

A partir de Avendaño (1885), não se fala mais da febre de Oroya para entrar num jogo estranho de linguagem. Procura-se, isso sim, dar um estatuto positivo à febre de Oroya, no saber médico⁹⁸. Assim, é apenas após a morte de Carrión que nasce, propriamente, o unicismo como doutrina⁹⁹, no interior e através da narrativa histórica da doença de Carrión. Esta doutrina

⁹⁸ Demonstrar que esta será uma preocupação permanente para os portadores da narrativa histórica tradicional da doença de Carrión é um dos objetivos centrais do capítulo a seguir do presente trabalho.

⁹⁹ Uma análise do ponto de vista político da oposição entre La Puente e Salazar foi feita por García-Cáceres (1872, p. 72-3): “A morte de Carrión avivou o conflito entre os membros da Faculdade de Medicina governista e o grupo opositor da Academia Livre de Medicina [...] A comoção produzida pela morte de Carrión mostrou os signos inequívocos da luta entre os dois grupos opostos. A Faculdade de Medicina, por intermédio de seu secretário, fez público o desagrado da instituição em um comunicado que condenava o experimento do jovem Carrión. Assim mesmo, o secretário da dita Faculdade, Dr. Ignacio de La Puente, clamou por uma severa investigação em um artigo de periódico”, enquanto “a Academia Livre defendeu apaixonadamente Carrión. [...]”.

identifica-se com o núcleo da narrativa tradicional: Carrión demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana. Ora, para que se demonstre a unidade entre as duas é necessário que elas representem algo real.

b) Dos *Apontamentos* às *Notas do experimento*: o pensamento de Carrión

Os *Apontamentos* de Carrión só aparecerão em outubro de 1886, no mesmo momento em que se instala definitivamente uma versão padrão dos acontecimentos, aquele molde traçado pela narrativa histórica tradicional da doença. Os esforços de Alcedan (1886) para mostrar a distância que o projeto de pesquisa de Carrión pretendia tomar da febre de Oroya já não farão mais efeito algum. A conferência de Matto (1886), proferida na mesma ocasião, estava destinada a ditar a linha mestra da tradição que manterá a conferência de Alcedan na sombra.

Alcedan, entretanto, apontava para a direção de uma compreensão alternativa da história em relação a que se instituiu, pela consagração da narrativa de Avendaño (1885). Alcedan destaca a ausência da febre de Oroya nos *Apontamentos* de Carrión.

Ora, os *Apontamentos* apresentam a pesquisa preliminar de Carrión como linha de fuga em relação à aceitação da febre de Oroya, no discurso médico limenho. Por esta linha de fuga, Carrión conduzia a medicina limenha, apesar do atraso, a convergir para o ponto de encontro com as duas outras linhagens do pensamento médico sobre a verruga. Se esta compreensão do trabalho de Carrión foi encoberta pela narrativa tradicional foi para evitar que uma exegese séria dos manuscritos de Carrión representasse uma crítica da trajetória da medicina limenha. Para evitar apontar a convergência de Carrión com Ward, foi preciso escamotear a existência de autêntico pensamento médico sobre a verruga que não fosse limenho.

Nos *Apontamentos*, a verruga é definida por Carrión como febril, anemiante e eruptiva¹⁰⁰ e a febre de Oroya não aparece em momento algum. Segundo Alcedan (1886), a exclusão da febre de Oroya foi proposital e programática, da parte de Carrión. Dessa forma, os *Apontamentos* realizam, na medicina limenha, um movimento análogo àquele feito por Bourse (1876) e Ward (1877), cada qual no interior de uma linhagem de pensamento estranha à limenha. Este movimento é o do banição, Ward, ou a barragem, em Bourse, da febre de Oroya.

Colocados em relação com as três linhagens de pensamento médico, destacam-se os pontos de contato dos *Apontamentos* com o trabalho de Ward (1877), que vão além do

¹⁰⁰ Cf. Medina *et al.*, p. 13

banimento da febre de Oroya. Carrión tentará novamente o caminho daquele médico da linha férrea, embora nada indique que o estudante tivesse tido notícia direta das suas inoculações da verruga de resultados negativos. Não há documento que autorize dar por perto que Ward (1877) fosse conhecido, na Lima da década de 1880. Avendaño (1885, p. 400) diz que havia, antes do experimento de Carrión, “uma crença bastante arraigada de que a verruga não era inoculável”, mas ele não cita Ward e sua frase é uma duplicação de uma afirmação de Basadre (datada de 1873, mas publicada por Avendaño, em 1885). Matto (1886), a despeito de esforço para ampliar as referências bibliográficas internacionais sobre a verruga, não chega a citar Ward. Alcedan (1886) certamente não teve notícia da inoculação de Ward já que considera o trabalho de Carrión foi o primeiro empreendimento de patologia experimental, no estudo da doença. Ward continua, como Browne, desconhecido pela narrativa histórica limenha tradicional da doença de Carrión¹⁰¹.

Com ou sem o conhecimento dos experimentos de Ward, a inoculação de Carrión é, em relação àquela do médico da companhia construtora da estrada de ferro, uma continuação e um passo adiante.

Embora Ward siga o antigo modelo da inoculação a partir da pústula da varíola ou do pus do cancro sífilítico, ele foi o primeiro observador do sangue diluído dos verrucosos, mesmo que não avance desta ideia para a inoculação deste líquido corpóreo, um passo que já havia sido franqueado, na história da sífilis¹⁰².

Antes de Ward, Tschudi incluía, no agravamento das alterações patológicas da verruga que levam o doente para o prognóstico fatal, as alterações do pulso sincronizadas ao enfraquecimento e demais sintomas gerais. Malo (1852) foi quem mais destacara o enfraquecimento geral do doente, como sintoma geral preponderante da doença de verrugas. Porém, nem Tschudi nem Malo referem-se explicitamente à anemia. Esta foi observada por Tasset e Browne, mas é apenas como característica da febre de Oroya e não da verruga que ela aparece. Ward fez da diluição do sangue um sintoma da verruga, mas não faz este sintoma funcionar com as demais características da doença.

¹⁰¹ O revisionismo historiográfico iniciado em 1972 não fez melhor que a narrativa histórica tradicional. O pensamento médico de expressão inglesa da época da construção da linha férrea para Oroya continua ignorado. García-Cáceres *et al.* (1991, p. S61) chega a afirmar que “durante a epidemia, os médicos da companhia construtora da estrada de ferro e o resto dos médicos do Peru falharam em reconhecer a verdadeira natureza da doença”.

¹⁰² Castelnau (1841) inocula diversos materiais de diversos estágios da sífilis, mas jamais o sangue. Este último tipo de experimento já aparece no verbete ‘Inoculação’ de Fournier (1874b, p. 119 e seguintes), ainda concernente à pesquisa da sífilis.

Carrión vai além de todos estes autores e, nos *Apontamentos*, observa que a “anemia se acentua mais e mais, à medida que a enfermidade [de verrugas] segue seu curso”. Vinculando o enfraquecimento aos transtornos do sangue, ele afirma que “a caquexia manifesta-se pela anemia que se desenvolve mais ou menos violentamente e com maior ou menor energia, segundo os indivíduos”.

Mais um passo adiante e Carrión toma um material de inoculação diferente daquele de Ward porque, conforme sua hipótese, as alterações do sangue observadas na doença respondem pela presença, nele, do agente produtor da doença, “posto que – conforme os *Apontamentos* – a nutrição nos enfermos afetados deste mal se altera profundamente, até produzir a caquexia”¹⁰³.

A despeito da importância de Ward, a narrativa histórica tradicional limenha da doença sempre manteve silêncio sobre suas inoculações do pus da verruga¹⁰⁴. Fazer comparecer o experimento de Ward, no entanto, longe de obnubilá-lo de Carrión, mostra a atualidade do projeto de pesquisa do filho de Cerro de Pasco¹⁰⁵, em relação às buscas mais avançadas do pensamento médico exercido por quem esteve em condições semelhantes às dele.

Porém, como já se mostrou, a febre de Oroya, excluída dos *Apontamentos*, ressurgiu nas *Notas do experimento*. Pode-se compreender melhor, agora, a razão. A convergência dos *Apontamentos* com as outras duas linhas estrangeiras do pensamento médico foi incompleta. Os *Apontamentos* não lograram reinstalar completamente a observação de Tschudi (1845), a possibilidade da morte pela doença de verrugas no quadro febril anterior à erupção, tal como fizeram Kinney e Ward, na medicina de expressão inglesa, e Bourse e Hirsch, na medicina franco-germânica.

Carrión defendia que o fenômeno eruptivo é tão essencial à verruga peruana quanto o seria às febres eruptivas. Ele acata a posição da tese de Salazar (1858) segundo a qual a morte pela verruga só seria possível em função de erupção em órgão interno. Por isso, ele não esperava um prognóstico fatal para o período posterior à inoculação. Não havia evidência de erupção interna.

Quando Carrión, nas *Notas do experimento*, apresenta aos seus colegas, no dia dois de outubro, sua meditação sobre as consequências da inoculação, usa a linguagem da dialética limenha. Lança mão da febre de Oroya para admitir o pior dos diagnósticos para sua

¹⁰³ Medina *et al.*, 1886, p. 17.

¹⁰⁴ A historiografia crítica continua ignorando-o tanto quanto a narrativa histórica tradicional. García-Cáceres (1872, p. 69) mostra que ignora o experimento de Ward, ao repetir uma crença de Alcedan (1886): “Depois de tudo, modesta e imperfeita, como foi a inoculação de Carrión, tratava-se do primeiro experimento médico realizado no país”.

¹⁰⁵ Cf. a biografia de Carrión em Medina *et al.* (1886, p. 9)

enfermidade, compreendendo-a como doença de verrugas em vias do desfecho fatal mesmo sem erupção interna ou externa, mas num quadro de extremo agravamento de uma anemia que era prevista. A redescoberta do prognóstico fatal de Tschudi (1845) foi a principal conquista do experimento e a formulação do editorial extraordinário de *O monitor médico* de primeiro de outubro de 1885 é a que mais se aproxima daquela do médico suíço, já que não inclui a febre de Oroya: “a inoculação, antes de dar lugar à dermatose, pode originar uma pirexia adinâmica, de prognóstico fatal, com todos os sintomas de uma profunda alteração do tecido sanguíneo” (Anônimo, 1885c).

Compreende-se, agora, a relação entre as listas das conquistas do experimento de Carrión, aquela de Avendaño e aquela um pouco anterior do editorial extraordinário de *O monitor médico*, apresentado no primeiro capítulo do presente trabalho. O editorialista (Anônimo, 1885c), ao propor que o experimento de Carrión demonstrou que a “a dermatose conhecida com este nome é uma enfermidade geral infecciosa”, mostra-se aquém dos *Apontamentos* de Carrión que, escritos antes do experimento, já haviam chegado a esta concepção. Ademais, a posição do editorialista mostra que existia, na medicina limenha, uma posição que, a esta altura, ainda se encontrava aquém da tese de Salazar (1858): a verruga não havia ainda sido concebida como uma enfermidade geral infecciosa. Isso explica a razão pela qual a história de Avendaño apresenta a tese de Salazar como a grande conquista do saber, antes do experimento de 1885. Em relação à compreensão da doença traída pelo editorialista do fascículo de primeiro de outubro de *O monitor médico* (Anônimo, 1885b e c), a tese de Salazar (1858) aparece como surpreendentemente moderna. Avendaño cita um trecho de Salazar que mostra a verruga como uma enfermidade infecciosa geral e esconde a verruga apirética da mesma tese. Do ponto de vista do editorial extraordinário de *O monitor médico*, Avendaño podia fazê-lo impunemente: a tese de Salazar não era conhecida.

Ademais, a posição do editorial extraordinário torna ainda mais consistente a defesa de Villar (1885). Este estava certo ao afirmar, em própria defesa, no inquérito policial, que ele e os médicos mais preparados de Lima não esperavam as consequências do experimento de Carrión. Eles não esperavam em função dos limites da sua concepção da doença, muito aquém daquilo que se sabia sobre a doença na medicina francesa e de expressão alemã, aquém dos *Apontamentos* de Carrión e de uma compreensão, mesmo ambígua, que já havia sido acenada na tese de Salazar (1858), a verruga como infecção geral embora apirética.

Compreende-se a narrativa de Avendaño. Ele traça uma história elogiosa à trajetória de conquistas peruanas para o conhecimento da doença e procurara apagar as marcas nada elogiosas

do estado real do saber médico da verruga, na Lima de 1885. Alcedan (1886) pronunciou-se na contramão de Avendaño, esforçando-se por destacar a distância entre a pesquisa de Carrión e os conhecimentos limenhos da doença. Bem por isso sua versão da história foi mantida na marginalidade pela narrativa histórica limenha que se fez tradicional, na herança de Avendaño e de Matto.

Não sem razão, Monge (1925, p. 87) criticou o modo lacunar e incompleto com que foram estudados os manuscritos de Carrión e, com bom senso histórico, afirma: “Por desgraça, entre nós, ressaltou-se mais o sacrifício de Carrión que seu labor científico”. Monge, entretanto, não compreendeu que não é possível estudar, consistentemente e ao mesmo tempo, os manuscritos de Carrión, a literatura sobre o experimento e a literatura precedente sobre a verruga peruana, sem perceber o abismo entre as concepções de Carrión e a da medicina limenha sobre a verruga peruana, no sentido diametralmente oposto da narrativa histórica tradicional, fundada na dialética entre a febre de Oroya e a verruga peruana. Em sua revisão da narrativa histórica tradicional, Murillo *et al.* (2002, p. 65) também se refere a Alcedan (1886) e afirma que seu “discurso passou totalmente despercebido”. Murillo e seus colaboradores, entretanto, não percebem a diferença entre o que não foi percebido e o que foi encoberto.

3.6 Da narrativa histórica tradicional à historiografia crítica da doença de Carrión

Ao final do percurso dos três primeiros capítulos do presente trabalho, uma revisão da literatura médica sobre a verruga peruana do período 1842 a 1886, é possível retomar uma perspectiva global da história da doença de Carrión, ou seja, da longa trajetória da narrativa tradicional de 1885 aos nossos dias e o surgimento da historiografia crítica da doença.

Ao final do primeiro capítulo, já se mostrou que o período criativo da narrativa histórica da doença de Carrión inscreve-se entre o experimento e seu primeiro aniversário. Apresentou-se, então, a concepção de que toda a narrativa histórica posterior da doença não passou de uma repetição do esquema empobrecido e do núcleo da verdade da doutrina unicista que Matto (1886) abstraiu de Avendaño (1885).

Entretanto, a partir de 1972, com a tese de Uriel García-Cáceres, *História crítica de Daniel A. Carrión e da medicina de sua época*, começa a desenvolver-se uma historiografia de pretensão revisionista e crítica em relação à narrativa tradicional. Na nova linhagem, inscrevem-se os trabalhos de Cueto (1989 e 2000), García-Cáceres *et al.* (1991), Cuadra Calle *et al.* (2000) e, mais recentemente, Murillo *et al.* (2002).

Em primeiro lugar, a historiografia crítica destacou o caráter monótono e repetitivo da narrativa tradicional, embora não tenha percebido quais são os elementos essenciais desta repetição, que, a bem da verdade, a historiografia crítica não deixará de reiterar e repetir.

Para García-Cáceres (1972, p. 6), “desafortunadamente, a história da medicina peruana tem sido, quase integralmente, escrita com inocente candor. Cada um dos personagens e fatos está coberto de uma pátina falsa, de virtudes e grandezas que dificulta a análise objetiva”. Ideia corroborada por Cueto (1989, p. 26) e Murillo (2003, p. 58) e, sobre a qual, não há o que reparar, também do ponto de vista do presente trabalho.

Cueto (1989, p. 21) chega a atribuir parte da atual falta de interesse pela história da medicina peruana à “forma tradicional pela qual se quis contar o passado das ciências médicas e da medicina peruanas.” Este historiador da ciência tem em mira, sobretudo, a disciplina cultivada da história da medicina, no Peru, que começa na década de 1920, com Hermilio Valdizán, estendendo-se até a década de 1950 e 1960, com Juan B. Lastres e Carlos Enrique Paz Soldán. Para Cueto (1989, p. 23), os dois últimos apenas acentuaram o estilo e o modelo de Valdizán: a biografia laudatória, a crônica institucional, a aplicação da medicina moderna ao passado e o estilo oficialista da recontagem do passado médico.

Segundo Cueto (1989, p. 24), a historiografia profissional da doença de Carrión teria sido paroquial e moralista:

a) paroquial porque “foi uma história escrita para o consumo interno do próprio grêmio médico” e respondeu “a um anelo para satisfazer mais às tradições das instituições médicas oficiais que a realidade”;

b) moralista “porque um de seus principais métodos foi a biografia laudatória de médicos exemplares e cientistas ilustres”.

Quanto ao componente moralista, Cueto encontra-o explícito no projeto Paz Soldán¹⁰⁶ para quem “a história é o conhecimento dos homens que foram espiritualmente convertidos em

¹⁰⁶ Carlos Enrique Paz Soldán, especialista em medicina social, foi o editor dos Anais da Sociedade Peruana de História da Medicina (editados entre 1939-1940 e órgão da Sociedade Peruana de História da Medicina, criada em 1939).

exemplo, para a aprendizagem dos homens que virão”¹⁰⁷. Pobre em análise, a explicação histórica teria se reduzido “ao labor dos gênios ou grandes homens que trabalharam apesar ou independentemente das condições sociais de sua época”¹⁰⁸.

A história da medicina nacional, no Peru, teria sido, para Cueto, além de reiterativa, “uma história oficial, funcional só para cerimônias, [que] deixou de explicar os problemas e, por conseguinte, de ter sentido real”. O esforço por mostrar as realizações médicas teria sido “congelado em uma genealogia de nomes, feitos e instituições”.

Ora, as características que Cueto encontra na historiografia profissional dos anos 1920 a 1960 podem ser facilmente reconhecidas na narrativa tradicional da doença de Carrión, estabelecida desde Avendaño (1885) e de Matto (1886), como sugeriu, antes de Cueto, García-Cáceres (1972, p. 6).

No presente trabalho, diferentemente de Cueto, não se estabeleceu nenhum marco divisório entre o período da narrativa histórica tradicional da doença de Carrión e a historiografia médica profissional das décadas de 1920 a 1960. Esta diferenciação não foi feita porque a historiografia médica profissional limenha não alterou em nada a narrativa histórica tradicional da doença de Carrión, que apenas passou a ser reiterada profissionalmente. A distinção é importante para Cueto porque ele se preocupa com a institucionalidade e a formalidade do fazer científico da história. Por isso, ele destaca a fundação da cadeira de história da medicina, na Faculdade de Medicina de Lima, e a fundação da Sociedade Peruana de História da Medicina, como marcos de descontinuidade. Estes fatores institucionais, entretanto, não significaram nada na trajetória da narrativa histórica tradicional da doença de Carrión.

Do ponto de vista de uma história do saber da doença, nem mesmo a historiografia crítica distancia-se essencialmente da narrativa tradicional, como ela supõe fazer.

A despeito dos seus esforços analíticos, a historiografia crítica da doença de Carrión repete o esquema narrativo que Matto (1886) abstraiu de Avendaño. Todos os autores da historiografia crítica narram a existência de um conhecimento pré-colombiano da verruga; um contato do conquistador com a doença; o início do conhecimento científico da doença, marcado pela tese de Salazar; a emergência da febre de Oroya e sua captação pela medicina limenha como uma descoberta capaz de ampliar a compreensão da doença e, finalmente, o experimento de Carrión, como coroamento de uma trajetória ascendente de saber. A diferença da historiografia

¹⁰⁷ Carlos Enrique Paz Soldán, “A organização do ensino clínico em Lima”. In: *Anais da Sociedade Peruana de História da Medicina* 1 (1939): 17 *apud* Cueto, 1989, p. 24.

¹⁰⁸ Cueto, 1989, p. 25.

crítica é que ela pensa os resultados da inoculação de 1885 não mais de maneira tão demonstrativa, como eles são considerados por Avendaño (1885) e seus herdeiros.

Quanto ao conhecimento pré-colombiano da doença, a historiografia crítica apenas alonga para o passado a linha que Patron (1894) esticava até *A enfermidade mortal de Huayana Capac*. Cueto (1996, p. 345) e García-Cáceres *et al.* (1991, p. S60) lançam mão do trabalho da antropologia, sempre pressupondo a continuidade da identidade da verruga a si mesma, para sustentar que a verruga era conhecida antes nas culturas pré-colombianas¹⁰⁹.

Na historiografia crítica, a contribuição do período do nascimento da clínica moderna da verruga continua tão soterrada quanto em Matto (1886), em Rebagliati (1940) ou nos historiadores profissionais das décadas de 1920 a 1960.

Sobre o período 1842-1872, García-Cáceres *et al.* (1991, p. S61) declaram que

médicos e naturalistas deixaram interessantes relatos de viagem sobre a doença, usualmente concernentes à fase da verruga. A maioria deles, entretanto, falhou em identificar as duas fases da doença como manifestações de uma mesma condição e não conseguir reconhecer que se tratava de uma doença única e distinta.

Embora este texto seja generalizante, a nota bibliográfica aponta uma só referência: a tradução inglesa de *Viagens ao Peru* (1847) de Tschudi. Isso confirma que a historiografia crítica não conhece melhor o período 1842-1872 do que a narrativa histórica tradicional.

Mas o mimetismo em relação à narrativa de Avendaño vai adiante e García-Cáceres *et al.* (1991, p. S61) afirmam que foi preciso esperar a tese de Salazar de 1858, para que viesse à luz “uma completa descrição da história natural da doença”. Ao dizer isso, o trabalho da historiografia crítica fica aquém até mesmo daquele feito por E. Odriozola (1898, p. 26) e Arce (1918, p. 26), que não esconderam a verruga apirética de Salazar (1858), mesmo sem compreender que esta foi a condição para o nascimento do dualismo limenho, a dialética da febre de Oroya com a verruga peruana.

A narrativa histórica tradicional considerou o experimento de Carrión a prova fundamental da doutrina unicista. A historiografia crítica problematiza o valor probante do experimento, mas continua considerando que, de uma forma ou de outra, o experimento está inserido no centro do verdadeiro problema teórico da doença, ou seja, a dialética limenha entre a febre de Oroya e a verruga peruana.

¹⁰⁹ Ambos os autores citam o trabalho de Allison, M. J. *et al.* Um caso de doença de Carrión associado com sacrifício humano da cultura Huari do sul do Peru. In: *J. physical Anthropol.*, 1985, vol. 45, p. 295-300.

A propósito da avaliação do experimento de Carrión, García-Cáceres (1972, p. 2) repete o núcleo central da narrativa tradicional, mas evita comprometer-se com a sua pretensão de verdade e diz: “com a publicação das observações clínicas inéditas de Carrión, terminou acreditada, na literatura, a demonstração experimental da unidade etiológica das entidades então conhecidas como ‘verruga andina ou peruana’ e ‘febre de Oroya’ e a inoculabilidade da enfermidade”. A razão para sua isenta distância é que o experimento de Carrión, agora, não pode mais satisfazer critérios de demonstrabilidade. O experimento é considerado imperfeito porque “não atentou aos postulados de Koch, já em uso, então, na medicina experimental e sem oferecer uma casuística maior, Carrión deduziu, por comparação, que existia unidade etiológica entre a febre de Oroya e a verruga peruana [...]”¹¹⁰. O experimento teria sido incompleto porque “era de se esperar o seu feliz êxito com a aparição das verrugas, na pele de Carrión. Assim, haver-se-iam cumprido, em parte, os postulados de Koch”¹¹¹. García-Cáceres, entretanto, não tem dúvida alguma que Carrión e a medicina limenha estavam na verdade, em sua concepção sobre a doença, nos termos em que ela é formulada pela doutrina unicista. Dessa forma, Carrión pode não ter provado, cabalmente, que a febre de Oroya e a verruga peruana eram a mesma doença, mas esta era a tarefa que se impunha e que teria sido cumprida e resolvida a contento, se os postulados de Koch tivessem sido corretamente aplicados no experimento de 1885.

Três décadas depois da tese de García-Cáceres, a historiografia crítica da doença, com Cuadra Calle *et al.* (2000), coloca em questão a *causa mortis* de Carrión. São duas razões anunciadas por estes autores. Primeiramente, fazem, enfim, a narrativa histórica tradicional da doença entrar em contato com a descoberta de Tamayo (1905) sobre a complicação da verruga por bacilos paratíficos e sua capacidade de alterar fortemente o quadro clínico geral e o prognóstico da doença de verrugas¹¹². Com Cuadra Calle *et al.* (2000, p. 290), pela primeira vez, a historiografia crítica põe a questão: “Se Carrión faleceu em consequência de uma infecção *bartonellósica* pura ou de uma infecção secundária concomitante de natureza *salmonellósica*, de tão frequente ocorrência na primeira enfermidade, é um mistério que jamais poderá ser desentranhado”. Em segundo lugar, estes autores perguntam se a inoculação poderia ter causado a febre de Oroya, considerando que três tentativas de inoculação em humanos, em 1915, em 1928 e em 1937, não produziram um quadro clínico semelhante ao provocado pela inoculação de

¹¹⁰ García-Cáceres, 1972, p. 69.

¹¹¹ García-Cáceres, 1972, p. 71.

¹¹² A posição da narrativa tradicional sobre os resultados do experimento de Carrión já havia sido contestada por Manson (1898), Tamayo (1905), Firth (1905), Éder (1906), Biffi (1908), Strong *et al.* (1913 e 1915), mas, em se tratando do esforço historiográfico, é somente com a tese de García-Cáceres (1972) que o pensamento peruano aceita começar a discutir o problema.

Carrión¹¹³. Apesar destas duas linhas críticas à narrativa tradicional, os autores não conseguem desvincular-se do núcleo da versão de Avendaño (1885) e afirmam que “Carrión demonstrou que as duas enfermidades, febre de Oroya e verruga peruana, não eram distintas, mas sim fases sucessivas de uma só enfermidade”¹¹⁴.

Além de ser reiterativa da narrativa histórica tradicional em relação àquilo que é pertinente ao saber da doença, a historiografia crítica continua magnetizada pela figura de Carrión ao centralizar a sua análise no empenho desmitologizante da imagem do herói da medicina peruana.

Cueto (1996, p. 346) observou que há muitas biografias de Carrión e destacou que elas são repetitivas, com excessão da tese de García-Cáceres (1972). É certo que este denunciou o modo como a imagem e a identidade de Carrión foram sucessivamente transformadas de acordo com os anelos europeizadores da aristocracia médica, logo após sua morte. Procurou mostrar como a narrativa médica limenha procurou dotar o projeto do experimento de Carrión de intencionalidade positivista, tal como se pode perceber na interpretação que Medicina (1888) e Pesce (1957) propõem. Murillo *et al.* (2002, p. 63) substanciam a análise de García-Cáceres, ao mostrar como, depois da construção da imagem positivista de Carrión, foi a vez do indigenismo apropriar-se do herói, em seu esforços de valorização do homem andino, e mostrar sua imagem de mestiço (‘cholo’) e sua inventividade índia. Embora Murillo *et al.* (2002, p. 63) não explicitem o alvo da sua revisão crítica, esta atinge a tese de García-Cáceres (1972), que procurou restaurar a mestiçagem indígena do Carrión ‘cholo’, que considerou originária.

É ainda com o foco centrado numa crítica da construção da imagem heroica de Carrión que Murillo *et al.* (2002) buscam construir uma explicação para o caráter reiterativo da narrativa tradicional da doença¹¹⁵. Entendem que “o dramático contexto do experimento de Carrión e posterior falecimento, além do consenso estabelecido em torno da importância de sua contribuição científica, converteram-no em pedra angular da tradição médica peruana.” O experimento teria sido transformado “no mito fundacional da escola médica peruana” e a Carrión cumpriria o papel de herói cultural como “uma referência imprescindível na identidade do coletivo.” Porém, os autores consideram que a construção do mito fundacional da medicina

¹¹³ Cuadra Calle *et al.* (2000, 291-2) referem-se à inoculação de humano feita por Strong *et al.* (1915); a García Rosell, que se inoculou acidentalmente com sangue de paciente com anemia severa de Carrión, em 1928, e a Max H. Kuczynski Godard, que se inoculou voluntariamente com cultivos do agente da doença de Carrión, em 1937.

¹¹⁴ Cuadra Calle *et al.*, 2000, 290.

¹¹⁵ Murillo *et al.* (2002) sugerem que as amarras presentes na etapa de construção da imagem do herói cultural “perpetuaram-se em uma historiografia recente, carente de sentido crítico e repetidora incansável de tópicos aceitos como válidos pelo coletivo médico”.

peruana ter-se-ia principiado com a falsificação dos manuscritos de Carrión, como se vê nas seguintes afirmações sobre a narrativa tradicional:

Aqui existem elementos muito contraditórios. O relato do experimento nos mostra um investigador seguro de si mesmo, objetivo e heroico, muito diferente do estudante cheio de dúvidas e incertezas que se reflete nas cartas. É curioso, para dizer o mínimo, que, no relato escrito por seus companheiros, não apareça alguma inquietude de Carrión a respeito de sua família, nenhuma preocupação a respeito do país, coisas que evidentemente eram centrais nas inquietudes do jovem mártir. Isto aponta, no melhor dos casos, a que o relato foi cuidadosamente construído, apontando a edificação de uma imagem heroica de Carrión (Murillo *et al.*, 2002, p. 63)

Assim, eles suspendem um aspecto da verdade do núcleo da narrativa histórica tradicional, aquele que diz respeito à imagem de Carrión. O ponto de chegada deste tipo de crítica é alterar o nome daquele que elaborou o projeto do experimento. Villar, através do ‘Concurso sobre a Verruga Peruana’ da Academia Livre de Medicina, teria sido o autor intelectual¹¹⁶. Carrión apenas o executor.

Assim, as empreitadas da historiografia crítica continuam tão obcecadas pelo sujeito e vítima do experimento de 1885 como o foi a narrativa tradicional da doença de Carrión.

Do ponto de vista de uma história do saber da doença, pouco importa se a imagem de Carrión foi construída ao gosto europeizado, positivista ou indigenista, mesmo que seja preciso reconhecer o sucesso da crítica de García-Cáceres (1972) em relação aos alvos que elegeu. Isso porque o problema construção e desconstrução da imagem dos sujeitos é uma análise exterior à ordem mesma do saber.

Pouco importa também se foi Carrión ou Villar quem projetou o experimento, se foi Carrión quem efetivamente escreveu os *Apontamentos* e a primeira parte das *Notas do experimento*, ou se estes textos foram adulterados ou mesmo completamente inventados pelos seus editores ou pelo agrupamento de médicos que se envolveu com o experimento. Do ponto de

¹¹⁶ Murillo *et al.* (2002, p. 63) afirmam, com base em especulações baseadas em supostas incongruências psicológicas e morais entre a correspondência de Carrión e os manuscritos e sobre sua falta de condições para elaborar, sozinho, o projeto da inoculação, que “o experimento de Carrión foi promovido pela Academia Livre de Medicina. A Academia, através da proposta do concurso (e provavelmente do experimento), realizada por Villar, cria todas as condições para que Carrión, um estudante provinciano, distante de sua família e cheio de incertezas sobre seu futuro, em um tempo muito curto, possa realizar a experiência e possa esta ter uma base de aceitação e visibilidade social. O êxito da experiência permitiria à Academia o mérito de ser reconhecida como a promotora do desenvolvimento científico da medicina local, logrando uma importante vitória no campo da hegemonia cultural dentro do conflito entre a periférica Academia, que agrupava os herdeiros da tradição de Heredia e a oficialista Faculdade de Medicina”.

vista de uma história do saber da doença, o que importa é que estes manuscritos foram publicados em 1886, em Lima, e que, de alguma forma, são expressão do pensamento médico limenho. Como tal, estes manuscritos podem ser objeto legítimo de uma historiografia que procura inserir o desenvolvimento do conceito da doença que aí teve lugar e que pode ser analisado em relação às diferenças do pensamento médico limenho, do pensamento de expressão inglesa do serviço médico da empreiteira da estrada de ferro para Oroya e da larga tradição francesa e de expressão alemã de pensamento médico sobre a verruga peruana.

No percurso traçado pelos três primeiros capítulos do presente trabalho, fica claro que o saber da doença teve, em relação à medicina limenha, seu ponto culminante com os *Apontamentos*. Um texto à altura deste somente frutificará, na medicina limenha da doença, quando um estudante de uma nova geração, Antunes (1890), adotar o tema da verruga como objeto de seu trabalho de conclusão de curso de medicina. Juntos, os *Apontamentos* e as *Notas do experimento* perfazem um fio de problematização e reflexão sobre a doença de verrugas que logrou colocar a medicina limenha à altura do conhecimento da doença que já havia sido conquistada pelas outras duas linhagens do pensamento médico. É isso que importa em uma história do saber e não a imagem dos indivíduos.

Assim, se a presente análise das fontes conduz à compreensão de que o caráter heroico do gesto de Carrión está acima de dúvidas e suspeitas, não foi esse o alvo eleito na presente história do saber da doença de Carrión.

Magnetizada pela figura do herói, a narrativa tradicional é laudatória. A historiografia crítica desconstrói a narrativa tradicional, mas o tema do herói é ainda o alvo central e quase exclusivo de sua análise.

A historiografia crítica aproxima-se do que é pertinente a uma história do saber da doença de Carrión quando coloca em questão a verdade do enunciado central ou nuclear da narrativa tradicional, ou seja, que “Carrión demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana”.

Ao fazê-lo, entretanto, a historiografia crítica continua presa da dialética entre as duas noções, no interior da qual o experimento de outubro de 1885 foi captado pela narrativa tradicional. Se a historiografia crítica da doença tem denegado, parcial ou completamente, a verdade expressa no enunciado central da narrativa tradicional, ela não enxerga problema na dialética das duas noções. A historiografia crítica partilha com a narrativa tradicional a crença de que o verdadeiro obstáculo a ser ultrapassado, no saber da doença, é o dualismo entre a febre de

Oroya e a verruga peruana. A historiografia crítica apenas minimiza o valor de uma contribuição determinada, a do experimento de Carrión, que a narrativa tradicional maximizou.

Ora, a recomposição das outras duas linhas de pensamento, que não a limenha, mostra que o apelo à febre de Oroya não foi necessário ao desenvolvimento do saber da doença, na medicina francesa e de expressão alemã, enquanto a medicina de expressão inglesa evoluiu no sentido de banir a febre de Oroya do campo do saber da verruga. Enquanto isso, a narrativa tradicional tomou a invenção do enigma da febre de Oroya e sua solução como marca positiva da contribuição peruana ao conhecimento da doença.

A leitura comparada do pensamento médico limenho às outras duas linhagens de pensamento médico sobre a doença mostra que a medicina limenha fracassou em 1875 em manter a febre de Oroya fora do âmbito do saber da doença e fracassou novamente quando, ao interpretar os resultados do experimento de Carrión, lançou novamente mão desta noção, que os *Apontamentos* de Carrión rejeitaram. Com as *Notas do experimento* e o nascimento da narrativa tradicional da doença de Carrión, entretanto, a medicina limenha franqueou novamente as portas do saber médico para a febre de Oroya e as consequências disso serão estudadas no próximo capítulo do presente trabalho.

Por ora, é possível concluir, graças à história da doença que se ergue nos três primeiros capítulos do presente trabalho, que a historiografia crítica não consegue saltar para fora da armadilha da atualização da narrativa tradicional constituída por Rebagliati (1940) e que vigora através de seus pósteros.

Enquanto a narrativa tradicional continua a reiterar-se candidamente, como na recente e volumosa obra comemorativa de Matallana (2001) ou em introduções históricas de numerosos artigos ou monografias recentes¹¹⁷, a historiografia crítica continua a corroer a verdade nuclear da narrativa tradicional, pondo em questão os resultados do experimento de Carrión, mantendo intacta a estrutura mesma desta narrativa, cujo centro continua sendo o herói, que deixou de ser o objeto da memória cultural para se tornar o da fúria iconoclasta.

Se a historiografia crítica não chega a ser, ainda, uma história do saber, é porque ela aceita, sem análise, aplicar a verdade que a febre de Oroya e a verruga peruana são fases da doença de Carrión, constituída desde o final da década de 1930, e válida no saber atual da doença, a toda a história do saber da doença precedente.

¹¹⁷ No primeiro capítulo do presente trabalho, elencaram-se alguns dos trabalhos recentes que apresentam a reprodução do núcleo narrativo tradicional da doença de Carrión: Maguiña Vargas (1993), Velásquez Acosta (1999), Maguiña Vargas *et al.* (2000), Panchas Chavez (2001), Saettone-León (2004), Garrido Chacon (2004, p. 16-7), García *et al.* (2005), Gonzáles R. *et al.* (2007).

Ao aceitar a simples colagem de Rebagliati (1940) dos conceitos de febre de Oroya e verruga peruana de seu tempo sobre estes mesmos nomes presentes na dialética do saber limenho da doença, desde 1872, a historiografia crítica deixou de fazer tanto a história quanto a crítica da evolução dos conceitos, escamoteada pela identidade dos nomes ‘febre de Oroya’ e ‘verruga peruana’.

Assim, apanhada pela dialética da doutrina unicista, a historiografia crítica, de García-Cáceres (1972) a Murillo *et al.* (2002), ainda não logrou começar a construir uma história do saber da doença, porque ela aceita, acriticamente, que a doutrina unicista é verdadeira na atualidade do saber da doença e pressupõe que ela sempre esteve do lado da verdade porque não se dá conta das transformações conceituais que a permanência das expressões ‘febre de Oroya’ e ‘verruga peruana’ esconde. Como o ponto de partida da doutrina unicista é análise do experimento de 1885, através do que ela se expressa narrativamente, a historiografia crítica não passa de uma modulação da narrativa histórica tradicional da doença de Carrión.

Conclusão

O presente capítulo estabeleceu a condição epistemológica do advento da febre de Oroya, na literatura da verruga peruana: a concepção restritiva da verruga peruana que, na contramão da clínica de Smith, Tschudi e Dounon, tendia a fazer da doença uma mera afecção cutânea.

A tendência restritiva do conceito da doença, que percorre a literatura nascida na Faculdade de Medicina de Lima, decepcionou da doença a parte mais significativa de seus sintomas gerais, a reação febril e o enfraquecimento geral, bem como fez dela uma afecção de prognóstico benigno.

A concepção restritiva da doença explica o advento de uma nova entidade patológica, a febre de Oroya, como resposta à epidemia dos trabalhadores da estrada de ferro, quando da penetração das obras na região endêmica da verruga peruana, no início da década de 1870.

Mas, não bastou a revisão do conceito da verruga que se colocou em jogo seja pelo uso da febre de Oroya, na medicina limenha (1873-1875). Não bastou o banimento da febre de Oroya, como o que se fez na medicina de expressão inglesa da estrada de ferro para Oroya; Não bastou o impedimento da entrada da febre de Oroya no saber médico, como o que erigiu a

medicina franco-germânica. A mesma concepção restritiva da doença, das décadas de 1850 a 1870, ainda vigorava na Lima de 1885, quando se procurou interpretar o experimento de Carrión.

Um traço desta concepção restritiva, a ideia de que a verruga não pode matar sem o processo eruptivo, ainda vigorava, nos *Apontamentos*, e é isso que explica, do ponto de vista de uma história do saber, o projeto do experimento de Carrión.

Capítulo IV

A febre grave de Carrión (1885-1913)

4.1 O impacto internacional do experimento de Carrión

A ampla ressonância do anúncio da morte de Carrión, nos periódicos médicos e a posterior publicação, em francês, do livro de Odriozola (1898) dão lugar a uma nova situação na participação da medicina internacional na pesquisa sobre a verruga peruana. Para compreender esta guinada, é preciso tratar separadamente a trajetória francesa das demais.

a) Os tratadistas da patologia tropical

Encerrada a presença da medicina de expressão inglesa, nas obras de construção da ferrovia para Oroya, o fio do pensamento que liga Browne (1873) a Ward (1877) extingue-se. Mais conhecido que este, Browne (1873) ajudou a preparar uma recepção acolhedora da dialética limenha da febre de Oroya e da verruga peruana. Assim, a literatura posterior a 1885 sobre o tema foi indelevelmente marcada pela doutrina de Avendaño e de Odriozola.

Exceção, Hirsch salvou-se da febre de Oroya. A segunda edição do seu *Manual de patologia histórico-geográfica*, dividindo-se em três volumes, contemplou a verruga apenas no segundo, aparecido em 1883, antes do experimento de Carrión. Este volume, dedicado às infecções crônicas, intoxicações e doenças parasitárias, amplia o tratamento dado à verruga, na edição de 1860. Hirsch incorpora toda a nova literatura francesa que se sucedeu ao primeiro

volume, mas continua pautando sua posição pelo trabalho de Tschudi (1845). Dos franceses, não foi tanto Dounon (1871) quem mais contribui, pois Hirsch prefere manter o nome do médico suíço encabeçando as observações que Dounon não fez mais que confirmar. De Bourse (1876), entretanto, Hirsch aprende mais: a verruga possui uma forma aguda, que pode atacar epidemicamente e ser mortal antes da erupção. Uma ideia que Hirsch não estranha porque, exceto pela manifestação epidêmica, ele já a conhecia, no texto de Tschudi (1845). Apesar de sua falta de contato direto com as zonas endêmicas, o bom acompanhamento da bibliografia, por largo período, permitiu a Hirsch uma síntese orgânica e coerente do saber da doença, que deixa a desejar à geração dos tratadistas posteriores.

Fundados exclusivamente num acesso a uma bibliografia incompleta e sem contato direto com as regiões endêmicas, os tratadistas de patologias tropicais começam a traçar, à primeira vista, um debate tão inútil quanto superficial, considerando seu caráter meramente hipotético, retardatário e incapaz de providenciar qualquer avanço positivo no conhecimento da doença. Este debate, entretanto, interessa do ponto de vista da compreensão dos efeitos que a interpretação liminha do experimento de Carrión foi capaz de produzir nos leitores deste período.

O italiano Filippo Rho (1897)¹, conhecedor de Tschudi (1845), de Dounon (1871) e da discussão francesa sobre a família nosológica da verruga, através de Bordier (1880; 1884), foi, dos tratadistas, o que menos se deixou aprisionar pela febre de Oroya e, ao mesmo tempo, melhor adentrou na ordem da discussão do seu tempo. Ele aceita que a inoculação de Carrión foi bem sucedida em demonstrar a natureza parasitária da doença e se engaja no debate francês sobre a família nosológica da doença. Coloca a verruga ao lado do botão do Oriente e da framboesia tropical, no tópico das infecções crônicas com manifestação cutâneas. Rho (1897, p. 593) aproxima a verruga mais da framboesia que do botão do Oriente porque considera “o surto da doença [de verrugas], anunciado por sintomas mais ou menos comuns a todas as doenças infecciosas”, que caracteriza também a fase inicial da framboesia.

Mas a direção seguida por Rho sofre uma inflexão com a entrada de Patrick Manson (1898; 1900). Desde a primeira edição do seu *Manual das doenças de climas quentes*², ele é

¹ Rho (1897, p. 592-8) trata da verruga em seu capítulo sobre as infecções crônicas com manifestações cutâneas, ao lado do botão do Oriente e da framboesia tropical, considerando-as doenças autônomas entre si.

² Manson não tratou da verruga peruana no capítulo das febres, mas em um capítulo especial para as doenças infecciosas granulomatosas, depois da lepra e da framboesia. A abordagem da primeira edição (1898 p. 435-7) é idêntica a da segunda (1900, p. 468-470), exceto pelo acréscimo de referências bibliográficas.

fisgado pela dialética limenha sem a ancoragem na bibliografia precedente a Avendaño. Manson aceita pensar no interior do jogo da doutrina unicista limenha, o que exige uma aposta em favor do unicismo ou do dualismo. Ele opta pelo segundo. Mostra-se explicitamente cético a propósito do diagnóstico positivo de febre verruga fatal, se dado antes do aparecimento de manifestações cutâneas definitivas. Também não se compromete com o entendimento peruano do resultado do experimento de Carrión. Manson, retroage em relação a Rho e se posiciona aquém de Dounon, ao considerar que “as diferenças clínicas entre a verruga e a framboesia (*yaws*) é mais de grau que de tipo” e sugere que a frequente gravidade dos sintomas iniciais da primeira devam ser atribuídos à complicação palúdica. Com se vê, a dialética limenha conduziu Manson ao dualismo, reinstalando um conceito da doença próximo ao da verruga apirética de Salazar (1858)³. Na esteira de Manson, Éder (1906) proporá que a verruga não é outra coisa que framboesia e a febre de Oroya não mais que a febre tifoide dos trópicos.

Scheube, na primeira edição de seu manual *As doenças de países quentes*, de 1896, evitara a herança de Hirsch (1860 e 1883) e não dissera palavra sobre a verruga peruana. Após o *Manual* de Manson, entretanto, Scheube (1900) decide incluir a verruga, na segunda edição do seu compêndio, dedicando-lhe um monótono capítulo que só não é exclusivamente um resumo de Odriozola (1898) porque, em certo momento, ele resolve tomar uma posição e o faz nos seguintes termos.

Apenas a um observador superficial pode parecer que as duas doenças [Framboesia tropical e verruga peruana] são verdadeiramente diferentes, mas, considerando mais detidamente o assunto, ele poderá ver que as diferenças são uma questão de grau, com a exceção que, até agora, não foram observadas manifestações internas na framboesia e que, na verruga, podem estar presente desde o nascimento. Eu estou, portanto, inclinado à opinião de que as duas doenças aproximam-se de perto. A verruga sendo nada mais que uma forma severa de framboesia, modificada parcialmente pela alta altitude das regiões onde ela ocorre e parcialmente por ser complicada com malária⁴.

Como se vê, Scheube faz a medicina de expressão alemã, a despeito da sua significativa participação na história da doença, inclinar-se à posição de Manson. As palavras acima destacadas colocam observadores como Tschudi e Dounon na categoria dos superficiais, ao negar algo que os médicos peruanos nunca confundiram, a verruga peruana e a framboesia.

³ A referência bibliográfica de Odriozola só aparece na segunda edição do *Manual* de Manson (1900), mas nada se altera no texto.

⁴Scheube inclui a verruga no segundo capítulo da sua segunda edição, dedicado às doenças infecciosas gerais logo após tratar da framboesia trópica, da maneira semelhante à de Manson (1898).

No âmbito dos manuais, será preciso esperar a obra coletiva coordenada por Mense, para que o capítulo de Plehn (1905), aceitando as analogias com o botão do Oriente e a framboesia, reinstalasse, na literatura de expressão alemã, a autonomia da verruga, que este autor posiciona entre as doenças infecciosas gerais caracterizadas por exantemas agudos.

b) A medicina francesa

A reação da medicina francesa ao experimento de Carrión merece ser tratada em separado em função de sua dedicação historicamente intensiva ao tema da verruga peruana. Observada contra o pano de fundo da literatura europeia, Hirsch (1883) Filippo Rho (1897) e Plehn (1905), de um lado, e Manson (1898), Scheube (1900) e Éder (1906), de outro, a medicina francesa surpreende. Diferentemente dos três primeiros, ela perde a linha de continuidade do pensamento franco-germânico que liga Tschudi, Dounon, Fournier e Bourse. Seguindo Manson, Scheube e Éder, a nova fase da medicina francesa abraça a dialética limenha entre a febre de Oroya e a verruga peruana, mas declina do ceticismo dualista para simplesmente decalcar as posições de Avendaño (1885) e Odriozola (1898).

Entre Le Roy de Méricourt (1864) e Nielly (1881), o pensamento francês sobre a verruga seguiu uma linha de desenvolvimento contínuo. De Dounon (1871) a Bourse (1876), a medicina naval francesa, com suas próprias observações *in loco*, deu sequência a uma elaboração teórica da doença, cujo eixo central havia sido a demonstração da autonomia nosológica e o principal debate aberto, aquele da classificação da doença entre as patologias conhecidas. Com a tese de Dounon, a medicina francesa assumiu a vanguarda do saber da doença e, mesmo fundando-se no trabalho inaugural de Tschudi (1845), colocou a medicina de expressão alemã na retaguarda. Desde Dounon, entretanto, os contatos da medicina naval francesa com a doença não tiveram mais a mesma intensidade. De qualquer forma, até Bourse (1876) e, portanto, até antes de Ward (1877), a medicina francesa manteve-se na proa do conhecimento da doença. Depois de Bourse (1876), a medicina francesa perdeu o contato direto com as regiões endêmicas da enfermidade. A chegada da notícia do experimento de Carrión selou um destino: a medicina francesa entregou à limenha a palavra de ordem sobre a verruga e, à primeira vista, abandonou a autonomia e a distância crítica que caracterizara sua linha de pensamento.

A nova tendência, na medicina francesa, começa já com as notas de falecimento de Carrión publicadas nos periódicos franceses. A *Gazeta semanal de medicina e cirurgia* diz que “a verruga é uma pîrexia peruana que não parece diferir da terrível doença conhecida sob o nome de ‘febre de Oroya’” (Anônimo, 1885d). A nota de *A união médica* diz que “se suspeitava da identidade da afecção de verrugas com a febre de Oroya” e, com o experimento, a “demonstração foi completa”⁵. A nota da *Revista Científica* entende que a febre de Oroya é apenas outro nome da verruga⁶.

Com H. Rey (1886), a medicina francesa perde sua distância crítica e a discussão nosográfica submete-se à compreensão da doença instalada pela narrativa de Avendaño (1885). Esquecida a pesquisa francesa que, de Dounon a Bourse manteve a febre de Oroya fora do saber da verruga, Rey afirma: “Em verdade, não se tinha nenhuma razão positiva que permitisse estabelecer rigorosamente a unidade etiológica destas duas doenças. A experimentação feita sobre si mesmo pelo infelizmente Carrión parece ter resolvido pela afirmativa este ponto de doutrina”⁷. Se Rey critica a história de Avendaño é apenas porque ela omite “um dos trabalhos mais importantes escritos sobre esta doença, feito por um dos nossos, o doutor Dounon”⁸. Rey requisita que a narrativa histórica limenha leve em conta a contribuição do médico naval francês, mas o faz sob a perspectiva da doutrina unicista de Avendaño porque reclama que Dounon já havia concebido a verruga como afecção essencialmente generalizada e análoga à febre palúdica. Rey, portanto, sugere que, antes das discussões sobre a febre de Oroya, em Lima, Dounon já havia indicado o caminho certo. Isso significa que Rey aceita que o problema para o conhecimento da doença é a relação entre a verruga e a febre de Oroya como regra de compreensão da história do saber da doença.

Dentro em pouco, Beaumanoir (1891)⁹ já não pretende outra coisa que a “tradução, a análise e o ordenamento dos trabalhos feitos, até o fim de 1888, sobre a doença conhecida como verruga, pelos médicos peruanos e por um médico do Chile [Izquierdo]”. Beaumanoir traduz boa parte dos materiais contidos no livro *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión* editado pelos colegas do estudante, sobretudo as *Notas do experimento* e o laudo da autópsia. Ele entra no mérito das críticas de Alcedan aos legistas, que considera motivadas por rancor e opta pela versão de Avendaño, fundada sobre o laudo. Isso mostra que havia quem pudesse aceitar

⁵ Conferir a nota de *A união médica* (*L'Union Médicale*) in: Medina *et al.*, 1886, p. 104.

⁶ Conferir a nota de *Revista Científica* (*Revue Scientifique*) in: Medina *et al.*, 1886, p. 104-5.

⁷ Rey, 1886, p. 381.

⁸ Rey, 1886, p. 383.

⁹ Este artigo foi traduzido no *Brasil médico*, Rio de Janeiro, 1891, vol. VI, p. 87 e 103.

piamente a história de Avendaño. Beaumanoir não crê que haja razões para contestar o laudo da autópsia e aceita a conclusão dos legistas de que se encontrou no sangue de Carrión, o germe que Izquierdo denunciara como causa da verruga¹⁰. Assim, assumindo a perspectiva de Avendaño, Beaumanoir (1891, p. 20) considera que a “transmissibilidade por inoculação é claramente demonstrada pela doença e morte de Carrión” e que o exame de sangue de Carrión confirma esta descoberta. Toda a história passa a ser lida, como em Avendaño, da ótica do problema da relação entre a febre de Oroya e a verruga para chegar finalmente à mesma conclusão que o médico limenho: os dados da autópsia “não deixam nenhuma dúvida sobre a identidade das duas doenças”.

Esta tendência perdurará até o final do século. Chastang (1897)¹¹ não faz mais que atualizar a medicina francesa quanto às publicações limenhas sobre a doença posteriores ao informe de Beaumanoir, além de acatar a doutrina unicista e a narrativa limenha tradicional¹². A tese de Bordeaux defendida por Marc-François-Bertrand Puységur, no final de 1898, quase não é mais que um resumo do livro que Odriozola (1898) acabara de fazer publicar em Paris.

Única exceção a esta tendência, Corre (1887) aceita que o experimento de Carrión faça pensar na doença como inoculável, mas sua reserva dirige-se contra a possibilidade de que algo possa ser inoculável e, simultaneamente, não ser contagioso.

Para além do que se passa neste quase jornalismo médico que vai de Rey (1886) à tese de Puységur (1898), Maurice Letulle (1898) e Charles Nicolle (1898) seguem a via que V. Izquierdo (1885)¹³ intentara a mais de uma década, o exame de verrugas conservadas em álcool absoluto, enviadas do Peru, à distância dos doentes e da doença. Com este tipo de material, os dois franceses não puderam fazer aquilo que os críticos de Izquierdo reclamaram: culturas e inoculações¹⁴, demonstração da relação entre o gérmen e a doença¹⁵ e determinação do ciclo biológico do parasita dentro e fora do organismo humano¹⁶. Comedidos, os dois pesquisadores franceses evitam posicionar-se sobre a concepção geral da doença ou declarar os parasitas observados como solução da questão etiológica. Limitar-se-ão a descrever aquilo que puderam

¹⁰ Para Beaumanoir, os legistas teriam, após a Guerra do Pacífico, todas as razões para infirmar o achado de um médico de Santiago do Chile e, se o legitimam, só poderia ser por probidade científica (Beaumanoir, 1891, p. 18)

¹¹ O próprio título de Chastang indica seu projeto: *A verruga peruana ou doença de Carrion. Revista e análise de alguns trabalhos recentes de médicos peruanos.*

¹² Cf., sobretudo, Chastang, 1897, p. 418.

¹³ Artigo resenhado, na França, por Ricklin, 1885, p. 392.

¹⁴ Matto, 1886, p. 379; Hallopeau, 1893, p. 341; Rho, 1897, p. 596.

¹⁵ Firth, 1905, p. 499.

¹⁶ Rho, 1897, p. 596.

ver: um trabalho quase exclusivamente anatomopatológico, como uma resposta às condições conjunturais impostas e não uma decisão por um caminho de pesquisa planejado.

Mas sobre isto, o melhor caminho da pesquisa, a nova medicina francesa dirá uma discreta palavra em reação ao experimento de Carrión. Palavra que só não ficou submersa no silêncio porque Alberto Barton (1898), em seu artigo debutante, revela. Ele declara que o traçado do projeto de sua pesquisa – um projeto que não mais abandonará – veio de um conselho dado por Pasteur a seu professor de microbiologia, David Matto: deve-se buscar o parasita da doença de Carrión no sangue dos doentes¹⁷. Pasteur acreditava, segundo revelação posterior de Barton (1901, p. 194) que o “gérmen verrucoso deveria ser um hematozoário”.

A inoculação de Carrión, portanto, devia ser lida como indicativa do caminho mais fecundo. O caminho não devia ser o pus, como pensara Ward (1877). Também não deveria partir dos tecidos da erupção verrucosa, como pensara Izquierdo e com o que tiveram que se contentar Letulle e Nicolle. Assim, compreende-se a razão do silêncio da escola de Pasteur e da Virchow, após a morte de Carrión. Seu experimento foi um indicativo de que uma pesquisa consistente pensada sobre a verruga peruana deveria tomar o sangue como ponto de partida e ser levada adiante lá onde os doentes e a doença pudessem ser sistematicamente estudados. Portanto, até uma alteração da ordem exterior das coisas, a doença de verrugas deveria estar entregue aos cuidados dos peruanos. Este estado de coisas não se alterará até o final da primeira década do século XX.

4.2 A tarefa preliminar: o diagnóstico da febre de Oroya

Não resta dúvida que a medicina limenha abraçou, como pôde, o empenho do conhecimento da doença de verrugas de maneira a honrar aquele que ela constituiu em patrono de seus esforços, neste período em que a medicina internacional silencia sobre o tema. Na pesquisa da doença de Carrión, a medicina limenha empreendeu suas melhores forças e usou todos os seus recursos. A Sociedade União Fernandina erigiu um regimento segundo o qual

¹⁷ Dentro de alguns anos, Plehn (1905) suspeitará de um possível tripanossoma transmitido por inseto, uma conjectura posterior à descoberta das infecções secundárias da verruga. Isso pressupõe que, em princípio, aceita-se que a inoculação de Carrión tenha tido sucesso em indicar que o sangue seja um veículo da doença. Firth (1905), após as Biffi *et al.* (1904) e Tamayo (1905), pensa que Carrión morreu de infecção septicêmica, mas isso não impede que ele continue aceitando que demonstrou a inoculabilidade da doença de verrugas.

cada aniversário de falecimento de Carrión seria celebrado com conferências sobre as novas conquistas do conhecimento da doença e o ritual será seriamente cumprido a cada cinco de outubro.

Até 1898, entregue às suas próprias forças, a medicina limenha empreende a tarefa do conhecimento da doença de Carrión sem poder ativar a pesquisa microbiológica, por razões de ordem exterior. Larrea y Quedada (1887) é explícito: “Comecemos pelo menos difícil, a sintomatologia e o diagnóstico diferencial. Depois virão os que com mais elementos de trabalho, com laboratórios e escolas que não possuímos, estudarão a etiologia, a patogenia, a terapêutica...”. Francisco Almenara Butler (1890) queixa-se que as análises necessárias ao avanço do conhecimento, cultivo do agente e inoculações, exigem financiamento de largo prazo, com o que não se conta.

Mas, mais do que isso, há uma constrição de ordem programática. Fazer avançar o conhecimento da doença torna-se o mesmo que dar continuidade à conquista de Carrión. Ele teria demonstrado a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana. É preciso fazer com que o conhecimento avance a partir deste dado seguro, fazer valer a doutrina unicista. Porém, uma tarefa preliminar precisa ser cumprida: determinar o que é a febre de Oroya. Esta tarefa, que absorveu todas as forças, entretanto, não avançava jamais numa direção unívoca, nem encontrava maneira de ser resolvida, antes que o conhecimento microbiológico começasse a decidir os impasses. Refém de seus pressupostos, o pensamento limenho encerra-se num circuito paradoxal: a narrativa histórica celebra como conquista científica aquilo mesmo que a pesquisa procura conhecer.

Conforme as diferentes respostas que se deu ao problema da identidade da febre de Oroya, entretanto, há duas direções de pesquisa imbricadas. É decisivo distingui-las porque uma encaminha a supressão dos fundamentos dualistas da doutrina unicista. Fundamentos estes que a outra via inflaciona. Pela primeira via, buscou-se restringir e especificar tecnicamente o uso do nome ‘febre de Oroya’, no interior de um conhecimento global da verruga. Pela segunda, aproveitou-se da inespecificidade da febre de Oroya para fazer dela o repositório de conceitos díspares. A primeira fez do não saber da doença sofrida por Carrión um obstáculo produtivo. A segunda fez da validação da febre de Oroya uma armadilha.

Se a duplicidade de vias provém da indeterminação conceitual da febre de Oroya, esta resulta da inexistência de signos clínicos que lhe dessem uma ancoragem contra a permanente derrapagem a que seu uso esteve sujeito.

Fundamental para a determinação da febre de Oroya seria resolver aquilo que Avendaño (1885) relatou como certo: o diagnóstico dado pelos médicos ao caso de Carrión inoculado. Um sucesso no reconhecimento clínico da enigmática febre daria à doutrina unicista o que lhe faltava para ser aquilo que ela pretendia, uma verdade estabelecida. Um vazio de saber que a doutrina unicista e a narrativa histórica tradicional, entretanto, procuram escamotear.

Enquanto o primeiro aniversário de falecimento de Carrión havia sido consagrado ao fechamento do ciclo historiográfico, o segundo aniversário podia dedicar-se a tarefa mais urgente. Assim, Agustín Larrea y Quedada (1887) toma como problema a resolver a posição crítica de Alejandro Bustamante, no debate de 13 de setembro de 1875, na Sociedade Médica de Lima, contra Pancorvo. Este, com La Puente, defendia uma febre de Oroya autônoma. A posição oposta, representada por Salazar e seus seguidores, defendia a pertença da febre de Oroya à verruga peruana. Bustamante defendia que a febre de Oroya foi uma doença circunscrita a uma região por onde passaram os construtores da ferrovia transandina. Por isso, terminados os trabalhos, desaparecera a doença.

A empreitada de Larrea y Quedada é relevante para a defesa da doutrina unicista contra o poder implosivo da tese Bustamante. Esta não havia recebido novas sustentações, mas a preocupação de Larrea y Quedada em resolvê-la é um indicativo de que ela tinha defensores mudos, nos bastidores da vida médica limenha.

Para resolver o problema, Larrea y Quedada retoma o arquivo em busca de casos de febre de Oroya. Ele quer evidenciar que a febre de Oroya de após o experimento de Carrión é a mesma doença do início da década de 1870. Lamenta que não seja possível a comparação entre os seus casos e os da literatura porque, nesta, não há mais que um número exíguo de casos incompletos e ideias abstratas. Mesmo admitindo que não seja mais possível saber se aquilo que se chamou ‘febre de Oroya’, entre uma década e a outra, corresponde ao mesmo¹⁸, Larrea y Quedada postula que Bustamante estava errado. Afinal, não haveria como negar que os hospitais de Lima ter-se-iam encheidos de casos de febre de Oroya, no final de 1870, e ele ainda pode descrever seus próprios casos desta doença. A apresentação desta argumentação dispensa crítica.

Outra tentativa é a de Evaristo M. Chávez (1887), epicentro do inquérito policial sobre a morte de Carrión. Ele procura, com sua tese de doutoramento, filiar sob seu título, *Anemia*

¹⁸ É preciso levar em conta que, entre as duas épocas, a Guerra do Pacífico permitiu a invasão das tropas chilenas, desastrosa para a Faculdade de Medicina, cujo conjunto arquitetônico foi utilizado, saqueado e depredado pelas tropas ocupantes.

perniciosa, em torno da febre anemiante da doença de Carrión (que ele entende ser a verruga peruana), doenças congêneres. Para tanto, descreve as características comuns das febres anemiantes perniciosas, das febres malignas, das febres progressivas, das febres anemiantes palúdicas, da febre anemiante puerperal, da febre anemiante dos mineiros, da febre anemiante das estradas de ferro e da febre anemiante do canal do Panamá. Todas as anemias do grupo seriam produzidas por um parasita microscópico próprio, ainda desconhecido, mas sempre produtor de anemia grave, o que justificaria a criação do grupo nosológico. As diferenças clínicas entre estas doenças seriam explicáveis pela diversidade de agente e Chávez declina de dar-lhes descrição, dizendo que isso escapa ao objetivo. Entretanto, é porque ele não dispõe de diagnóstico clínico diferencial, que procurou a estratégia do distanciamento da perspectiva. Ensejou produzir algum conhecimento sobre a doença de Carrión por recurso a uma categoria nosológica ampliada, mas abstrata, que funcionasse como uma família.

Na condição de um dos seis acompanhantes do experimento de 1885, Julian Arce (1889) retoma o problema que seus dois antecessores contribuíram, involuntariamente, para tornar mais obscuro. Para produzir uma identidade para a febre de Oroya, Arce procura criar um laço de continuidade do diagnóstico desta doença entre um caso anterior e outro posterior ao experimento de Carrión, associando a ambos as descrições das *Notas do experimento*, ou seja, ao caso exemplar do próprio Carrión.

O primeiro caso de Arce é o de Abel Orihuela, que falecera em maio de 1885 e goza de notoriedade particular. Trata-se do caso de um estudante de medicina citado, nas *Notas do experimento*, por Carrión, no momento em que este se declara acometido de febre de Oroya. Arce revela que foi ele quem cuidou do colega Orihuela, desde seu retorno das férias de abril, gozadas em região endêmica da verruga. O internamento foi imediato, quando da chegada em Lima, em vista do grave estado anêmico do colega. Arce, na condição de interno do serviço de Villar, ocupou-se de Orihuela, do início ao fim. É Arce quem dá a descrição do caso a Villar, de quem recebe as orientações para o tratamento. Mas é Villar e não Arce quem teria dado o seguinte diagnóstico, quando do seu primeiro contato direto com o paciente, à véspera da morte deste: “febre de Oroya de prognóstico fatal”¹⁹.

¹⁹ Ao citar o caso de Orihuela, as *Notas do experimento* não fazem referência alguma a Villar nem a Arce que, na condição de colega e acompanhante do experimento, é testemunha direta desta afirmação de Carrión: “Até hoje, havia crido que me encontrava tão somente no período de invasão da verruga, como consequência de minha inoculação, quer dizer, naquele período anemizante que precede à erupção. Mas, agora, estou firmemente persuadido de que estou atacado da febre de que morreu nosso amigo Orihuela. Tenho aqui a prova palpável de que a febre de Oroya e a verruga reconhecem a mesma origem, como uma vez ouvi o Dr. Alarco dizer.” (Alcedan, 1886, p. 387; Medina *et al.*, 1886, p. 45-6).

O segundo caso descrito por Arce é o de Valentin Barrera y Bustos, médico da província de Huarochiri desde fevereiro de 1886, mas que, já no início de março, regressa à capital acometido de febre remitente. Por se tratar de um médico e pelas dificuldades do acerto no seu diagnóstico, trata-se de outro caso notório. Arce, portanto, escolhe seus casos com um fino tato estratégico.

O diagnóstico inicial de Barrera y Bustos foi o de febre palúdica, que foi alterado quando o caso passa a ser assumido por Moloche e Genaro Huapalla. O tratamento determinado por eles, agora para febre remitente gástrico-biliosa, entretanto, não resultando satisfatório, conduz os dois práticos a convocarem o erudito professor Villar para uma junta médica. Esta redefine o diagnóstico para o de febre remitente palúdica. O insucesso do tratamento dá lugar a uma nova junta, para a qual Villar foi substituído por algum outro notável, que Arce não nomeia. O novo diagnóstico foi o de hepatite anômala. Depois disso, Arce vai direto à seguinte conclusão: “Não seguirei, detalhadamente, as peripécias que sofreram o diagnóstico e o tratamento [...] até que se formulou o de febre de Oroya, nas duas últimas juntas”.

Porém, após a vinda da comissão de Harvard (Strong *et al.*, 1913), quando se instalou o dualismo nosológico, desta feita microbiológico e clínico, entre a febre de Oroya e a verruga peruana, o próprio Arce (1918)²⁰ implode seu esforço de 1889 ao afirmar que “os estudantes de medicina daquela época [da inoculação de Carrión] não recordamos que se fizesse nos hospitais o diagnóstico de febre de Oroya, mas sim o de febre anemiante perniciosas”. Ora, se é assim, como Villar diagnosticou a febre de Oroya de Orihuela?

Comparadas, as duas posições contrárias de Arce, a de 1918 é mais compatível com:

(a) Pancorvo (1875) e Matto (1886), segundo os quais as febres fatais dos trabalhadores provenientes da estrada ferro para Oroya nunca foram consideradas pelos médicos limenhos outra coisa que febres palúdicas perniciosas;

(b) com a impossibilidade de Larrea y Quedada (1887) para estabelecer a continuidade do diagnóstico da febre de Oroya entre as décadas de 1870 e a de 1880.

As duas posições contrárias de Arce, entretanto, são explicáveis quando se atenta para os diferentes desafios impostos a quem se posiciona, como ele, em ambas as situações, como defensor da doutrina unicista. Em 1889, impunha-se a necessidade de dar consistência clínica à febre de Oroya, para a qual, com dificuldade, se consegue encontrar casos convincentes.

²⁰ O texto intitula-se: *Lições sobre a verruga peruana ou ‘doença de Carrión’*.

Desde o final de 1913, com a publicação do *Relatório preliminar*²¹ a situação se reverte e o unicismo de Arce passa a ter um problema de outra ordem. O estabelecimento do dualismo nosológico pela comissão de Harvard dá à febre de Oroya o estatuto de entidade patológica autônoma, clinicamente descrita, com parasita claramente individuado e, com Strong *et al.* (1915), biologicamente classificado. Para os partidários da doutrina unicista, a essa altura, tornar-se-á necessário mostrar aquilo que antes era preciso esconder: que a febre de Oroya é um nome que habita os debates médicos, mas que, tanto quanto em 1875, não tem praxe clínica hospitalar instalada.

Antes como após Carrión, o desafio da pragmática hospitalar equaciona-se entre tratar febres intermitentes, com quinina, ou a verruga, com um regime fortificante. Como na época de Pancorvo (1875), mas ao contrário do que ele propôs, declarar um diagnóstico de febre de Oroya não representa nada mais que declarar um prognóstico fatal, pelo temor de que a verruga não chegará à erupção e o paciente vai a óbito, antes da certeza do diagnóstico. As razões para as quais não havia praxe clínica de diagnóstico de febre de Oroya, na época dos acontecimentos epidêmicos da construção da estrada de ferro, continuaram sendo as mesmas, após o experimento de Carrión.

Mas a febre de Oroya, que não passava de uma entidade abstrata, a partir de 1913, passa a existir na nosografia da medicina tropical internacional, enquanto continua a não existir na vida da prática médica peruana.

Uma avaliação do significado do diagnóstico de febre de Oroya dado a Orihuela, por Villar, segundo Arce (1889), pode ser uma via suplementar de acesso à compreensão deste período. Para isso, devem-se levar em consideração as posições assumidas pelo professor Villar, antes e depois do experimento de Carrión.

Se Villar deu um diagnóstico de febre de Oroya, em maio de 1885, ele não podia estar falando nos termos da doutrina unicista estabelecida, em outubro de 1885, por Avendaño. Isso porque os debates de 1875, na Sociedade Médica de Lima, não haviam sido conclusivos em nenhuma direção, o que é coerente com a inexistência de uma praxe hospitalar deste diagnóstico, conforme afirmaram Matto (1886) e Arce (1918).

Ademais, como se mostrou no capítulo terceiro, Villar era membro da comissão da Faculdade de Medicina de Lima que esteve, em 1871, nas obras da ferrovia para Oroya para averiguar as doenças que assolavam os trabalhadores. Para esta comissão, as ditas febres de

²¹ Strong *et al.*, 1913.

Oroya não eram mais que paludismo. Ora, não há registro algum que demonstre que Villar tenha mudado de opinião, enquanto há indícios de que ele não mudou.

a) Nos debates de 1875, Villar manteve-se em completo silêncio.

b) Na carta para o inquérito da morte de Carrión, enquanto Chávez explica que ninguém esperava que a inoculação produzisse algo mortal como a febre de Oroya, Villar evita sistematicamente falar da tal febre, como também não usa a expressão de La Puente, ‘febre de verrugas’. Diz apenas que não se esperava, como mal resultante da inoculação, nada mais grave que a erupção da verruga em algum órgão vital interno.

c) Quando Carrión faz referência, nas *Notas do experimento*, ao caso de Orihuela, ele diz que ouviu de Alarco e não de Villar que Orihuela adoeceu de febre de Oroya e que esta é a verruga peruana.

d) Nos anos seguintes ao experimento de Carrión, um membro da comissão da Faculdade de Medicina de 1871, Rios (1888), pronunciou-se em favor da doutrina unicista, enquanto Villar jamais publicou uma só palavra sobre o assunto.

e) Chamado para compor uma junta médica a propósito do caso de Valentin Barrera y Bustos, em época posterior ao experimento de Carrión, Villar defende o diagnóstico de febre remitente palúdica (como o faria um membro da comissão de 1871). Apenas depois que Villar é substituído por outro médico (não nomeado por Arce, 1889) o diagnóstico se posiciona pela febre de Oroya.

Estes elementos sugerem que, o diagnóstico de Villar dado ao caso Orihuela, febre de Oroya significa o mesmo que para a comissão de 1871, uma forma agravada de paludismo e de prognóstico fatal.

Compreende-se, agora, de que maneira se conciliam as duas posições de Arce. Em 1889, ele usou o diagnóstico de Villar para o caso de Orihuela para dar consistência ao estabelecimento da doutrina unicista, embora, no diagnóstico de Villar, febre de Oroya significasse paludismo agravado com prognóstico fatal. Em 1918, Arce declarou que, antes de Carrión, não havia praxe hospitalar do diagnóstico de febre de Oroya. Portanto, Arce deixa escapar que o diagnóstico de Villar para Orihuela havia sido algo fora da praxe e que o seu texto 1889 dá solenidade a uma conjectura sem rigor. Enfim, em 1918, Arce reduz o diagnóstico de Villar a suas devidas proporções, a nada.

Mas já em 1889, Arce reconhece que o diagnóstico de febre de Oroya, até aquele momento, não tem consistência porque não se estabelece sobre um conjunto adequado de signos que permitam sua diferenciação. Por isso, ele procura construir o quadro de um

diagnóstico diferencial de valor aproximativo. Ele propõe que o diagnóstico de febre de Oroya só se confirma quando do aparecimento dos primeiros signos exantemáticos indicativos do início do desenvolvimento da erupção da verruga. Sem eles, o que há é anemia e febre irregular e Arce (1889) admite: “quantas enfermidades, anemias graves, especialmente, não apresentam estes mesmos sintomas [que a febre de Oroya] ou outros mais ou menos idênticos?”. Eis aí a posição da tese de Chávez (1887), onde a febre de Oroya e a febre grave de Carrión estão perdidas no interior da categoria ‘anemia perniciosa’.

Quase no fim do século, Pablo S. Mimbela (1897) faz o derradeiro esforço para resolver o problema, utilizando a medição da curva térmica. Porém, a descrição dos casos controlados leva-o à conclusão de que a febre de Oroya não pode ser tipificada pelo uso sistemático do termômetro.

Enfim, a dificuldade para a determinação clínica da febre de Oroya é um problema que não obteve solução até que, com o início dos estudos microbiológicos da doença (de 1898 a 1905), altera-se, essencialmente, o quadro referencial da questão. Mas, enquanto esta outra época não chega, a precariedade da determinação clínica da febre de Oroya, sob as exigências programáticas da doutrina unicista, permitiu e produziu sua oscilação entre duas tendências opostas: uma, em que se procurou restringir e especificar seu alcance conceitual, e outra, que a inflacionou de usos até transformá-la em repositório de conceitos incompatíveis.

4.3 A restrição da febre de Oroya

a) Febre de Oroya como forma do período pré-eruptivo da verruga

As duas mais importantes e completas sistematizações do conhecimento da doença de verrugas, anteriores a 1898, a de Antunez (1890) e a de Castillo (1894), elaboram o conceito de febre de Oroya a partir daquele de Avendaño (1885). Febre de Oroya é uma forma sintomática possível da doença de verrugas do período anterior à floração da erupção típica, cujo caráter agudo implica o mais grave dos prognósticos.

Para Antunez (1890), a febre de Oroya (ou ‘doença de Carrión propriamente dita’, conforme o seu uso) é uma das quatro formas ou tipos clínicos da doença de verrugas, ao lado

da forma eruptiva simples; da forma reumática e da forma intermitente reumática eruptiva (ou forma vulgar). Somente a forma eruptiva simples é apirética. Exceptuando a febre de Oroya, as três demais formas são terminadas pela verruga. A febre de Oroya é a única para a qual o diagnóstico diferencial é problema, justamente porque não há aparição da verruga. Assim, por definição, a febre de Oroya “não é senão a exageração do primeiro período do qual o paciente não pode se salvar”. Se o paciente resiste, somente quando a febre de Oroya diminui ou desaparece, os outros períodos da doença se apresentam, depois de um tempo mais ou menos largo.

Para Castillo (1894)²², o período de invasão da doença de verrugas admite duas formas, a aguda e a subaguda ou lenta. Febre de Oroya é uma das possibilidades de realização da forma aguda da verruga, aquela de prognóstico fatal.

A linha de pensamento que vai de Antunez a Castillo é a de uma restrição do alcance da extensão do nome ‘febre de Oroya’, como resultado de um trabalho de especificação cada vez mais fina do estado clínico que se lhe faz corresponder. O que conduz a esta nomeação de um determinado estado do paciente, nos dois autores, é, sobretudo, o avizinhar-se do prognóstico fatal. Mas o importante, para eles, não é destacar a identidade da febre de Oroya, mas a caracterização das formas possíveis de um momento dado do estado clínico anterior à erupção, na doença de verrugas.

Uma vez, entretanto, admitida a possibilidade de uma forma grave e potencialmente mortal da verruga peruana, antes da erupção, está reinstalada, na medicina limenha, aquela observação que destacava e isolava a posição de Tschudi (1845) em relação a todos os demais observadores do período de fundação da clínica da verruga peruana.

A possibilidade de Tschudi havia sido instalada, na medicina de expressão inglesa da linha férrea para Oroya, com Ward (1877). Pela mesma época, a medicina francesa (com Bourse, 1876) e germânica, posteriormente (com Hirsch, 1883), instalaram a chamada forma epidêmica e aguda da verruga peruana, de alta taxa de mortalidade. As duas linhas de pensamento confluem para o mesmo conceito e o simultâneo desaparecimento do nome ‘febre de Oroya’, como se mostrou no terceiro capítulo do presente trabalho. No pensamento limenho, à época de Carrión, a possibilidade de Tschudi não era admitida. Isso é claro nos *Apontamentos* e na carta de Villar (1885) para o inquérito policial. As consequências da inoculação de Carrión levaram o estudante de medicina, nas *Notas do experimento*, conforme se mostrou no primeiro

²² Segundo Campodónico (1895), Juan C. Castillo era professor de patologia interna.

capítulo, a admitir a possibilidade de Tschudi, coisa que ocorre quando ele associa a febre de Oroya à verruga. Esta linha de pensamento foi seguida por Avendaño, Antunez e Castillo.

Assim, a medicina peruana precisou do nome ‘febre de Oroya’, tanto em 1875 quanto em 1885, quando se esforça para admitir a possibilidade de Tschudi. Ao fazê-lo, preservando o uso do nome ‘febre de Oroya’ como um dos possíveis estados (tipos ou formas) clínicos, na fase anterior à erupção, a medicina peruana logrou colocar ordem na sua observação clínica e isso lhe permitiu chegar a uma autêntica descoberta, o período intercalar, e a redescobrir as petéquias ou manchas sanguíneas de Tschudi (1845), como signo que pode ligar a fase febril pré-eruptiva e a fase eruptiva, como se vai mostrar a seguir.

b) O período intercalar

O entendimento da febre de Oroya como nome para o período intercalar está associado a uma observação clínica inédita. Ela foi relatada nos debates de 1875, quando, depois de Salazar introduzir a alteração no conceito da verruga, que resultou de sua desistência da verruga apirética²³, Barrios relata que Espinal teria observado pacientemente os doentes de febre de Oroya entregues a seus cuidados, “a quem não perdeu de vista até o desenlace da verruga”²⁴. Segundo outro relato, ele teria “perseguido ainda a grandes distâncias os enfermos que se salvaram da febre, em quem sem exceção sobreveio uma erupção mais ou menos abundante de verrugas sobre a pele”²⁵.

A observação de Espinal relatada por Barrios dá a compreender que, após uma primeira manifestação da doença, com comprometimento orgânico geral, grave o suficiente para demandar internação, pode ocorrer um período de remissão dos sintomas e o estabelecimento de condições tão satisfatórias que o paciente sai do hospital e, só então é que a verruga aparece, depois de um prazo mais ou menos longo.

Nos debates de 1875, a observação de Espinal ajuda a compreender uma razão de Pancorvo para defender a autonomia nosológica da entidade. Pancorvo objeta, contra a tese da febre de Oroya como período de incubação da verruga, que esta febre é “um estado complexo e alarmante, com manifestações tão graves, que mais parece toda a enfermidade que um estágio

²³ Conforme se mostrou no terceiro capítulo do presente trabalho.

²⁴ Segundo a ata de Bustamante (1875a).

²⁵ Segundo o editoralista Anônimo (1875a, p. 166).

de outro estado mórbido, que apareceria depois”²⁶. Pancorvo, portanto, não nega que um estado mórbido – a erupção da verruga – apareça depois do outro – a febre de Oroya. Consequentemente, ele não nega a contiguidade de Tasset. Mas, ele afirma que a completude da febre de Oroya dá a impressão de autonomia em relação à verruga (em senso estrito, ou seja, a erupção). Uma autonomia que, evidentemente, se destaca quando da nítida interposição, entre os dois processos patológicos, de um estado de recuperação geral suficiente para a alta hospitalar.

Já se mostrou que Browne (1872-3), antes de Pancorvo, propusera a autonomia completa da febre de Oroya porque acreditara que se tratava de uma doença com seus próprios estágios de incubação, instalação, desenvolvimento e terminação. Já se mostrou como Browne evitou levar a sério a contiguidade de Tasset²⁷. Contra este *status quo* da questão, a observação de Espinal, reconstrói a posição de Tasset, com uma vantagem: há uma decalagem entre aquilo que, para Tasset, era contíguo. O que há, então, é uma ordem sequencial intercalada pelo estado de recuperação geral.

No segundo dos dois debates de 1875, não se discutiu mais o teor da observação de Espinal. La Puente dirigiu-se contra Salazar e os que defenderam sua posição, sugerindo que todos eles estavam a tomar, como exemplos, casos em que a febre de Oroya vem se implantar em doentes que se encontram na fase de incubação da verruga, cuja erupção aflora posteriormente. Percebe-se a razão pela qual, na ocasião, a observação relatada por Barrios não podia ser ativada pelo grupo que se alinhara ao conceito de febre de Oroya como fase anterior à erupção da verruga. Ressuscitar a observação de Espinal se prestaria mais a fortalecer do que a atacar a posição dualista de La Puente e de Pancorvo.

Foi bem por isso que a narrativa histórica tradicional preocupou-se em destacar o nome de Espinal apenas como fundador da doutrina unicista²⁸, enquanto jamais evidenciou que se deve a ele, através de Barrios, a observação daquilo que virá a receber o nome de período intercalar. Durante o período 1885-1898, destacar a observação de Espinal continuava a

²⁶ Ata do segundo debate, Bustamante, 1875b, p. 198.

²⁷ Ver o terceiro capítulo.

²⁸ Esta compreensão da participação de Espinal (médico colombiano radicado em Lima) percorre toda a tradição da narrativa histórica limenha da doença, destacando-se o trabalho de Lastres (1959) dedicado exclusivamente a esta figura, sem alterar a interpretação de sua intervenção na história do saber da verruga.

O empenho crítico de García-Cáceres (1972, p. 62) não consegue alterar o entendimento da narrativa histórica tradicional quanto ao significado de Espinal.

produzir o mesmo embaraço, pois ela destaca a independência dos dois fenômenos, que La Puente usara, em 1875, contra o que viria a ser chamado ‘doutrina unicista’.

Compreende-se, agora, que a observação recolhida por Barrios, proveniente do colega Espinal, é a explicação mais consistente para o surgimento do dualismo de Pancorvo e de La Puente. Dualismo que, com o nascimento da narrativa histórica tradicional da doença, se instalava insidioso na medicina peruana. Inimigo oculto e necessário, banido e sem defensores, o dualismo será sempre pressuposto, em cada defesa da doutrina unicista.

Apesar de ocupar uma posição marginal, na narrativa histórica tradicional da doença, a observação de Espinal reaparece do lado da verdade, uma ou outra vez. Larrea y Quesada (1887) recorda a observação de Espinal, ao descrever o caso de um pintor célebre, paciente do colega Dr. Flores, que foi tratado de uma febre com anemia intensa e dores ósseas e que só teve erupção da verruga após a alta hospitalar. Bello (1895) relata o caso, pertencente ao serviço de Villar, de um menino índio que perdeu os pais e desceu a costa, passando pela quebrada de Huarochiri, e teve febre intensa com as dores articulares e sopro anêmico na base do coração. Chegou a atingir o semicoma. O paciente teve alta quando cessado o período febril e melhora do quadro geral, embora ainda anêmico. A aparição da erupção da verruga peruana deu-se poucos dias depois da alta. Após a erupção, o paciente sarou completamente²⁹.

Em sua síntese da doença, Antunez (1890) também observou um desaparecimento da febre de Oroya seguido de um tempo mais ou menos largo, antes da erupção da verruga, mas foi Odriozola (1898) quem nomeou estas observações, chamando o fenômeno de ‘período intercalar’.

Este nome, entretanto, aparece sob dois registros no texto de Odriozola (1898), tal como ocorrerá mais tarde com Weiss (1933), que referendará esta observação clínica, mostrando sua conexão com os ciclos da presença da bactéria causadora da enfermidade, no organismo humano. Em senso estrito, o período intercalar é o que pode se interpor entre a febre de Oroya e a erupção, com duração variável, podendo ser maior de um mês. Pode ser caracterizado, segundo Odriozola, (1898, p. 121) por apirexia ou febre irregular pouco intensa e acompanhada de mal-estar. Porém, Odriozola (1898, p. 96), como o fará Weiss (1933), também chama de período intercalar os longos intervalos de completo desaparecimento das erupções verrucosas, após um primeiro aparecimento seguido de relativa saúde.

²⁹ Apesar da grande semelhança com a descrição que Barrios fez da observação de Espinal e de ser um caso similar, mas mais grave que o de Larrea y Quesada, acima descrito, Bello (1895) dá o diagnóstico de verruga peruana e não usa o nome febre de Oroya, neste texto.

Ao revisitar a literatura do período da fundação da clínica da verruga peruana (1842-1872), é fácil encontrar a observação de que a erupção pode retornar após o desaparecimento. É o que Tschudi chamou de recidiva, no que foi acompanhado por outros observadores³⁰. Ward (1877) foi quem melhor descreveu o fenômeno. Entretanto, não é possível encontrar, antes de 1872, nenhuma observação onde se possa identificar inequivocamente o período de remissão geral dos sintomas, entre o primeiro ataque febril e o período eruptivo da verruga peruana³¹.

Na idade microbiológica da doença, Weiss (1933) destacará a correspondência entre a observação clínica do período intercalar com a fase do desaparecimento da bactéria da corrente sanguínea periférica. Ele propõe que, após a fase de invasão ou fase hemática, caracterizada pela presença dos germens nos eritrócitos do sangue circulante, há uma fase de estado, em que o germen se restringe aos tecidos e ao sistema retículo-endotelial, que corresponde ao período intercalar da observação clínica de Odriozola. Weiss também considera que o estado de desaparecimento de sintomas como a forma crônica da doença. Ele diz ter visto casos de 18 meses para o aparecimento da erupção após o desaparecimento da bactéria da corrente sanguínea. Este estado pode se repetir entre uma onda eruptiva e outra.

c) As petéquias, signo do início da erupção

Desde a época do nascimento da clínica da doença de verrugas (1845-1872), reconhece-se que o signo patognomônico da enfermidade é uma erupção característica a cuja plena floração associa-se a regressão dos sintomas. Esta ordem dos fenômenos determina que o conhecimento clínico da doença tenha de proceder dentro de um esquema padrão. É preciso que o observador se atenha a uma descrição cujo ponto de partida é o signo seguro da doença e, por um movimento retroativo, atente aos estágios da doença cada vez mais prematuros e menos seguros em termos diferenciais³².

Este mesmo modo de observação da doença será praticado após Carrión, mas a dialética entre a febre de Oroya e a verruga, com instalação da doutrina unicista, exigirá outra

³⁰ Sobre a recidividade da verruga, ver, no terceiro capítulo, o tópico que trata da contribuição de Ward, na medicina de expressão inglesa.

³¹ Weiss considerou que Malo (1852) teria sido o primeiro a fazer esta observação, algo que uma leitura atenta da tese do médico chileno não confirma. O primeiro observador foi Espinal, a se aceitar o depoimento de Barrios, no primeiro debate sobre a febre de Oroya, na Sociedade Médica de Lima, em setembro de 1875 (Bustamante, 1875a).

³² Nos *Apontamentos*, Carrión mostra-se consciente desta formatação da pesquisa clínica da doença.

formatação da pesquisa. Será preciso retroceder do sintoma patognomônico da verruga em direção a algo que existe previamente e, de certa forma, independentemente. Almenara Butler (1890) é quem formulou da maneira mais explícita o novo estado de coisas: “A respeito da nosografia média desta doença [a verruga peruana], nos faltaria, todavia, reconhecer os signos patológicos que pudessem diferenciar o processo verrucoso do de outra espécie: uma síndrome da outra”. As síndromes a que ele se refere são a febre de Oroya e a erupção da verruga. A primeira é o nome do estado inicial impreciso que antecede a erupção e aparece, no mesmo texto de Almenara Butler, como um estado tão próximo da caquexia palúdica quanto passível de com ele confundir-se. Nesta nova formatação das coisas, passam a existir necessariamente dois polos e o imperativo de atá-los. Porém, a natureza do primeiro polo só pode ser realmente garantida na medida em que o segundo polo oferece signos de identidade inconfundível, aqueles de tipo exantemático.

Para Antunez (1890) e Castillo (1894), a febre de Oroya é algo mais específico e restrito que a síndrome de Almenara Butler. Ela é uma forma aguda entre outras formas possíveis do período anterior à erupção. Não se trata da forma mais frequente, mas tão somente daquela do prognóstico mais grave, em que a morte advém antes da floração do exantema. Assim, se o doente quase sempre vai a óbito na forma aguda de instalação da verruga, quanto melhor se pudesse determinar o início da evolução da neoformação, mais seguro seria o diagnóstico precoce. Portanto, nestes dois autores, não se trata de aproximar dois polos. A deflação da febre de Oroya vai à contramão do dualismo que a concepção de Almenara Butler promove.

Como, nas duas acepções acima, a febre de Oroya possui uma identidade derivada da verruga, a exigência de determinar os signos do começo da evolução permanece a mesma. Teoricamente, esta tarefa poderia ser cumprida em dois níveis, o anatomopatológico e o clínico. Em ambos é necessário sincronizar a descrição da evolução da neoformação a partir do estado mais primitivo possível às transformações orgânicas gerais da doença. Mas o trabalho anatomopatológico não foi jamais realizado.

Antes de Carrión, a única anatomia patológica da verruga, aquela feita por Velez (1861), restringe-se a descrições do estágio final da floração da erupção. Dounon (1871) não visa outra coisa ao entregar a tarefa e os tumores conservados em álcool absoluto a Renaut. Odriozola (1898), com o mesmo projeto, entrega os tumores a Maurice Letulle. As duas novas descrições estáticas da erupção já florida, a de Renaut, incluída na tese de Dounon, e a de Letulle inserida na tese de Odriozola, são ainda limitadas pela distância que separa os anatomistas dos doentes e da doença, que estão no Peru e não na França. Escomel (1902) é quem estará posicionado para

cumprir a tarefa. Mas, justamente as fases iniciais da evolução da erupção não chegaram a receber a descrição esperada e o diagnóstico precoce da doença, pela via do exame anatomopatológico, não chegou a ser, sequer, visado.

A autópsia pública do cadáver de Carrión revelou que os legistas e os colegas de Carrión (autores do relatório alternativo da autópsia³³) não possuíam um quadro descritivo prévio, nem anatomopatológico nem clínico, que orientasse o reconhecimento do exantema da verruga. A pesquisa historiográfica de Avendaño (1885) bem como a de Matto (1886) não ofereceram nada além do que sabiam os legistas. À parte os *Apontamentos*, ainda inéditos em 1885, a medicina limenha não dispunha do saber necessário para a análise anatomopatológica ou clínica dos resultados da inoculação de Carrión.

Nas *Notas do experimento*, fica-se sabendo que exantemas faciais, “manchinhas sanguíneas como picadas de pulga”, aparecem, no 26º dia após a inoculação, e involuem, em torno do 31º dia, justamente enquanto os sintomas gerais se agravaram³⁴. Os médicos de polícia encontraram manchinhas circulares de cor amarelo-palha, como a de um exantema variólico, distribuídas por todo o corpo e, nas costas, as manchas se sobressaíam por sobre elevações cutâneas.

Os legistas não foram informados das manchinhas do 26º dia, mas, o que é mais importante, nas *Notas do experimento*, nada consta sobre a evolução inicial daquilo que os legistas encontraram. Mas isso significa que os exantemas dos legistas passaram despercebidos aos médicos que visitaram Carrión, em sua casa, aos colegas estudantes de medicina que o assistiram e à junta médica, que se reuniu quando de sua entrada no Hospital Francês. Portanto, não havia praxe de observação sistemática dos signos iniciais da verruga, na medicina limenha. Justamente por isso, Antunes (1890) e Odriozola (1898) irão insistir vivamente para que os clínicos façam melhor aquilo em que se têm mostrado displicentes: atem para as primeiras manifestações da erupção da verruga, signos para o diagnóstico da febre de Oroya³⁵.

Como o fito da narrativa histórica tradicional da doença continuou o mesmo desde sua fundação (exaltar os feitos da Sociedade Médica de Lima, em 1875, e o de Carrión, em 1885), a pesquisa das conquistas anteriores do saber da doença não avançou e não podia avançar. Porém,

³³ A autópsia alternativa pode ser encontrada em Alcedan (1886) e em Medina *et al.* (1886, p. 52-3).

³⁴ Alcedan, 1886, p. 384; Medina *et al.*, 1886, p. 40.

³⁵ Foram necessários quatro anos para que Arce apresentasse uma elaboração que denuncia uma displicência clínica que foi cometida também pelos colegas de Carrión, os acompanhantes do experimento e editores de seus manuscritos póstumos, grupo de que Arce fazia parte. Este o faz, agora, como se apresentasse uma nova conquista, quando a ideia já estava claramente formulada nos *Apontamentos* de Carrión.

este ponto de ligação entre a febre de Oroya e a erupção da verruga já havia sido encontrado por Tasset (1872), que defendia a contiguidade das duas patologias. Tasset observou pequenos pontos acuminados vermelho-purpúrea, que logo se tornam tubérculos ou vesículas vermelhas de diversas dimensões. A observação de Tasset guarda semelhanças com a de Tschudi (1845), que advertira a existência de uma forma de princípio do desenvolvimento exantemático, segundo ele, desconhecida pelos médicos peruanos. Segundo Tschudi, trata-se de uma forma “caracterizada por numerosas manchas vermelhas do tamanho de uma lentilha”, manchas estas espalhadas por todo corpo e no rosto e que, ao princípio, “podem ser confundidas com picadas de mosquitos, vermelhas, amarronzadas, que não desaparecem pela pressão” e que podem dar origem aos botões típicos.

Nos anos seguintes, Arce (1889), depois de reconhecer a indistinção clínica entre a febre de Oroya e outras febres anemiantes, afirma que o problema do diagnóstico do resultado da inoculação de Carrión “somente pode ser completamente esclarecido por ter-se apresentado, ao sexto dia do período de invasão de sua enfermidade, uma erupção de verruga no rosto, sob a forma de manchinhas sanguíneas como picaduras de pulga”. Para fundar sua posição, Arce relata casos clínicos semelhantes ao de Carrión.

Antunez (1890) considera que petéquias numerosas possam ser incluídas entre os sintomas da doença já que, algumas vezes, elas convertem-se em erupções verrucosas consistentes. Assim, se o paciente provém de região conhecida como endêmica e apresenta febre anemiante, uma busca cuidadosa por petéquias e minúsculas erupções salientes, incolores ou rosáceas, resulta em diagnóstico certo de verruga peruana. Bello (1893) corrobora esta posição ao descrever o acompanhamento mais sistemático de um caso grave em que petéquias faciais evoluem para uma forma vesicular e esta, para a verruga miliar típica. Castillo (1894) não descreve caso, mas defende que exantemas que principiam como pequenas manchas de cor vermelha engrossam e se elevam sobre a pele até assumir a forma papular típica da verruga. Odriozola (1898, p. 111. 116) observou que manchas cutâneas ou petequiais crescem e se transformam em pequenos botões vermelhos ou rosas e podem ser o ponto de partida da erupção classicamente reconhecível.

Assim, apesar das resistências a conceder algum caráter significativo às petéquias, após Arce (1889), os observadores tendem a aceitar que os processos exantemáticos produzidos pelo experimento de Carrión possam ser substancialmente interpretados como signos de resultado positivo da inoculação. Mas a observação clínica em si mesma, não pode ser considerada uma novidade em relação ao período do nascimento da clínica da verruga. Tschudi (1845) já

observara que as manchas vermelhas como picaduras de mosquitos não desaparecem sob a pressão do dedo e são pontos de partida de uma das formas de desenvolvimento do tumor típico. Malo (1852) procurara o diagnóstico diferencial entre a verruga e a púrpura. Salazar (185) também observou a evolução do exantema a partir de manchas vermelhas. Tasset (1872) observou que pequenos pontos vermelho-purpúria acuminados evoluem para tubérculos ou vesículas vermelhas de diversas dimensões. Fournier (1874a) descreveu a forma da verruga que nasce das manchas sanguíneas³⁶. Segundo os *Apontamentos* de Carrión, manchas vermelhas podem ser o ponto de partida do desenvolvimento do exantema típico da verruga peruana³⁷.

Mas, se há confluência dos observadores a propósito das petéquias, por que a nascente narrativa limenha da história da doença de Carrión preferiu, para assegurar o sucesso da inoculação, o recurso retórico à febre de Oroya (como o fizeram Chávez, Macedo, Almenara Butler, Avendaño, Alcedan) ou a sua equivalente, a febre de verrugas (como fazem La Puente e os legistas), desqualificando, no *ranking* do valor probante, os exantemas de Carrión?

Afinal, contra a febre de Oroya, pesava a insuficiência de observações, a polêmica quanto à sua relação com a verruga e a exterioridade deste nome, em relação ao saber médico. Enquanto isso, as petéquias tinham a seu favor as descrições prévias como sintoma pertencente à verruga, na literatura médica peruana como na internacional. A despeito disso, os exantemas de Carrión só foram considerados como signos de valor probante do experimento, tardiamente, por Arce (1889), mas que só o fez no quadro de uma apologética: Carrión teria desenvolvido a febre de Oroya, da qual as petéquias seriam sintoma. Uma posição que, em nome da defesa do unicismo, evidencia a dialética dualista da doutrina.

As razões para este desprestígio das petéquias como signos do início da evolução do exantema da verruga peruana devem ser buscadas na literatura médica limenha. As petéquias tinham contra si um duplo bloqueio que explica sua desclassificação no ranque do valor probante. La Puente (1885), Macedo (1885) e Avendaño (1886) limitaram-se a manter as petéquias desenvolvidas por Carrión em lugar subalterno, mas Pablo Patron ressuscita o obstáculo contra elas, no mês seguinte à morte de Carrión, ao publicar o artigo, *Púrpura palúdica*.

³⁶“Naqueles casos que nós tivemos ocasião de observar, nós nos espantamos da completa semelhança de aspecto que existe no começo entre a verruga e a simples mancha vascular da pele [...]; rapidamente, esta mancha ganha volume, se torna proeminente e forma uma pápula da grossura de uma lentilha ou de uma ervilha; sua superfície é de um vermelho vivo e a epiderme entra em descamação; a pressão do dedo não muda nem sua forma nem sua cor; mais tarde, o pequeno tumor desenvolve-se, engrossa-se, elarguece-se e assume a forma que lhe valeu o nome de verruga.” (Fournier, 1874a, p. 157)

³⁷ Medina *et al.*, 1886, p. 19.

Patron descreve o caso de uma índia com acessos febris considerados de origem palúdica, acompanhados dos signos clínicos de forte anemia, com alterações no baço e no fígado e petéquias. Patron diagnostica púrpura hemorrágica palúdica com o argumento de que as petéquias desapareceram com o sulfato de quinina, juntamente com a febre. Considerando a grande similitude das descrições sintomáticas do caso da índia com os efeitos da inoculação de Carrión, tema premente dos debates daquele momento, seria de se esperar que Patron explicitasse o diagnóstico diferencial da sua púrpura palúdica com a febre de Oroya. As petéquias, sobretudo, estavam presentes dos dois lados³⁸. Porém, Patron omite não apenas esta discussão como a simples informação da procedência da paciente. Sem nada dizer sobre febre de Oroya, verruga peruana ou doença de Carrión, o artigo de Patron impede que seu texto possa ser lido como uma contestação do sucesso da inoculação de Carrión, mas, ao mesmo tempo, oferece substância ao ceticismo silencioso contra os resultados do experimento a que se referiu Matto (1886). O artigo de Patron é o indicativo de que os exantemas de Carrión estavam presos na malha de uma ambiguidade, no ambiente médico limenho, que convém historiar.

No ano de 1875, as petéquias estiveram no ponto de cruzamento de três polêmicas, na Sociedade Médica de Lima: a polêmica sobre a relação entre o paludismo, a febre de Oroya e a verruga peruana; a polêmica sobre a púrpura e o paludismo; a polêmica sobre os sintomas tifoïdes, a febre tifoïde e o paludismo. O tema que enfeixa os três debates é o dos efeitos do paludismo.

A ponta deste debate que Patron puxou traz consigo o texto de mesmo título de Manuel C. Barrios, lido na sessão de 13 de setembro, a mesma em que Pancorvo fala da febre de Oroya. A *púrpura palúdica* de Barrios é uma febre perniciososa palúdica porque a intermitência febril anemianta é acompanhada de petéquias que não desaparecem sob pressão. Barrios confessa sua dificuldade para encontrar um autor que apoie de maneira expressa sua tese de intoxicação palúdica como causa da presença do sintoma da púrpura. Porém, como os clássicos do paludismo³⁹ ensinam unanimemente que a doença produz alterações no tecido sanguíneo, ele julga aceitável deduzir que as petéquias são apenas o signo visível destas alterações. No quadro clínico da púrpura palúdica de Barrios há, além dos sintomas já indicados, dores nos membros, perda de apetite, infarto do baço e diferentes tipos de hemorragias localizadas e periódicas.

³⁸ Plehn (1905, p. 436) chamou a atenção para a similitude entre as petéquias cutâneas da doença de verrugas e a púrpura hemorrágica.

³⁹ Barrios cita os nomes de Léonard e Folley, Salisbury, Twedie, Dutroulau e Jaccoud.

Posto tudo lado a lado, há mais similitude que diferença entre púrpura palúdica e febre de Oroya.

Assim, Barrios (1875) e Patron (1885), cada um por seu turno, fazem comparecer a púrpura palúdica nos dois momentos de emergência da polêmica sobre a febre de Oroya. As petéquias, presentes nos dois lados, acabaram sempre preservadas para o paludismo. Mas, também a febre tifoide não se deixará de fora desta disputa.

José Maria Quiroga (1875) e Federico Galindo (1875) descrevem casos de febres palúdicas que evoluem para febres perniciosas e que, segundo os dois autores, assumem franco quadro sintomático tifoide, incluindo as petéquias e o estado comatoso com delírios. Para eles, o paludismo acaba sendo complicado pela febre tifoide. A tese, entretanto, foi sistematicamente combatida por Alejandro Bustamante⁴⁰, o secretário da Sociedade, durante meses. Ele acusa os dois colegas de reduzir o paludismo à febre intermitente de maneira que precisam conceber como febre tifoide o que não passa dos seus sintomas exagerados ou excêntricos produzidos pela intensidade da causa palúdica. Apesar de acusar Quiroga e Galindo de desatualizados em relação à medicina internacional, Bustamante apela para teorias em franco desuso: a) a da inexistência da febre tifoide nos países quentes, citando Saint-Vel; b) a do antagonismo entre paludismo e febre tifoide, citando Boudin e Bodet.

Assim, em 1875, as petéquias são apertadas para dentro do rincão do paludismo por Barrios, com a sua púrpura palúdica, e por Bustamante, contra a complicação tifoide do paludismo. Ora, nos debates daquele ano, lembrar que as petéquias estão presentes na febre de Oroya iria beneficiar mais os defensores da natureza palúdica desta do que os defensores da tese de sua vinculação à verruga peruana. É o efeito ainda vivo destes debates, uma década mais tarde, que explica a desvalorização do significado das petéquias, na interpretação do experimento de Carrión. Compreende-se que Patron (1885) ressuscitou o impedimento contra o uso das petéquias como signo da verruga, na leitura do experimento de Carrión. Mas a púrpura palúdica terá pouco futuro desde sua quase inexpressiva presença na nosografia internacional e as petéquias deixarão de ser disputadas pelo paludismo e, em poucos anos, Arce (1889) poderá defender que elas são o signo mais confiável do vínculo entre a febre de Oroya e a verruga peruana desde que ele mantenha, como o faz, a febre tifoide fora do âmbito de considerações.

⁴⁰ De los distintos efectos de la malária. Vol I, 1875, p. 150-3;157-9;206;214-16;222-4

4.4 A caminho da equivocidade da febre de Oroya

Quando se reduz a febre de Oroya a um fenômeno possível do período de incubação ou invasão da verruga, avança-se no conhecimento da doença, mas concebê-la assim enfraquece a doutrina unicista porque reduz o dualismo que ela pressupõe. Quanto mais a concepção de febre de Oroya se aproxima daquilo que sugere a simples expressão ‘febre de verrugas’, tanto menos parece necessário o experimento de Carrión para atrelar a febre de verrugas à erupção de verrugas. Eis a razão pela qual a doutrina unicista escolheu a febre de Oroya e evitou a febre de verrugas de La Puente e dos legistas.

Até o final do século XIX, a manutenção da narrativa histórica tradicional dependeu da coerência lógica do arranjo retórico segundo o qual o dualismo nosológico foi vencido pela doutrina unicista. Mas se a construção do saber, que está em marcha após o experimento de Carrión, mostra que o dualismo foi um erro grosseiro, a própria conquista unicista perde valor. Conseqüentemente, para insistir na manutenção da verdade da narrativa histórica tradicional e no valor da doutrina unicista, é preciso continuar o esforço de validação do dualismo: porque há, conforme a observação da época posterior a Carrión, um fenômeno clínico autônomo, a febre de Oroya ou febre grave de Carrión, o dualismo anterior a 1885 faz sentido.

Desta perspectiva, resulta que a tendência reducionista da febre de Oroya precisa ser barrada e é Julian Arce quem se insurge contra o reducionismo, dizendo:

Crê-se que as duas afecções, a verruga eruptiva e a febre de Oroya, não são senão dois períodos de uma só enfermidade; quer dizer, que a febre de Oroya não é senão o período de invasão, o período de febre anemizante da verruga eruptiva. Esta apreciação dos fatos nos parece completamente equivocada (Arce, 1889).

Arce defende que a febre de Oroya é a forma aguda não de um período, mas da doença completa de verrugas. À forma aguda opõe-se a forma clínica da verruga ordinária, que é a forma eruptiva simples ou febre verrucosa benigna. Portanto, que distingue uma forma da outra não é tanto a febre, que também pode existir na verruga benigna, mas a dificuldade ou impossibilidade para a floração da erupção, além da rapidez com que o quadro clínico degenera para o prognóstico fatal.

O ensaio de Arce (1889) dedica-se exclusivamente à forma clínica da doença de verrugas que ele denomina ‘febre de Oroya’, segundo o formato completo do saber de uma

doença determinada da nosografia médica. Ele a define; discute sua etiologia; aloca os sintomas em uma periodização; trata detalhadamente dos sintomas preponderantes (a febre, a anemia, dores articulares e musculares, início de exantema, alterações nos órgãos hematopoiéticos); descreve casos clínicos; discrimina as petéquias como signo do diagnóstico diferencial em relação às demais febres anemiantes; caracteriza o prognóstico e oferece o tratamento. Assim, teoricamente, Arce afirma que a febre de Oroya é uma forma da verruga, mas, formalmente, seu ensaio apresenta-a como se ela fosse uma entidade nosográfica específica.

O conceito de febre de Oroya criticado por Arce foi aquele que Fuentes, Barrios e Kinney acataram de Salazar, em 1875, e foi igualmente aquele que Avendaño considerou demonstrado pelo experimento de Carrión. Este foi o conceito operante na maior parte dos autores que se seguiram. A despeito da confrontação de Arce (1889), Antunez (1890) e Castillo (1894) não só mantiveram-se na via de Salazar (de 1875), como minimizaram o alcance e a importância da febre de Oroya na descrição completa da doença de verrugas.

A elaboração de Arce também não será compatível com a que Almenara Butler (1890) proporá logo a seguir, a febre de Oroya como uma síndrome secundada pela síndrome eruptiva, que mal se distingue da posição tradicional.

Na contramão da tendência minimizante da febre de Oroya, Odriozola (1898) fez com que o conceito Arce formatasse a estrutura geral da sua monografia sobre a doença de Carrión, destinada a ser considerada a grande síntese final do período clínico do saber da doença. A obra, publicada em francês, intitula-se *A doença de Carrión* e está subdividida em duas partes principais, cujos títulos indicam as duas formas opostas pelas quais a mesma doença se apresenta: febre grave de Carrión (que equivale à febre de Oroya) e erupção de Carrión (que equivale à verruga peruana). Deve-se notar que a estrutura da obra espelha-se na dialética que fundamenta a doutrina unicista.

Odriozola adota a posição de Arce, mas procura minimizar o dualismo da estrutura da monografia, explicando que entre as duas formas extremas, há uma escala contínua de graus. Por outro lado, na apresentação de cada uma das duas formas, segue modelo formal de Arce. No tratamento em separado das duas formas clínicas da doença, encontra-se todo o repertório dos temas que se exige para a abordagem completa de uma entidade patológica, tendendo a dar a cada forma uma relativa independência nosológica.

É bem verdade que há dois capítulos introdutórios da monografia de Odriozola, história (o primeiro) e distribuição geográfica (o segundo), que dizem respeito conjuntamente às duas formas da doença. Porém, a parte histórica procura destacar o dualismo anterior a Carrión. A

geografia médica procura distinguir as regiões peruanas, conforme a preponderância de uma ou de outra forma da doença.

Se Odriozola adotou o conceito de febre de Oroya mais favorável à manutenção da doutrina unicista, por outro lado, ele não contestou, como Arce, o conceito geralmente empregado. Odriozola (1898, p. 81) ressalva que este corresponde à casuística ordinária, ou seja, defende que a febre de Oroya normalmente se apresenta como forma aguda em algum momento anterior à erupção da verruga. Fazendo isso, Odriozola escamoteia o conflito entre Arce (1889), de um lado, e de Antunez (1890) e Castillo (1894), de outro.

Mas Odriozola não se deteve aí. Ele também concebe a febre de Oroya como síndrome. Mas não se trata do mesmo entendimento da ‘síndrome’ de Almenara Butler (1890), para quem há uma ordem necessária de contiguidade sequencial entre a síndrome de febre de Oroya e a síndrome da erupção verrucosa. Para Odriozola (1898, p. 81), a febre de Oroya é uma síndrome dependente da doença de verrugas, mas independente da síndrome eruptiva, já que a febre de Oroya pode aparecer antes (o que é o caso mais frequente), mas também durante e depois da neoformação cutânea.

É bem verdade que Odriozola não é o primeiro a fazer esta observação e a metê-la dentro deste arranjo nosográfico. No primeiro debate sobre a febre de Oroya, na Sociedade Médica de Lima, Salazar expusera duas linhas de raciocínio. Na primeira, a febre de Oroya, transforma-se no período de incubação da verruga peruana⁴¹. Essa concepção foi apoiada por Fuentes, Barrios e Kinney. Mas Salazar defendeu, paralelamente, outra concepção que não foi retomada por nenhum dos interventores subsequentes, em nenhum dos dois debates de setembro de 1875. Salazar afirmara, no primeiro debate, que, “em sua prática, sempre havia observado que a verruga acompanhava, precedia ou seguia a terrível febre chamada de Oroya”⁴².

Independentemente da diferença entre os dois usos que fez da febre de Oroya, Salazar pretendia desautorizar sua autonomia nosográfica proposta por Pancorvo.⁴³ Se ele e os

⁴¹ Segundo ata de Bustamante (1875a), “Salazar disse que considerava a febre de Oroya como o período mais grave da incubação da verruga”. Na versão do editorialista (Anônimo, 1875a) para o primeiro debate, Salazar diz que a febre de Oroya é “uma grave evolução, um estado latente e pernicioso das verrugas”. Ainda conforme o editorialista (Anônimo, 1875a): “o Dr. Fuentes apoia a precedente opinião [a de Salazar]: considera a febre de Oroya como um período de incubação das verrugas”.

⁴² Cf. a Ata de Bustamante, 1875a. Na versão do editorialista (Anônimo, 1875a): “[Salazar] invoca os fatos de sua prática. Neles sempre viu as verrugas preceder, coexistir, ou apresentarem-se ao fim para dar terminação favorável à febre de Oroya”.

⁴³ Larrea y Quesada (1887, p. 393) foi o único que evidenciou que Salazar (em 1875) colocou em jogo, simultaneamente, dois conceitos de febre de Oroya.

debatedores usam o nome ‘febre de Oroya’, fazem-no porque se tratava de dialogar com Pancorvo sobre o objeto que ele propôs. A pretensão de Odriozola (1898), ao retomar a observação de Salazar (em 1875), segue o sentido inverso ao dos oponentes de Pancorvo: é um esforço de manutenção da ‘febre de Oroya’ (ou sua equivalente, no caso de Odriozola, a ‘febre grave de Carrión’), a todo custo.

De qualquer forma, na linha acima traçada, entre Salazar (em 1875) e Odriozola (1898), não se encontra nenhum outro autor, além de Arce (1889), que deixa entrever sua posição ao conceder que, algumas vezes, como duas formas diversas da mesma doença, “a verruga se transforma em febre de Oroya ou esta naquela”.

Pode-se compreender, agora, uma contradição que a versão histórica de Avendaño (1885) deixara sem explicação. Ele havia dito que, em 1875, ficara definitivamente estabelecida a unidade entre as duas doenças, mas que “não se chegou a saber que período da verruga era a febre de Oroya”. Avendaño havia percebido a contradição entre os dois conceitos de febre de Oroya defendidos pelo mesmo Salazar, mas ele, diferentemente do que fará Odriozola (1898), interpretou o experimento de Carrión como uma prova da ancoragem da febre de Oroya na fase precedente à erupção e fez silêncio sobre a concepção de Salazar que acreditou descartada, a de febre de Oroya como quadro clínico que pudesse surgir antes, durante ou após a erupção da doença de verrugas.

Quando, entretanto, se desatrela observação clínica e grade nosológica que a codifica, descobre-se que a observação de Salazar (em 1875), Arce (1889) e Odriozola (1898) teve antecessores. A febre de Oroya de Hutchinson (1873), doença autônoma do paludismo e de qualquer outra, complica-se com a verruga peruana, podendo antecipar ou postergar a erupção. Numa época muito anterior às obras da estrada de ferro para Oroya, Tschudi (1845) observara a possibilidade de prognóstico fatal para a doença de verrugas num quadro clínico de uma febre que pode se tornar tórpida antes e durante a erupção ou no quadro clínico da febre héctica, na florescência ou decrescimento da erupção.

Observação similar à de Tschudi (1845) aparece em Castillo (1894), que relata ter “visto manifestar-se a erupção verrucosa em pequena escala e, depois disso, desencadear-se novamente todos os sintomas graves da forma aguda [da fase de instalação], até produzir-se a morte”. Mas Castillo não faz dessa observação razão para propor o retorno da febre de Oroya, o que o torna mais próximo de Tschudi do que de Odriozola.

Portanto, há uma observação clínica convergente, o advento ou o retorno de um quadro agudo na fase eruptiva da verruga peruana, similar ao que pode ocorrer antes ou durante a

erupção. Esta convergência pode ser percebida a despeito da estrutura nosológica em que o fenômeno é captado.

Pode-se compreender, com o conjunto de elementos acima apresentados, a síntese geral da doença montada por Odriozola (1898). Smith (1842), Browne (1872-3) e Ward (1877) haviam considerado que a doença de verrugas pode começar com um ataque febril repentino, mas não observaram o período intercalar, antes da erupção. Odriozola (1898), seguindo a doutrina unicista, batizou o ataque inicial da verruga com o nome de ‘febre de Oroya’ ou ‘febre grave de Carrión’. Mas, ao incorporar a decalagem de Espinal, Odriozola aceita interpor entre a febre de Oroya e a erupção da verruga um afastamento temporal com remissão dos sintomas gerais, que ele denomina ‘período intercalar’. Ao fazer isso, ele se arriscava a permanecer ainda prisioneiro da velha crítica de La Puente. Mas ele procura resolver isso, usando ainda dos elementos disponíveis naqueles debates de 1875, na Sociedade Médica de Lima. Ele articula as duas vias de descrição da doença que Salazar defendeu em 1875. Criando uma identidade sintomática e denominativa do primeiro ataque agudo (antes da erupção) com as duas possibilidades do retorno do estado agudo (durante e depois da erupção), ele ensaia produzir uma síntese lógica global da doença. A identidade clínica e nosológica das três épocas em que a febre de Oroya (ou síndrome de febre grave de Carrión) pode aparecer representam a garantia de que a síndrome (apareça quando aparecer: antes, durante ou após a erupção) pertence à verruga, a que está solidamente agarrada, como um satélite em torno de seu planeta. Eis aí o derradeiro esforço do unicismo estritamente clínico da medicina limenha. Odriozola (1898), entretanto, expõe observações corretas numa estrutura conceitual das mais vulneráveis.

Caberá a Tamayo (1905, p. 343) fazer a denúncia da concepção de Odriozola: “a síndrome febril [de Oroya] e a verruga mesma não estão ligadas, em relação à marcha desta, por um sincronismo revelador de identidade”. Consequentemente, raciocina Tamayo, “as duas manifestações patológicas [a verruga e a febre de Oroya] são de índoles diferentes: uma vem se implantar sobre a outra, a qualquer momento da evolução da primeira, favorecida pelo aniquilamento das resistências imunizadoras que esta provoca”⁴⁴.

⁴⁴ Tamayo, na qualidade de executor da parte microbiológica da monografia de Odriozola, refere-se especificamente ao conceito de síndrome de febre grave de Carrión elaborado por seu professor e, sem aplicar-se aos documentos antigos, desconhece a via minimizante de Antunez (1890) e Castillo (1894). Os críticos de Tamayo consideraram que ele quis suprimir a possibilidade de a própria verruga peruana assumir uma forma aguda e fatal livre de doenças complicadoras. Entretanto, não foi exatamente esta a posição de Tamayo. Sua crítica dirige-se especificamente contra a síndrome de febre de Oroya de Odriozola.

Dessa forma, Arce e Odriozola conduziram as coisas na direção da plena reverberação do dualismo implícito da doutrina unicista. Dualismo que esta doutrina procurou, de diversas maneiras, reprimir ou escamotear.

Odriozola, entretanto, tinha em mãos os elementos que levaram Antunez (1890) a postular a complicação: “é seguro que uma tifoide pode vir implantar-se na doença de Carrión ou bem fazer-lhe simplesmente afetar a forma tifoide”.

Além dos fatores clínicos, Odriozola relatou, no seu livro, a descoberta de um micróbio na corrente sanguínea feita por seu então aluno Tamayo, que trabalhava sob sua solicitação. Mesmo sem a caracterização biológica do achado, a pesquisa obteve um dado seguro. O germen só existe em pacientes febris da verruga ou atacados da síndrome de febre grave de Carrión. Os micróbios, colorados, se destacam dos glóbulos brancos e dos vermelhos e se cultivam facilmente a 37°C, em diferentes meios. Os germens não puderam ser encontrados em doentes afebris da verruga benigna⁴⁵. Ora, o fenômeno sugere fortemente que se deve associar o germen descoberto ao estado febril e à síndrome de febre de Oroya (ou síndrome de febre grave de Carrión), que tem tudo para ser considerada uma complicação, ideia que não é cogitada por Odriozola.

Tudo considerado, que razões, aceitáveis ou não, tinha Odriozola para defender uma posição tão frágil? Afinal, ele poderia ter satisfeito o ditame da doutrina unicista simplesmente seguindo o caminho de Castillo (1894), para quem a febre de Oroya é apenas a forma aguda possível da fase de invasão da verruga. Poderia ter considerado o quadro clínico agudo e grave, que pode surgir, como exceção e não como regra, durante e após a erupção como uma complicação, seguindo a sugestão de Antunez (1890). Mas, Odriozola fez sua aposta justamente naquele conceito que fizera de Salazar (em 1875) um alvo fácil da crítica de La Puente (em 1875), a de confundir duas doenças que se complicam como se fossem uma só. É bem verdade que a escolha tem a seu favor a similitude do quadro clínico agudo que pode atacar o paciente, em qualquer fase da evolução da doença de verrugas, um fator de convergência dos observadores, como se mostrou.

Que similitude, entretanto, é essa? O caráter tifoide da febre de Oroya, que foi assinalado por quase todos os observadores, desde o primeiro deles, Tasset (1872)⁴⁶, seguido

⁴⁵ Cf. o relato de Odriozola (1898, p. 101) sobre o achado de seu aluno, Tamayo.

⁴⁶ A medicina limenha reconheceu que Tasset (1872) havia observado a sintomatologia tifoide da febre de Oroya apenas quando Mackehenie (1935, p. 249), procurando mostrar as analogias entre a verruga peruana e o tifo exantemático, encontra, em Tasset, a consideração de que a febre de Oroya devia ser

por Browne, (1873), Basadre (1873) e Pancorvo (1875). Depois de Carrión, Antunez (1890) e Castillo (1894) destacaram a característica tifoide assumida pela verruga, quando de um quadro agudo. Mas também os observadores que optaram por não usar o nome ‘febre de Oroya’ indicaram a possibilidade da evolução da verruga para um quadro tifoide. Ward (1877) é explícito. Fournier (1874a) fala dos sintomas nervosos diversos da forma aguda. O quadro sintomático tifoide estava à mão de qualquer um que lesse as *Notas do experimento* de Carrión, mas que somente Biffi (1908)⁴⁷ reconhecerá, tardiamente.

Também Odriozola (1898, p. 95) observa, na sua descrição sintomática da febre de Oroya, além da diarreia, os chamados distúrbios nervosos conhecidos como tifoides: vertigem, delírio, sono agitado com pesadelos, sobressalto de tendões e carfologia. Ademais, Odriozola observa a preponderância do aparecimento da síndrome de febre de Oroya nos pacientes de verruga recém-nascidos e a relativa imunidade dos verrucosos idosos.

A despeito do caráter tifoide unanimemente associado pelos autores à febre de Oroya, Antunez (1890) foi o único autor a pôr a hipótese de complicação por febre tifoide, enquanto Odriozola preferiu seguir o caminho mais frequentado: fazer silêncio sobre o tema, na falta de elementos para o diagnóstico diferencial. Mas se este era o caminho largo da medicina limenha, onde tudo se passa como se, ao contrário do que sugeriu Antunez, não fosse jamais necessário discutir a relação entre a febre de Oroya e a febre tifoide, não significa que o tema não incomodasse sorrateiramente a doutrina unicista. Significativa, a este propósito, é a relação entre duas teses doutorais do período, a de Chávez (1887) e a de Irujo (1890). A primeira, sobre a anemia perniciosa, inclui a febre grave de Carrión ou febre de Oroya, mas não diz uma só palavra sobre a febre tifoide. A segunda, sobre as febres tifo-maláricas do Peru, nada diz sobre a febre de Oroya ou sobre a febre grave de Carrión. Tudo se passa, portanto, como se, entre febre de Oroya e febre tifoide, não houvesse relação.

Evaristo M. Chávez (1887) escreveu a tese intitulada *Anemia perniciosa* para que alguma compreensão da doença de Carrión pudesse ser obtida pela criação da família nosográfica que o seu título nomeia. Esta família seria caracterizada pelos mesmos acidentes mórbidos que causaram a morte de Carrión e agruparia as febres anemiantes perniciosas, malignas e progressivas: a febre anemiante da verruga peruana ou doença de Carrión, a febre anemiante de origem palúdica, a febre anemiante puerperal, a febre anemiante dos mineiros, a

atribuída a um miasma palúdico, mas que, em função de seus sintomas, devia ter seu nome alterado para ‘miasma tifo-palúdico’ (ver o terceiro capítulo do presente trabalho).

⁴⁷ Trabalho apresentado no XIV^o. Congresso internacional de higiene e de demografia de Berlim.

febre anemiante das estradas de ferro e a febre anemiante do canal do Panamá. Estas seriam algo mais que a anemia simples. Refratárias a todo tratamento específico, terminam pela morte do indivíduo e a análise do sangue mostra uma quantidade inusitada de glóbulos vermelhos deformados, o que indica a ação de um elemento destruidor desconhecido. Quanto ao aspecto geral visível dos pacientes, elas rendem todas as mesmas características da invasão lenta de febres palúdicas simples, com perturbação orgânica geral, incluindo o sistema gástrico e nervoso, com o aspecto geral visível de uma clorose excessiva. Mas que se distanciam da simples discrasia, da anemia simples e da clorose. Todas as doenças do grupo devem ser explicadas pela introdução de um elemento micro-orgânico, ainda desconhecido, que produz os estragos no sangue e que as diferencia entre si.

É bem verdade, as anemias perniciosas de Chávez não deixam marcas especiais reconhecíveis à autópsia e a febre tifoide, embora conhecida, na medicina, pelo quadro de forte enfraquecimento e extenuação a que ela conduz suas vítimas, não foi jamais caracterizada por alta destruição e alteração da forma dos glóbulos vermelhos. Porém, Chávez não se dá ao trabalho de fazer o diagnóstico diferencial da sua nova entidade nosográfica, por um lado, e a febre tifoide, de outro, em que pesem os sintomas coincidentes (os nervosos e gástricos, que ele enumera para as anemias perniciosas).

Até Chávez, pensava-se que a febre de Oroya não produzia alterações viscerais porque, na autópsia dos médicos de polícia, nada se declarou sobre os intestinos do cadáver de Carrión. Em dezembro de 1885, Mestanza, um dos editores dos manuscritos de Carrión, publica a descrição de um caso, cujo falecimento antes da erupção da verruga, permite ao chefe do serviço, Salazar, realizar a autópsia. Esta detecta apenas o fígado congestionado e avolumado, os pulmões exangues, abundância de líquido no pericárdio, gânglios mesentéricos infartados, atrofia e inchaço do baço e nada se diz sobre os intestinos⁴⁸. A partir de Arce (1889, p. 184), esta compreensão das coisas se altera. Passa-se a reconhecer que pacientes mortos de febre de Oroya apresentam o inchaço das placas de Peyer. A observação mesma, Arce a atribuiu a José Maria Romero. Castillo (1894) defende a mesma lesão cadavérica para a verruga fatal, mas também atribui a observação a Romero. Este, por sua vez, jamais publicou sobre o tema⁴⁹.

⁴⁸ Salazar, em 1875, requisitara suas autópsias como prova para sua defesa de que ele podia determinar por esta via que os falecidos de febre de Oroya antes da erupção eram portadores da verruga peruana (cf. Bustamante, 1875a). O uso que se fez desta oportunidade representa o desfecho final das pretensões anátomo-patológicas de Salazar.

⁴⁹ Não é possível encontrar outra publicação de Romero além de: *Ectopia renal ou rim móvel* (Monitor médico, vol. I, p. 171-177, Lima: 1885) e *Aneurismas da aorta torácica* (Monitor médico, vol. IV, p. 11.27, Lima: 1888-9).

Coube a Odriozola (1898, p. 99 e 118) levar a termo autópsias dos pacientes que considerou mortos pela síndrome de febre de Oroya e declarar confirmadas as observações de Romero: as placas de Peyer encontram-se frequentemente hipertrofiadas, lesadas ou ulceradas.

Ao final do período, portanto, o muro invisível de Chávez entre a febre grave de Carrión e a febre tifoide manteve-se em pé exclusivamente porque a anemia por destruição globular, característica central da primeira, não é um sintoma da segunda. As lesões nas placas de Peyer aproximam a febre de Oroya da febre tifoide, para além das convergências clínicas.

A tese de Manuel Irujo (1890), *Febre tifo-malárica*, representa, para o período posterior a Carrión, o ressurgimento da posição que, em 1875, foi defendida por Quiroga e Galindo, mas combatida por Bustamante: a febre tifoide existe no Peru e complica-se com o paludismo. Na única autópsia da tese⁵⁰, Irujo (1890, p. 20) reconhece as placas de Peyer aumentadas de volume, mas ele não faz uso desta lesão como signo distintivo da febre tifoide e silencia sobre a observação de Arce (1889) sobre a presença da mesma alteração patológica cadavérica na febre de Oroya. A despeito desta coincidência e da sucessão de observadores que viram, na verruga peruana ou na febre de Oroya, características tifoides, tudo se passa, também na tese de Irujo, como se, entre a febre de Oroya e a febre tifoide, não fosse necessário diagnóstico diferencial.

A monografia de Odriozola (1898) é, no final deste período, a culminação desta progressiva aproximação silenciosa entre a febre de Oroya e a febre tifoide e a consagração da insistência da medicina limenha em não se confrontar abertamente com o problema. Apesar de Odriozola reconhecer que as placas de Peyer são frequentemente alteradas nas autópsias dos pacientes mortos durante a síndrome de febre de Oroya, ele não vai a lugar algum com sua observação. Oscila entre, num momento, declarar a febre de Oroya uma enterite folicular⁵¹ e, noutra, fazer das enterites ou das enterocolites complicações da febre de Oroya⁵², mas numa situação, como noutra, dispensa-se de evocar qualquer relação com a febre tifoide.

Por que a clínica limenha teve tanta dificuldade em aceitar a possibilidade apontada por Antunez (1890) e não coloca em relação a febre tifoide e a febre de Oroya?

Em primeiro lugar, a postulação da analogia entre elas arrisca dissolver a febre de Oroya, ameaçada de não passar de uma complicação da verruga peruana por febre tifoide. Eis aí algo que a doutrina unicista não poderia permitir porque isso levaria a narrativa histórica tradicional da doença a soçobrar.

⁵⁰ A única autópsia de febre tifoide descrita, até então, na literatura médica peruana.

⁵¹ Odriozola, 1898, p. 118.

⁵² Odriozola, 1898, p. 122

Em segundo lugar, a relação entre febre de Oroya e febre tifoide é um ponto delicado para a medicina limenha, considerando a raridade com que a febre tifoide e as autópsias aparecem na imprensa especializada peruana⁵³. Ademais, Odriozola movimentou-se ainda no interior de uma posição que só se apresentou explicitamente em Castillo (1894, p. 306), que avalia a observação de Romero, o inchaço das placas de Peyer⁵⁴, como um “fato que não se deve estranhar, se se considera que estas alterações se encontram em um grande número de enfermidades infecciosas”. Assim, na contramão da medicina internacional, a medicina limenha destituiu o caráter discriminatório da lesão das placas de Peyer, que deixa de ser interpretada como uma razão para suspeitar da complicação da verruga pela febre tifoide, para se transformar numa razão para incluir a verruga peruana numa suposta lista das enfermidades infecciosas que produzem esta alteração.

Dessa forma, apenas a anemia, como sintoma exclusivo da síndrome de febre de Oroya, a aparta da febre tifoide, já que Odriozola aceita o caráter epidêmico da primeira, que havia sido assinalado por Bourse (1876) e Castillo (1894). Estes autores observaram que a verruga adquire caráter epidêmico e agudo com terminação rápida e sintomas tifoídes, sempre que novas obras de manutenção da estrada de ferro exigem aglomerar trabalhadores não aclimatados, em acampamentos nas regiões endêmicas da doença⁵⁵.

⁵³ A procura de Barton (1898) pelas abordagens limenhas precedentes sobre a febre tifoide resulta um só achado: a tese de Irujo, único testemunho do reconhecimento clínico da existência da doença na região peruana, antes da instalação da possibilidade do diagnóstico laboratorial da doença. A tese de Irujo é, portanto, o referencial das circunstâncias. Ela permite saber que a diferença anátomo-patológica entre a febre tifoide e a febre de Oroya não podia ser estabelecida por que a medicina limenha não estava capacitada para acompanhar o conhecimento internacional sobre a primeira. Irujo (1890) movimentou-se, ainda, na era clínica da febre tifoide e do paludismo. Na parte da revisão historiográfica do seu tema, ele não vai além dos trabalhos de Woodward (1876) e de Colin (1878). Nada indica que Irujo tenha, ao menos, notícia da descoberta do parasita associado à febre tifoide por Eberth (1880). Sobre o paludismo, a referência mais atual de Irujo é *Tratado* de Corre (1887), onde o autor se declara incapaz de encontrar o parasita de Laveran em águas palustres e, por isso, recusa-se a referendar a nova teoria etiológica. Mas o conhecimento de Irujo está aquém de Corre já que ele não faz referência à lesão anátomo-patológica do paludismo, a melanina no sangue, durante os ataques febris. Percebe-se que a defasagem não é apenas técnica.

⁵⁴ Segundo Campodónico, 1895, a autópsia de um bebê de dois meses falecido com verrugas, sob seus cuidados, foi realizada por Castillo, que encontrou as placas de Peyer avolumadas, mas não ulceradas.

⁵⁵ Se, antes de Bourse, ninguém afirmou que a febre de Oroya é uma epidemia, isso se deve a razões de caráter mais político que epistemológico. A medicina limenha, mas também a medicina de expressão inglesa que se exerceu na construção da linha férrea para Oroya, deviam ter suas razões para evitar o alarme que a gravidade do quadro epidêmico nos campos de obras já produzia por si mesma. Mas apenas a palavra ‘epidemia’ foi escamoteada pela comissão da Faculdade de Medicina de Lima (cf. Arce, 1918 e Rios, 1888), Tasset (1872), Browne (1872-3), Basadre (1873), Pancorvo (1875), Bustamante (1875a e 1875b), pelo editorialista Anônimo (1875a e 1875b) e Ward (1877), Avendaño (1885) e Matto (1886), enquanto, em todos estes autores, há elementos para se pensar que, nas obras da estrada de ferro para Oroya, desde o final de 1870, a situação patológica dos trabalhadores atingiu uma

4.5 A primeira clivagem da febre de Oroya

Em 1904, os pesquisadores do recém-fundado Instituto de Higiene de Lima⁵⁶, Biffi e Carbajal, descreveram o caso de um índio que contraiu a doença de verrugas, na rota da migração da serra para Lima, passando por empregos temporários, na rota da estrada de ferro de Oroya. Ao internamento, na capital, tinha erupção florescida e febre oscilante. O exame da supuração mesclada de sangue de erupções de diversas partes do corpo permitiu encontrar bactérias, cujos diferentes cultivos renderam germes quase idênticos de um germe do grupo tifo-coli e de uma bactéria fluorescente. As inoculações devolveram os mesmos bacilos. Para a alocação no grupo tifo-coli, usou-se a técnica de comparação da reação aglutinante do soro dos animais inoculados em relação à coleção de bacilos do Instituto de Higiene de Lima.

As pesquisas prosseguem no Instituto de Higiene de Lima e, no ano seguinte, Tamayo (1905, p. 352-9) descreve 15 casos de parasitismo de gérmens do grupo paratífico sobre uma amostragem de 26 casos de doença de Carrión. Dos 15 casos complicados, nove apresentaram erupção verrucosa aflorada e seis não. Dos nove casos eruptivos, cinco foram fatais; três casos estavam em andamento e um caso foi curado. Dos seis casos não eruptivos, quatro foram fatais⁵⁷.

À época da descoberta de Tamayo (1905), já estava assentado o consenso sobre a autonomia biológica dos bacilos paratíficos, pela primeira vez observados por Achard e Bensaude (Achard *et al.*, 1896a, 1896b e 1896c), e sua condição patogênica para o homem e

escala massiva de casos. Uma abordagem da relação entre o saber médico e os aspectos sociais, éticos e políticos da epidemia foi apenas apontada por Lastres (1957, p. 123-32), com base em Watt Stewart (*Henry Meiggs, un Pizarro yanqui*. Santiago: 1954), enquanto um trabalho historiográfico consistente resta por se fazer.

⁵⁶ Segundo Cueto, 1998, p. 124, o Instituto de Higiene era uma instituição municipal de Lima, foi inaugurado em 1903 pelo Conselho Municipal de Lima e o bacteriólogo italiano Ugo Biffi veio ao Peru contratado pelo governo peruano especialmente para dirigi-lo. Biffi transformou-o em um centro moderno de pesquisa e formação de jovens médicos, que combinaram prática sanitária e investigação bacteriológica. .

⁵⁷ Os dez casos restantes, com resultado negativo quanto aos bacilos paratíficos, apresentaram a erupção característica (Tamayo, 1905, p. 352-9).

para animais de laboratório⁵⁸. Os bacilos paratíficos receberam este nome por parte dos dois autores franceses por terem sido incriminados por um quadro clínico patológico humano bem semelhante ao da febre tifoide e porque suas características biológicas apresentaram-se muito próximas às do bacilo de Eberth, por oposição aos paracolibacilos, que Gilbert e Lion, em 1893, consideraram mais próximos do bacilo de Escherich. Os novos parasitas enriqueceram algo que já vinha sendo chamado grupo tifo-coli⁵⁹, no interior do qual Biffi e Carbajal (1904) haviam alocado o parasita complicador da verruga, sem lograr uma diferenciação mais precisa.

Achard e Bensaude propuseram diferenciar a febre tifoide da febre paratifoide, fazendo corresponder a primeira ao bacilo de Eberth e a segunda aos bacilos paratíficos, encontrados na urina, na corrente sanguínea e em infecções localizadas. Eles consideraram que a febre paratifoide é uma doença geral, com febre de tipo contínuo, mas de possível manifestação localizada, com quadro clínico difícil ou impossível de padronizar, mas com sintomas análogos aos da febre tifoide. Desde este momento, portanto, uma vez dado o quadro clínico da febre tifoide e não encontrado o bacilo de Eberth, passa a impor-se a necessidade de procurar pelos bacilos paratíficos. À época de Tamayo (1905), já estavam vencidas as resistências contra a autonomia patológica da febre paratifoide, que começava a assentar bases na atenção sanitária das sociedades médicas locais⁶⁰. Porém, os bacilos paratíficos aparecem, nas publicações do período, quase sempre associados a casos ou epidemias de febre tifoide. Numa direção, a febre paratifoide é vista como fator de dupla infecção da febre tifoide, mas já se incrimina os bacilos paratifoidees como responsáveis de casos fatais (Langcope, 1902; Johnston, 1902; Wells *et al.*, 1904).

Neste momento, a associação patológica proposta por Tamayo (1905) é diversa de tudo o que se discute e é um salto em relação ao achado de Biffi e Carbajal, não apenas pela descoberta da constância da complicação paratifoide da verruga peruana, mas por sua vinculação a um estado clínico anteriormente conhecido da evolução da verruga. Tamayo tinha realizado para Odriozola, como estudante, a pesquisa bacteriológica que este inseriu em sua

⁵⁸ Cf. os trabalhos de caráter historiográfico sobre o tema: Hewlett (1902), Widal (1904) e Achard (1915).

⁵⁹ O Relatório do Departamento de Saúde de Chicago do ano de 1895/96 já usa a expressão *typho-coli group of bacilli*.

⁶⁰ A exposição de Hill (1903), na Associação dos Conselhos de Saúde de Massachussets, e o debate que se seguiu são exemplares.

monografia parisiense de 1898⁶¹. Através desta, fica-se sabendo que foi Tamayo quem descobriu a recíproca pertença entre os parasitas encontrados no plasma, que ele não classifica, e o estado clínico que Odriozola denominou síndrome de febre grave de Carrión. Cruzando sua velha pesquisa à descoberta de Biffi e Carbajal, Tamayo perseguiu a condição clínica dos pacientes parasitados por paratíficos e provou que eles quase só podem ser encontrados no sangue de pacientes febris, sobretudo se abatidos pela síndrome de Odriozola, enquanto a verruga apirética, exceto em um caso, não apresentou bacilos paratíficos (Tamayo, 1905, p. 336).

Para Tamayo, a presença destes parasitas explica as características tifoides da síndrome de Odriozola. Os casos de Tamayo (1905, p. 342-3) complicados com bacilos paratíficos apresentaram aspecto abatido e resignado, olhar vago e indiferente, língua seca, saburrosa e coberta de fuliginosidades, sensibilidade do epigástrico e dos hipocôndrios, diarreia e placas de Peyer alteradas à autópsia.

Ao afirmar que “a febre grave de Carrión é o paratifo dos verrucosos”, Tamayo (1905, p. 343) declara-se consciente de seu confronto com a doutrina unicista: “a identidade entre a verruga e a febre de Oroya, – afirma ele – que se tinha por conquista indiscutível, consagrada com o heroísmo de Carrión, não é tão absoluta como parecia”. Se este confronto não é total é porque sua crítica à doutrina estabelecida em Lima está focada num dos conceitos de febre de Oroya, a síndrome de Odriozola⁶². Que o sintoma febril da verruga peruana possa ser sempre devido à complicação paratifoide, isso é apenas uma suspeita, em Tamayo. Afinal, os seus casos lhe sugerem que o mais comum é encontrar os bacilos paratíficos em pacientes da síndrome de febre grave, mas também nos casos febris menos graves e até em casos apiréticos (p. 344). Por isso, Tamayo desenha duas possibilidades:

- (a) a verruga pode ser uma doença apirética, já que há casos que evoluem sem febre.

⁶¹ Mesmo nos anos seguintes, Odriozola não chegou a desenvolver competência para análises microbiológicas. A exposição de Hill (1903) e o debate que se seguiu na Associação dos Conselhos de Saúde de Massachussets são exemplares.

⁶² Entretanto, ao recordar seu trabalho para o livro de Odriozola (1898), Tamayo (1905, p. 340) relata que não fez esta associação por considerar os micróbios encontrados resultantes de contaminações secundárias dos cultivos, razão pela qual, à época, não se empenhou em caracterizá-los. Assim, as novas conclusões de 1905 resultam de um trabalho que Tamayo havia iniciado, para colaborar com Odriozola (1898, p. 101).

(b) a verruga pode ser uma doença febril porque há casos em que a sincronia entre a evolução da curva térmica e o processo evolutivo da doença fala em favor de que o transtorno térmico é um sintoma próprio da verruga⁶³.

Na primeira possibilidade, a febre que acompanha a doença poderia ser devida, também, a outra infecção secundária, ainda não detectada (Tamayo, 1905, p. 344), pois houve casos febris em que todos os esforços de cultivo renderam resultado negativo, mas não se pode excluir a existência de gérmen ainda desconhecido.

Na segunda possibilidade, a febre deve ser associada à verruga, segundo a mesma lógica que coordenou Smith (1842), Tschudi (1845) e Dounon no trabalho de seleccionar os sintomas gerais que deviam ser vinculados à erupção da verruga e, portanto, fazer parte da concepção integral da doença. Esta lógica que faltou a Salazar, tanto em sua tese de 1858, quanto em seu confronto com La Puente (em 1875), tem um peso decisivo novamente, para evitar que Tamayo desassocie a verruga de seus sintomas gerais. O mesmo critério permite-lhe denegar que a síndrome de Odriozola pertença, por sua própria natureza, à doença mesma de verrugas, justamente porque a tal síndrome não tem sincronia com a evolução da doença. Essa é a razão clínica para postular que os bacilos paratíficos são uma complicação da verruga.

Tamayo não exclui a possibilidade de a verruga peruana produzir sintomas gerais próprios, incluindo a febre. Ele sabe que bacilos do grupo podem estar presentes nos intestinos de pessoas normais sem produzir enfermidade, desde que mantidos fora da circulação sanguínea. Por isso, ele propõe que o conceito clínico de febre grave de Carrión ou febre de Oroya deva passar a refletir a compreensão de um quadro etiológico complicado, sem que seja excluída a possibilidade de ele ser devido exclusivamente à verruga. Eis porque Tamayo não denega de modo absoluto a doutrina unicista da narrativa histórica tradicional que reinara sozinha sobre todo o saber da doença, da morte de Carrión até aquele momento. A formulação, sutil e precisa de Tamayo é a seguinte:

Mas, se a entidade [febre grave de Carrión] não é absoluta, não deixam de constituir ambos os processos mórbidos [a verruga e a complicação paratifoide] uma mesma personalidade clínica, simples ou complicada, mas repousando sempre sobre um substrato comum: a infecção verrucosa prévia (Tamayo, 1905, 343-4).

⁶³ Reconhece-se nesta segunda alternativa a mesma lógica que levara Tschudi (1845) a vincular a febre e a erupção numa só doença.

Os leitores de Tamayo, entretanto, não irão ater-se a esta formulação técnica, mas à outra, mais retórica: “a febre grave de Carrión é o paratifo dos verrucosos” (p. 343).⁶⁴ O confronto com esta frase dará lugar a uma operação reativa de salvação da doutrina unicista, como se Tamayo a tivesse negado, em termos absolutos, e não apenas barrado aquele a síndrome de Odriozola (1898).

A leitura menos técnica de Tamayo e a reação negativa contra ele, por parte da medicina limenha, foi, em boa parte, desencadeada por uma interpretação exorbitante, na medicina internacional. O *Jornal de medicina tropical* de Londres publica, em 1906, o artigo de Eder, para quem “Tamayo pode razoavelmente reclamar ter resolvido o mistério dos Andes”, ao ter sido o primeiro que “considerou a possibilidade de que a verruga e os sintomas severos da doença de Carrión sejam condições independentes, tendo uma relação puramente coincidente”. Como esta leitura é uma interpretação livre, Eder admite que “Tamayo, de fato, sugere que a verruga é agravada pela doença mais séria”, mas interpreta que este modo de exprimir a ideia seja apenas uma maneira de “diminuir o choque da sua audiência”. Tomando dessa forma o texto de Tamayo, Eder o utiliza como base exclusiva para propor que a febre perniciosa de Carrión ou febre de Oroya não seja outra coisa que febre entérica ou tifoide, enquanto a verruga não seria outra coisa que uma forma de *yaws*, que ocorre nas regiões peruanas onde a febre tifoide é endêmica, o que explicaria a frequência com que as duas doenças são encontradas no mesmo sujeito. Eder mostra-se menos atualizado que a equipe do Instituto de Higiene de Lima, quanto ao recente debate internacional que distingue a febre tifoide e as complicações paratífoides, cujo enorme volume de pesquisas agregadas iniciara-se com a descoberta dos bacilos paratíficos por Achard e Bensaude (1896a, 1896b e 1896c).

A recepção de Eder ressoou, sobretudo, naqueles dois representantes do esforço inflacionista da doutrina unicista, Arce e Odriozola, mas também em Barton, embora de maneira diversa.

Segundo a posição reativa de Odriozola (1906), “a febre grave de Carrión não é mais que a doença de Carrión no máximo de sua agudeza e, por conseguinte, todos os transtornos desta febre maligna são engendrados pelo germen que a produz”. Sem estar mais bem aparelhado que em 1898, o respeitado professor corrige o ex-aluno sobre bases estritamente doutrinárias: “o fato da pululação no sangue de germens paratíficos não justifica a alienação,

⁶⁴ Segundo Aldana G. (1949, p. 48), “... estes conceitos [de Tamayo] foram muito mal interpretados e Arce [1913d] acreditou que eles haviam revivido novamente a dualidade, pelo que, apoiando os conceitos de Odriozola, em suas lições clínicas de 1918, criticou novamente Tamayo”.

ainda que parcial, da febre grave do tronco nosológico principal, nem tem objeto prático tão pouco”.

Ora, Tamayo não opera, para usar a linguagem de Odriozola, a alienação completa da síndrome de febre grave de Carrión do tronco principal, a doença de verrugas. A afecção paratifoide sobrevém, como complicação da verruga, facilitada pelo enfraquecimento do organismo. A desvinculação, proposta por Tamayo (1905, p. 343-4) é relativa, pois restrita ao plano etiológico, enquanto entende que “ambos os processos mórbidos [verrucoso e paratifoide] não deixam de constituir uma mesma personalidade clínica”⁶⁵.

Silenciosamente, entretanto, Odriozola (1912a)⁶⁶ recua em relação ao tópico essencial. Passa a defender apenas o conceito de febre de Oroya como forma aguda oposta à verruga benigna, ou seja, o conceito de Arce (1889). Quando Odriozola (1912b, p. 656) fala novamente em síndrome de febre grave de Carrión, já não se trata mais de uma afecção capaz de aparecer livremente em qualquer momento da evolução da doença, embora não reconheça que desistiu do conceito que Tamayo (1905) desmontou.

Sem responder às reações de salvação da doutrina unicista que se dirigiram contra ele, Tamayo aplica-se no desenvolvimento de uma vacina contra a infecção paratifoide típica da verruga, de forma que “o mal [de verrugas] terminaria reduzido às proporções de uma

⁶⁵ Odriozola (1906), por sua vez, conclui: “Em resumo, a febre grave de Carrión constitui o grau máximo da infecção verrucosa e até agora nada justifica que se lhe subtraia de seus domínios para formar uma entidade especial; antes bem, convém fazer mais perfeita, mais íntima a coesão nosológica desta interessante doença”. Se esta conclusão se dirige contra Tamayo, ela reflete um completo desentendimento do que propõe o ex-aluno. Mas é preciso reconhecer que Tamayo provocou esta reação com a afirmação retórica de que “a febre grave de Carrión é o paratifo dos verrucosos”. Se esta conclusão se dirige contra Eder, Odriozola estaria combatendo a transformação da febre grave de Carrión em febre tifoide. Alguns anos mais tarde, entretanto, Odriozola (1912c) faz um confronto com Eder, quando denuncia que a descoberta de Tamayo “deu motivo para que perigasse, por um momento, a independência desta febre, iniciando-se uma corrente demolidora que pretendeu apagá-la, como entidade morbosa e incluí-la no grande grupo das afecções tíficas.” Percebe-se, que o texto de 1906 não pode ser lido como um confronto específico com Eder. Para Odriozola, pouco importa a diferença entre febre tifoide e afecções tifoides quando se trata de conceituar a febre de Oroya.

⁶⁶ Odriozola (1912a): “A forma aguda constitui o que hoje se designa com o nome de febre grave de Carrión, antes chamada febre de Oroya [...]. Esta forma aguda representa a infecção superlativa e digna de figurar em um capítulo a parte pela perfeita analogia que apresentam os casos entre si. Devo advertir, e este fato tem importância transcendental, de que esta febre não se encontra se não nos lugares em que reina a doença de Carrión, afirmação categórica que basta para demonstrar que ela tem íntimas vinculações com esta e que não são aceitáveis, por nenhum conceito, as tentativas que se tem pretendido fazer para emancipá-la de seus domínios, pelo fato de haver-se descoberto no sangue destes enfermos germens do tipo tifo-coli”.

enfermidade eruptiva, anemiante, mas de índole relativamente benigna e, em todo caso, infinitamente menos letal que a febre grave [de Carrión]” (Tamayo, 1906, p. 305)⁶⁷.

Em 1905, Tamayo não empreendera a classificação dos bacilos paratíficos encontrados na circulação dos verrucosos. Ele admitia não estar absolutamente excluída a possibilidade de existência, entre a grande gama de bacilos paratíficos encontrados nos diferentes casos, do bacilo da febre tifoide (o de Eberth), o de Shiga-Krusse e o de Escherich (Tamayo, 1905, p. 351), em função das conhecidas dificuldades técnicas da diferenciação específica. Assim, no caminho da pesquisa para a vacina contra os bacilos paratíficos, haveria que afastar a interpretação de Eder (1906). Gastiaburu e Tamayo (1906b) procuram afastar o bacilo de Eberth dentre os bacilos paratíficos mais frequentemente encontrados na verruga peruana, pelo aprimoramento das técnicas de identificação, em uso. No ano seguinte, Tamayo e Gastiaburu (1907) publicam um trabalho de comparação entre estes bacilos frequentes da verruga com o considerável acervo do Instituto de Higiene de Lima e concluem que há prevalência do bacilo paratífico B⁶⁸.

Dentro de alguns anos, Barton (1911) ratificará o essencial da descoberta de Tamayo, a transformação da síndrome de Odriozola em complicação típica da verruga, ao dizer que os seis anos de observações hospitalares e laboratoriais lhe ensinaram que “as infecções do grupo tifo-colí podem aparecer antes do brote verrucoso, quando a erupção se inicia, no apogeu da erupção e quando já passado o período grave do brote da verruga (caso em que o paciente corre maior risco de sucumbir).” Ademais, Barton (1911) mostra-se inteiramente concorde quanto ao elemento programático da ação médica desenhada por Tamayo, ao destacar os elementos de higiene preventiva contra a complicação paratifoide. Uma linha de ação que faz lembrar que Flores recomendou a transferência de Carrión para o hospital para melhorar as condições de higiene, em que se encontrava.

Arce (1913d, p. 503) compreendeu que “a hipótese [...] de Tamayo vinha alterar por completo as concepções aceitas unanimemente sobre a natureza e as relações das duas formas

⁶⁷ Ou, numa formulação mais comedida: “é lógico supor que suprimindo a influência dos paratíficos, pelo menos, desaparecerá uma parte da malignidade da dita síndrome” (Tamayo, 1906, p. 296)

⁶⁸ Para Tamayo e Gastiaburu (1907), “poder-se-ia ademais afirmar que não há um bacilo paratífico da verruga febril, mas sim uma série de gérmens muito semelhantes entre si, mas não de todo idênticos, formando uma gama de tipos bacterianos, que se estendem desde os mais próximos aos paratíficos do tipo B, até os mais próximos do colí bacilo”. Os autores vacilam entre considerar a penetração do bacilo paratífico “uma contaminação secundária que, favorecida por infecção verrucosa prévia, determinava os acidentes morbosos de forma tifoide, que caracterizam a febre grave de Carrión” e considerar que este bacilo, como “hóspede frequente ou constante no organismo, favorecido pela infecção verrucosa, penetre na torrente sanguínea e determine a febre de Carrión” (Tamayo *et al.*, 1907, p. 331-2).

de verruga”. Rechaçada, definitivamente, a síndrome de Odriozola, Arce apega-se à sua dialética de 1889 entre a forma aguda e a forma benigna da verruga. Ademais, Arce (1913a) não perderá a chance de, num texto historiográfico, lembrar que foi ele o inventor do conceito que, agora, resta a Odriozola, na vanguarda dos unicistas. Mas Arce sabe que, para resistir à navalha de Tamayo, é preciso atualizar seu velho conceito da doença e assume a via reformista.

A primeira reforma de Arce é silenciosa. Ele deixa de atribuir à febre de Oroya ou febre grave de Carrión os sintomas tifoides. Afinal, Barton (1911)⁶⁹ concedera à Tamayo que “as infecções do grupo tifo-coli, que complicam a verruga, oferecem seus sintomas tifoides, a diarreia e os sintomas abdominais, o embotamento das faculdades mentais, a estupidez manifesta, o delírio e a febre”, além das alterações das placas de Peyer. Barton chegara a declarar que estas lesões são estranhas à verruga pura. Os seis casos clínicos do próprio Arce (1913d) rezam em favor de que, aos sintomas tifoides, sejam associados aqueles de cultivos positivos para bacilos paratíficos.

A segunda reforma de Arce é formalmente declarada. Na sua dialética entre a febre de Oroya e a verruga benigna, elaborada no ensaio de 1889, o eixo da oposição era ‘febre *versus* erupção’. Agora, assume a desistência do caráter distintivo da primeira. A característica central da febre grave de Carrión, não é mais a gravidade da febre, mas a da anemia. É ela que leva o paciente à morte, na forma aguda. Elemento distintivo, agora, de primeira ordem, a anemia não havia sido apanhada pela descrição da complicação paratifoide. Arce chega a propor a substituição do nome ‘febre grave de Carrión’ por ‘anemia grave de Carrión’⁷⁰.

A terceira transformação operada por Arce é a mais fundamental porque procura resolver um problema decisivo do conceito de 1889, quando o elemento eruptivo era o signo diferencial. Este problema pode, de certa forma, ser entrevisto numa ressalva que Barton (1911, p. 234) faz ao defender o conceito de Arce contra Tamayo (1905): que “a forma aguda da verruga, conhecida com os nomes de febre grave de Carrión, febre grave de verrugas e febre de Oroya [...] representa a forma hipertóxica desta infecção e a reconhecemos como causa geradora única o gérmen específico da verruga não conhecido ainda definitivamente”. A ressalva de Barton (1911, p. 234) aparece na seguinte nota de rodapé: “A existência das duas formas que reconhecemos à verruga, a benigna e a grave, permite formular a hipótese da existência de duas espécies do gérmen verrucoso correspondentes a estas duas modalidades distintas”. Indo ao extremo desta lógica, Tamayo (1905) aventara a hipótese de duas etiologias

⁶⁹ Barton, 1911, p. 233.

⁷⁰ Arce, 1913d, p. 502; Arce, 1913b, p. 430.

bem distintas, uma para a febre de Oroya não eruptiva e quase sempre fatal e outra para verruga eruptiva, quase apirética e benigna. Ora, a aposta de Arce (1889) no eixo distintivo ‘febre *versus* erupção’ está na raiz da linha de raciocínio que conduz à hipótese de uma forma de dualidade etiológica, em Barton, e à hipótese de um dualismo etiológico franco, em Tamayo.

Seria de se esperar que Arce, insistindo na dualidade de formas da doença, aceitasse a hipótese de Barton. Afinal, a essa altura, já se associavam diferentes formas da malária a diferentes tipos do gérmen palúdico. Arce não caminhou jamais nesta via de pensamento, mas também não se confronta abertamente com esta questão que corroía seu conceito da doença de 1889. A razão disso é que associar as suas duas formas da doença a duas formas do verme verrucoso, como propôs Barton, implicaria denegar o sucesso da inoculação de Carrión. Para preservar o sucesso do experimento de 1885, seria necessário admitir que a verruga benigna do menino de 14 anos e a forma aguda e anemiante e fatal da doença sofrida por Carrión tivessem por origem o mesmo agente, aquele que foi transferido do doador ao receptor, através do sangue.

Arce não se confronta de maneira aberta com este problema, mas procura resolvê-lo, alterando o modo como ele distingue as duas formas da doença. Ele silencia a ideia da erupção como fator distintivo da forma benigna. Quando se lê atentamente seus seis casos exemplares de anemia grave de Carrión percebe-se que ele escolheu somente casos claramente caracterizados pela erupção típica da doença. Ora, no balanço final das coisas, a fórmula ‘febre *versus* erupção’ foi completamente substituída por esta: ‘anemia fatal *versus* estado quase normal do sangue’.

Como Arce faz da anemia com prognóstico fatal a única distinção entre as duas formas opostas, ele se concentra na caracterização microbiológica do sangue, de maneira a tipificar diferencialmente aquele único fator essencialmente distintivo⁷¹. Esse trabalho lhe permite legitimar que as complicações da doença de verrugas não causam as alterações no sangue, mas dependem delas. A anemia da doença de Carrión decorre da sua etiologia específica⁷².

Ora, este ponto de chegada de Arce depende de fundamento que é comum entre sua posição e as de Barton e Tamayo: a complicação paratifoide é dependente e secundária à doença de verrugas previamente instalada. Arce (1913d), entretanto, aliado a Barton (1912)⁷³ e

⁷¹ Arce 1913c, p. 447; Arce 1913b, 430-7.

⁷² Arce 1913d, p. 502; Arce 1913b, p. 430. 437

⁷³ Arce (1913d) está ciente de que Barton está a seu favor, de quem cita: “a existência da febre grave de Carrión é inegável e representa a forma tóxica da infecção verrucosa, produzida por um agente específico próprio, qualquer que ele seja” (Barton, 1912).

contra Tamayo, defende a existência da febre grave de Carrión pura, ou seja, sem complicação paratifoide ou de outra natureza.

Mais do que ser contra Tamayo, o empenho de Arce pela febre grave de Carrión pura, ou seja, devida exclusivamente à etiologia própria da doença de verrugas é um esforço contra a posição de Biffi (1908). O médico italiano e diretor do Instituto de Higiene de Lima defendeu, no 14º Congresso internacional de higiene e demografia de Berlim, que, na “septicemia provocada por um bacilo paratífico e sobrevivendo no curso da verruga”, chamada febre grave de Carrión, é este micro-organismo que “representa o fator etiológico o mais importante deste quadro mórbido”. Ao defender a febre grave de Carrión pura, Arce quer que o fator etiológico mais importante seja o da verruga. Com isso, Arce quer salvar o nome ‘febre grave de Carrión’ para a verruga peruana e evitar sua alienação para a complicação paratifoide adveniente, que é a tônica prevalente, em Tamayo, e a decisiva, em Biffi.

Há, no entanto, uma diferença entre a concepção da febre grave de Carrión de Arce e de Barton. Este, a favor de Tamayo, acentua a associação do prognóstico fatal à complicação paratifoide, no que não é acompanhado por Arce. Em 1911, Barton (1911) concede à Tamayo que “com frequência infecções secundárias devidas a parasitas do grupo tífico [...] são tão intensas, que seus sintomas se sobrepõem aos da infecção principal, sendo elas as que decidem a sorte dos enfermos, que, em nosso conceito, sucumbem em maior número de casos a seus efeitos e não aos da infecção verrucosa inicial.” No ano seguinte, declara que o comprometimento paratifoide “desempenha um rol preponderante na infecção verrucosa, não só porque modifica o quadro clínico e a marcha desta enfermidade, mas porque é ele o agente determinante da morte do maior número de casos que sucumbem de febre grave de Carrión” (Barton, 1912).

Arce (1913d, p. 519) reconhece que a presença dos bacilos deste grupo agrava o prognóstico da anemia grave de Carrión, mas, diferentemente de Barton, faz questão de defender que esta pode ser fatal por sua própria natureza e sem o concurso de qualquer complicação. Sua insistência neste aspecto do seu ensaio de 1889, entrega-o à tarefa de encontrar e caracterizar um caso probante. É bem verdade que, tomados em conjunto, os textos de Barton não permitem dizer que ele denegue a possibilidade da mortalidade pela forma aguda pura, mas é certo que este tópico da batalha de Arce não está entre aqueles que mobilizam Barton.

Para provar a mortalidade da anemia grave de Carrión pura, Arce (1913d) descreve, clínica e bacteriologicamente, uma coletânea de seis casos exemplares da forma aguda da

doença de verrugas. O resultado desta pesquisa, entretanto, é decepcionante, em relação ao projeto.

a) O caso II, o de M. M., deu lugar a pleurisia, a três abscessos e a morte foi diretamente produzida por uma diarreia incoercível. Embora nenhum destes fatores tenha recebido uma análise laboratorial, Arce admite infecções complicadoras.

b) O caso III, o do menino J. R. de 13 anos foi salvo da morte, apesar da complicação de bacilo do grupo tifo-coli comprovada por cultivo.

c) O caso IV, o de A. V, também foi fatal, mas teve complicação por diplococo.

d) O caso V, o de M. P., foi fatal e complicado pelo bacilo de Koch.

e) O caso VI, o de T. M, foi fatal e com cultivo positivo para bacilos paratíficos.

Assim, sobre seis casos, apenas o caso I, o do enfermo da ‘Chácara de Verrugas’, ‘E. M.’, é o exemplo da anemia grave de Carrión pura e fatal⁷⁴. Arce destaca que, além da anemia grave completamente caracterizada de E. M., incluindo duas ondas eruptivas, seguidas do óbito, os signos clínicos e cadavéricos não se apresentaram jamais como tipicamente tifoides. Ademais, o cultivo de sangue resultou negativo para bacilos, a despeito da notória competência que o laboratorista Ribeyro demonstrou para encontrar as outras complicações e obter os cultivos positivos do grupo tifo-coli, nos casos descritos por Arce.

Embora Arce dê o caso de E. M. por modelar, ressalvas são necessárias. Arce notifica um cultivo de sangue de E. M. realizado em primeiro de abril. Ora, segundo seu relato, o enfermo faleceu em treze de maio, após sete dias de diarreia continuada, durante a qual não se fez novo controle para averiguar a existência de bacilos. Ocorre que diarreia é para Odriozola, um sintoma dos verrucosos. Ao que tudo indica, Arce acomodou-se a esta posição menos rigorosa que a de Tamayo e de Barton, para quem os sintomas gástricos são indicativos de complicação.

Resta uma questão intrigante: quais teriam sido as razões de Arce para querer ir além de Barton e defender, contra Tamayo, a anemia grave de Carrión pura fatal? Estas razões não são declaradas por Arce, mas a fragilidade do seu único caso exemplar indica que elas existiam e eram fortemente motivadoras.

Com a reelaboração do seu conceito de febre de Oroya de 1889, Arce procura levantar o pavilhão unicista, depois que a navalha de Tamayo decepou a síndrome de Odriozola. Se Arce pudesse defender eficazmente seu renovado conceito da doença, ele poderia manter a doutrina unicista e a narrativa histórica tradicional, razoavelmente, intactas, na nova ordem do saber da

⁷⁴ Arce, 1913d, p. 507-9.

doença. Afinal, se a febre tifoide era conhecida na época do experimento de Carrión, não o eram as complicações paratifoide. Como não é a febre tifoide, mas a paratifoide, a complicação ordinária da verruga, o grupo dos defensores de Carrión (Macedo, Almenara Butler, Avendaño, Mattos e os seis editores dos manuscritos de Carrión, com destaque para Alcedan e para o próprio Arce) havia escolhido o rumo certo ao interpretar os sintomas gástricos e tifoide de Carrión como febre de Oroya e não como febre tifoide.

Porém, a possibilidade inaceitavelmente iconoclasta para a narrativa histórica tradicional contra a qual Arce procura haver-se só aparece franca e abertamente na recente historiografia limenha da doença. García-Cáceres (1972, p. 68) afirma: “É possível que Carrión tivesse complicações infecciosas do trato gastrointestinal, tão frequentes na *bartonellosis*, o que constituiu seguramente a causa imediata de sua morte”. Mais recentemente, Cuadra Calle *et al.* (2000) admitem novamente o problema: “Se Carrión faleceu em consequência de uma infecção *bartonellósica* pura ou de uma infecção secundária concomitante, de natureza *salmonellósica*, de tão frequente ocorrência nesta enfermidade, é um mistério que jamais poderá ser desentranhado”. Mas a ideia já estava essencialmente desenhada, como possibilidade lógica, desde o trabalho de Tamayo (1905). R. H. Firth declarou, no verbete ‘Verruga’, da edição de 1905 do *Sistema de Medicina* organizado por Thomas Clifford Allbut, que a morte de Daniel Carrión “deve ter sido ocasionada, possivelmente, por uma infecção séptica”.

Arce, em 1913, sabe que estava fora do alcance da medicina, em 1885, poder determinar se a inoculação de Carrión dera ou não lugar à complicação paratifoide. Porém, um conceito de febre grave de Carrión que se mantivesse atrelado à etiologia da verruga peruana e agregasse a si tanto a possibilidade da complicação típica, a paratifoide, quanto a possibilidade do desfecho fatal da verruga pura, permitiria preservar intacta, no campo da verdade, a formulação central da narrativa histórica tradicional de forma que seria ainda possível afirmar que “Carrión demonstrou a unidade entre a febre de Oroya e a verruga peruana”. Afinal, se Carrión teve ou não uma complicação paratifoide, isso não alteraria a verdade da frase, se a expressão ‘febre de Oroya’ fosse lida conforme o novo conceito que Arce está a construir. Seria possível continuar afirmando que Carrión desenvolveu a febre de Oroya a partir da inoculação do sangue verrucoso, deixando de lado o problema de saber se ela foi pura ou complicada. O importante é que ambas as alternativas são igualmente possíveis, conforme a casuística que o artigo de Arce (1913d) descreve, conforme foi apresentado acima.

Ribeyro (1933), o laboratorista que fez os cultivos para Arce, em 1913, herda sua discussão e começa, a partir de 1918, a colecionar casos fatais bem caracterizados do ponto de

vista das análises microbiológicas dos componentes e dos parasitas do sangue. Porém, Ribeyro só publicará seu trabalho em 1933 para favorecer a posição de Tamayo e não a de Arce. Ribeyro compreendeu a relação da posição de Arce com a narrativa histórica tradicional. Faz um levantamento bibliográfico para mostrar que o prognóstico fatal sempre esteve essencialmente ligado ao nome ‘febre de Oroya’, e ao seu substitutivo, ‘febre grave de Carrión’, este último ainda carregado com o desfecho do experimento de 1885. Por isso, a pesquisa de Ribeyro centra-se no mesmo tema de Arce (1913d): a relação entre a anemia grave de Carrión e a fatalidade dos casos, conforme sejam ou não complicados por paratíficos. Nos dezenove casos comprovados de *Bartonella bacilliformis*, a contagem de hemácias oscilou entre 620 mil e 2.700 mil. Todos eles casos de anemia grave, portanto. Do total, onze casos de *bartonellosis* pura resultaram em cura e todos os demais complicados e de terminação fatal. Destes, seis casos de complicação por bacilo paratífico do tipo B e dois complicados por tifo exantemático. Para Ribeyro, a febre de Oroya pura ou *bartonellosis* pura, por intensa que seja a infecção, elevada que seja a cifra de desglobulização, profundas que sejam as alterações anatomopatológicas do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, não tem prognóstico desfavorável. Considera que mesmo os casos complicados de paludismo, disenteria, enterites, broncopneumonia e até tifo exantemático podem terminar curados e “só o bacilo paratífico leva inexoravelmente o enfermo”.

Independentemente de Ribeyro estar certo ou não, a forma aguda pura fatal de Arce é prisioneira do modo monumental com que a narrativa histórica tradicional da doença quer preservar o passado. O que importa, realmente, é que as pesquisas de Arce sobre a complicação paratifoide da verruga, a despeito de seu projeto de fortalecer a doutrina unicista, emprestaram decidido suporte àquilo que, em senso estrito e técnico, Tamayo (1905) estabeleceu definitivamente, no campo do saber da doença. Assim, tudo o que se disse, desde 1872, sobre a febre de Oroya e, desde 1885, sobre febre grave de Carrión passa a estar, na ordem do olhar retrospectivo, seriamente comprometido com a possibilidade da complicação paratifoide, em função dos sintomas tifoides e do prognóstico fatal que estiveram sempre associados a estes nomes (febre de Oroya e febre grave de Carrión).

A febre de Oroya, como hidra que pode viver a despeito de uma cabeça perdida, ainda terá uma longa história, na medicina. O novembro daquele mesmo ano de 1913, no qual Arce (1913d) publicou seu texto acima estudado, será testemunha de outra tomada de sentido da febre de Oroya. Desta feita, o enchimento de sentido será obra da microbiologia: a comissão de Harvard (Strong *et al.*, 1913) declara autônomas clínica e etiologicamente a febre de Oroya da

verruca peruana. A doutrina unicista não deixará de aproveitar-se do novo dualismo, a permanente condição de seu perpetuar-se. Mas isso já é tema para outro estudo, um que vise a descoberta do agente específico da doença.

De um patamar, entretanto, não se poderá mais retroagir: todo novo progresso no conhecimento da doença só poderá ser consistente na medida em que for considerado o tema das complicações paratífoides e outras. Primeiro marco microbiológico positivo no conhecimento da doença, a descoberta de Tamayo, objeto de renovadas observações e sucessivas confirmações, representou a primeira barragem eficaz contra o excesso da equivocidade da febre de Oroya.

Alzamora y Castro (1940, p. 45), analisando doze casos fatais de complicação *salmonellosica* sobre 31 casos de verruca peruana em estado anêmico grave, conclui que

muito frequentemente a enfermidade aguda se vê complicada por uma infecção concorrente, habitualmente produzida por uma *Salmonella*, cujo significado é muitas vezes decisivo para o sujeito, que desfigura o quadro anatômico, modifica a resposta orgânica e agrava a síndrome infecciosa.

Ricketts (1948) estuda 50 casos de infecções intercorrentes sobre 105 (todos hospitalares) casos de doença de Carrión. Ele considera que, abaixo da complicação malárica, as mais importantes são as infecções entéricas, destacando-se a infecção *Eberthella typhosa*, a *Salmonella schottmülleri*, septicemia intestinal anaeróbica, outras infecções entéricas não classificadas e colite amébrica, cujos traços clínicos são os mesmos das complicações por *Salmonellas*. Ele destaca a importância destas complicações nos casos fatais. Seu estudo referenda explicitamente o trabalho de Tamayo (1905).

Aldana G. (1949) estuda seis casos mortais de *bartonellosis* complicada por *Salmonellas*. Com o avanço do trabalho classificatório da biologia, diferencia, no grupo dos paratíficos B, a predominância de *Salmonella Enteritidis*. Ele também confirma a associação dos sintomas tifoides a esta etiologia, bem como sua estreita ligação com os casos fatais, com base em supressão dos sintomas anemiantes da etiologia própria da verruca peruana. Aldana G. (1949, p. 71) também observou o momento da complicação por *Salmonella Enteritidis* em relação ao ciclo de desenvolvimento próprio da verruca peruana e afirma o seguinte: “A infecção secundária aparece ao fim da fase anêmica, na primeira fase de latência ou nos começos da fase eruptiva, quando esta segue imediatamente a primeira”. Percebe-se aí a estreita

relação com a síndrome de Odriozola, antes observada por Salazar (em 1875) e, posteriormente, criticada por Tamayo (1905) quanto à sua independência do ciclo evolutivo da verruga peruana.

Cuadra C. (1954) leva adiante uma pesquisa de fôlego para afirmar que:

As comunicações dos autores mencionados, alguns mais que não citamos, e mais as frequentes observações da prática hospitalar que não se chega a publicar conformaram o conceito de que os pacientes de *bartonellosis* falecem na grande maioria dos casos por complicações infecciosas, correspondendo as de natureza *salmonelósica* o primeiro lugar e, dentro desta, o bacilo paratífico B como a espécie mais frequentemente isolada.

Maguiña Vargas (1993) escreveu sua tese de doutoramento com base em observação de 145 casos de verruga peruana, no período de 1969 a 1992. Ele relata que 36,7% dos casos tiveram complicação infecciosa na fase aguda. As mais importantes infecções secundárias foram bacterianas (32%), destacando-se as *Salmonellas* não-tíficas. Seguindo uma linha pragmática, que foi, inicialmente, desenhada por Tamayo (1906), com a tentativa de desenvolver uma vacina contra a complicação paratifoide da verruga, e seguida por Barton (1911), que enumerou cuidados higiênicos básicos para evitar a contaminação paratifoide dos doentes de verruga, Maguiña Vargas (1993, p. 71) explica que o tratamento moderno foi feito com penicilina, estreptomicina, eritromicina, furandantina, tetraciclina, “mas devido à importância da complicação *salmonelósica*, tem-se utilizado cloramfenicol de forma rotineira no tratamento da fase aguda, desde 1956”. Esta data coincide com a moderna instalação da posição de que Tamayo (1905) foi fundador, no âmbito da prática médica, por obra de Cuadra Calle (1954) e Colichón Arbulú: o tratamento da verruga deve combater, simultânea e preventivamente, as complicações mais frequentes da doença, aquelas devidas à invasão do organismo por uma ou mais das espécies de *Salmonellas*.

O trabalho biológico de precisão, reconhecimento, diferenciação, nomeação e classificação do agrupamento paratífico, não alterará o significado da relação patológica entre a verruga peruana e a complicação inicialmente caracterizada, clínica e bacteriologicamente, por Tamayo (1905). Cuadra C. (1954) explica que todos os autores, até sua época, haviam feito determinações bacteriológicas empregando métodos bioquímicos, que se tornaram insuficientes para a identificação exata das espécies de *Salmonellas*. Cuadra C. (1954) relata que, em colaboração com Héctor Colichón Arbulú, emprega o método serológico de Kauffmann e White, que lhes permite isolar *Salmonella typhimurium*, *Salmonella typhimurium* variedade

Copenhagen, Salmonella typhi, Salmonella Dublin e Salmonella cholerasuis, sendo a primeira a mais frequente das complicações da verruga peruana.

Depois deste trabalho de história da noção de febre de Oroya ou febre grave de Carrión, pode-se retomar a historiografia de pretensões críticas da doença de Carrión, para mostrar como ela enfrenta a complexidade dos deslizamentos semânticos a que esteve sujeita a expressão chave da manutenção da dialética liminha, a febre de Oroya. Apesar de a descoberta de Tamayo, legitimada por sucessivas confirmações, somente a revisão historiográfica recente de Cuadra Calle *et al.* (2000) aceita incorporar o problema: “Se Carrión faleceu em consequência de uma infecção por *bartonellosis* pura ou de uma infecção secundária concomitante de natureza *salmonellosis*, de tão frequente ocorrência na primeira enfermidade, é um mistério que jamais poderá ser desentranhado”. Os autores, entretanto, não ousam pôr em causa o núcleo da narrativa tradicional, que repetem como se o problema da *causa mortis* não o afetasse: “Carrión demonstrou que as duas enfermidades, febre de Oroya e verruga peruana, não eram distintas, mas sim fases sucessivas de uma só enfermidade” (Cuadra Calle *et al.*, 2000, p. 290). García-Cáceres *et al.* (1991, p. S58) procuraram uma solução menos esquizofrênica entre história e atualidade do saber e deram a seguinte versão ao núcleo central de verdade da narrativa tradicional:

Carrión morreu [...] de uma doença que era chamada, à época, ‘febre de Oroya’ [...]. Desde então, este tipo de febre e a verruga tem sido consideradas como fases sequenciais do mesmo processo patológico, a *bartonellosis* humana, que é também conhecida como doença de Carrión, febre de Oroya ou verruga peruana.

Dessa forma, o projeto da historiografia crítica revela seus limites. Com ele, apagam-se da memória histórica os usos diferentes e ultrapassados da ‘febre de Oroya’. Depois, utiliza-se, novamente, a febre de Oroya numa nova compreensão, buscando acordá-la com o uso atual doença, que García-Cáceres *et al.* (1991, p. S58) como “a única doença bacteriana bifásica da América do Sul”. Faz-se com que a fase preliminar, pré-eruptiva e de sintomatologia geral de gravidade bastante diversificada, conforme o caso, correspondente à presença do agente na circulação periférica e a anemia consequente, receba o nome de febre de Oroya. Pode-se, então, reler o núcleo de verdade da narrativa histórica tradicional da maneira como se transcreveu acima. Colocam-se, dessa forma, novamente, na verdade aqueles primeiros discursos posteriores à morte de Carrión, apresentados no primeiro capítulo do presente trabalho. A historiografia crítica da doença de Carrión reinstala, assim, aquilo que é essencial e

fundamental da narrativa histórica tradicional da doença, a manutenção da dialética limenha entre a febre de Oroya e a verruga peruana.

Conclusão

A partir de Rebagliati (1940), quando o dualismo etiológico e nosológico entre a febre de Oroya e a verruga peruana da primeira comissão de Harvard (Strong *et al.*, 1913 e 1915) foram definitivamente ultrapassados, a narração histórica tradicional da doença de Carrión foi retomada com a declaração de vitória da doutrina unicista limenha.

A presente tese doutoral, através da análise epistemológica da narração histórica tradicional da doença de Carrión, confrontou-se com a pretensão de verdade da doutrina unicista, desde sua fundação, e este trabalho permite as seguintes conclusões:

a) a doutrina unicista esconde um dualismo nosológico que, invenção limenha, fundamenta-se necessariamente sobre a tensão dialética entre a febre de Oroya e a verruga peruana;

b) este dualismo não era necessário ao conhecimento clínico global da evolução da doença. A história mostra que este conhecimento foi conquistado pela medicina francesa e de expressão alemã, de um lado, e pela medicina de expressão inglesa da estrada de ferro para Oroya de outro, e isso de duas maneiras: 1) seja porque isso foi obtido antes do uso da expressão ‘febre de Oroya’ (1842 a 1872); 2) seja através do processo de rejeição teórica do dualismo nosográfico e da dualidade nosológica, antes de 1885;

c) os *Apontamentos sobre a verruga peruana* do estudante de medicina, Daniel Alcides Carrión, de publicação póstuma são o ensaio mais avançado da história da medicina peruana que a aproxima da compreensão clínica global obtida, por um lado, por Hirsch (1883), e, de outro lado, por Ward (1877), cada um deles coroamento de uma linhagem de pensamento médico anterior e independente do pensamento peruano e mais avançado que ele;

d) na medicina peruana, o que explica o advento da febre de Oroya, a começar pelo ensaio parisiense de Tasset (1872), é a concepção da verruga peruana como simples dermatose

benigna e apirética, o conceito redutivo tradicional da doença, em Lima, desde a época das teses de Salazar (1858) até a época da experiência de Carrión;

e) o conceito redutivo da verruga é também a explicação da origem da autonomia nosográfica da febre e Oroya de Tasset (1872) e de seus herdeiros Brown (1873) e Pancorvo (1875);

f) o conceito redutivo da verruga é, ainda, a explicação epistemológica (o que não exclui uma abordagem de outra natureza, sobretudo política) do parecer da comissão da faculdade de medicina de Lima, em 1871, sobre os acontecimentos patológicos dos trabalhadores da estrada de ferro para Oroya como não sendo outra coisa que paludismo, enquanto Bourse (1876) dirá que ocorreu, isso sim, uma epidemia de verruga peruana;

g) nos *Apontamentos sobre a verruga peruana*, Carrión conseguiu vencer todas as reduções do conceito da verruga, exceto o que restringe as possibilidades do risco de morte da doença e, nesse sentido, o conceito redutivo da doença é uma condição preliminar epistemológica parcial da inoculação de Carrión;

h) em consequência do tópico anterior (g), o conceito redutivo da verruga peruana é uma razão parcial de um risco de morte não previsto por Carrión (o estudante assumiu o risco da inoculação, com base numa concepção restritiva sobre os maiores perigos da doença) e, por analogia, da não compreensão da morte dos trabalhadores da estrada de ferro para Oroya, à época dos acontecimentos (a comissão da Faculdade de Medicina de Lima subestimou o problema tomando-o por paludismo);

i) em Basadre, em 1873, em Salazar e naqueles que tomaram seu partido, nos debates de 1875, e nas *Notas do experimento* de Carrión, a febre de Oroya foi utilizada de maneira estratégica para confrontação e amplificação do conceito redutivo de verruga;

j) com o nascimento da narrativa tradicional da doença de Carrión, a febre de Oroya será tomada em uma nova estratégia, não mais para confrontar o conceito redutivo da verruga, mas para salvar o experimento de Carrión e para utilizar o elogio do gesto do estudante para fazer o elogio da medicina peruana, escamoteando, com isso, os insucessos dos esforços contra o conceito redutivo da verruga e a relação disso com a morte de Carrión e com a dos trabalhadores do caminho da estrada de ferro para Oroya;

k) o esforço limenho para manter o dualismo fundamental, pressuposto pela doutrina unicista, tornou-se programático no período 1886-1913, quando um dos conceitos contidos no nome ‘febre de Oroya’, a síndrome autônoma do ciclo evolutivo da doença (a síndrome de Odriozola, 1898) esteve na raiz da primeira descoberta microbiológica, a complicação

paratifoide típica da doença de Carrión, o que equivale a dizer que a primeira descoberta, na história da doença, ocorreu pela oposição de Tamayo (1905) à contradição interna da doutrina unicista;

l) a supressão de um dos usos da febre de Oroya, pela descoberta da complicação paratifoide, não conduziu à desapareição definitiva deste nome do campo do saber da doença; ao contrário, o dualismo fundamental da doutrina unicista limenha foi retomado por Arce (1913d), pela tentativa de dar uma nova vida a seu antigo (Arce, 1889) conceito da doença;

m) à chegada da comissão de Harvard ao Peru, em 1913, o dualismo fundamental da doutrina unicista estava em pleno vigor.

Embora a presente tese doutoral não faça a análise da descoberta do agente da doença de Carrión, tema que exigiria retomar os anos 1898 a 1913, em outra investigação, a análise que se conseguiu levar a cabo é suficiente para não mais aceitar, como hipótese de investigação da descoberta do agente da doença, a ideia de valor epistemológico principal da narração histórica atual da doença de Carrión, segundo a qual a verdade clínica da doutrina unicista limenha foi o fundamento da verdade microbiológica atualmente reconhecida.

Esta ideia tornou-se inaceitável, depois do trabalho aqui empreendido, porque a doutrina unicista limenha é a fonte de uma dialética dualista, na concepção da doença.

A tese termina, assim, com a abertura de uma nova problemática para uma possível futura pesquisa sobre a descoberta da etiologia da doença de Carrión. A tese produziu uma reserva crítica em relação à narração histórica tradicional da doença em sua forma atual, aquela que foi dada por Rebagliati (1940). Deste vem uma ideia aparentemente simples: se a medicina limenha sempre defendeu a ideia de unicidade, o dualismo da comissão de Harvard foi por ela inventado e é seu erro. Então, segundo esta linha de pensamento, a vitória atual da doutrina unicista é a vitória da medicina peruana. Com o trabalho que aqui se encerra, esta ideia encontra-se colocada sob a seguinte suspeita: o dualismo etiológico e nosográfico entre a *bartonellosis* humana (também chamada de febre de Oroya pela primeira comissão de Harvard, em 1913) e a verruga peruana, proposta por Strong *et al.* (1913 e 1915) não tem por um de seus fundamentos necessários o dualismo da doutrina unicista limenha?

Referências

a) Fontes

- ACHARD, C. *et al.* (1896a). Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth *et* des bacilles paratyphiques. In: *Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie*, vol. XLVIII, tomo 3, série 2, p. 940-2.
- ACHARD, C. *et al.* (1896b). Infections paratyphoïdiques. In: *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, série 3, vol. XIII, p. 820-33
- ACHARD, C. *et al.* (1896c). Sur l'agglutination du bacille d'Ebert *et* des bacilles paratyphiques. In: *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, série 3, tomo 01, n. 95, 26 de novembro de 1896, p. 1138.
- ACHARD, C. (1915). Quelques observations de fièvres paratyphoïdes. *Annales de médecine*, vol. II, (julho), p. 315-44.
- AITKEN, Willian (1866). Dengue, or dandy fever. In: REYNOLDS, J. Russell (org.). *A system of medicine*. London: Macmillan, 1866, Vol. I (General Diseases), p. 358-69.
- AITKEN, Willian (1868a). *The Science and practice of medicine*. Second american, from the fifth, enlarged revised, London edition (with additions by Meredith Clymer). Philadelphia: Linday & Blakiston, 1868, vol. I.
- AITKEN, Willian (1868b). Étude sur la fièvre courbaturale, ou dengue. In: *Archives de médecine navale*, n. 09, p. 278-90 (Trad. por H. Rey).
- ALCEDAN, Mariano (1886). Enfermedad de Carrión. In: *La Crônica Médica*. Vol. III, n. 34, de 31 de outubro, p. 381-391

- ANÔNIMO (1875a). Sesión del 3 de setiembre de la Sociedad médica (Editorial). In: *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 21, 4 de setiembre, Lima, p. 165-6.
- ANÔNIMO (1875b). Sesión del 15 del corriente de la Sociedad de medicina (Editorial). In: *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 23, 18 de setiembre, Lima, p. 181.
- ANÔNIMO (1885a). Variedades. La Verruga. In: *El Monitor Médico*, vol. I, n. 7, 1º. de setiembre de 1885, p. 140.
- ANÔNIMO (1885b). Concurso sobre a verruga peruana. Sección Editorial. In: *El Monitor Médico*. Vol. I, n. 9, 1º. de outubro, p. 161-2.
- ANÔNIMO (1885c). Daniel A. Carrión. Sección Editorial. In: *El Monitor Médico*. Vol. I, n. 9, 1º. de outubro, p. 162-3.
- ANÔNIMO (1885d). La verruga. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, tomo 22, série 2, n. 52, 25 de dezembro de 1885, p. 843.
- ANTUNEZ, Damaso D. (1890). Verruga peruana o enfermedad de Carrion. In: *La Crónica médica de Lima*, vol. VII, n. 83, 30 de novembro de 1890, p. 290 a 305.
- ARCE, Julian (1889). Fiebre de la Oroya. In: *La crónica médica*, vol. VI, p. 233 e seguintes. Lima.
- ARCE, Julian (1913a). Apuntes sobre la enfermedad de Carrion In: *La Crónica médica*, vol. XXXI, p. 325-36
- ARCE, Julian (1913b). Algunas consideraciones sobre la hematología clínica de la fiebre grave de Carrion. In: *La Crónica médica*, vol. XXXI, p. 430-7.
- ARCE, Julian (1913c). La anemia de la fiebre grave de Carrión. Estudio comparado con otras anemias: su mecanismo. In: *La Crónica médica*, vol. XXXI, p. 438-47.
- ARCE, Julian (1913d). Algunas consideraciones sobre las infecciones bacterianas que complican y agravan la fiebre grave de Carrion. In: *La Crónica médica*, vol. XXXI, n. 600, p. 501-20.
- ARCE, Julian (1918). Lecciones sobre la verruga peruana o ‘enfermedad de Carrión’ (Catedra de enfermedades tropicales. Curso de 1917). In: *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo I, p. 21-55.

- AVENDAÑO, Leonidas (1885). Daniel A. Carrión. In: *La Crónica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p. 396-401.
- BARRIOS, Manuel C. (1875), Púrpura palúdica. In: *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 24, p. 189-91.
- BARTON, Alberto (1898). Investigation del hematozoário de Laveran y del bacilo de Eberth en la fiebre tifo-malaria. *Anales médicos gaditanos Cádiz*, vol. XVII, p. 151-158.
- BARTON, Alberto (1901). El germen patógeno de la enfermedad de Carrión. Tesis presentada para optar el grado de bachiller en la Facultad de Medicina. In: *La crónica médica*, vol. XVIII, n. 301, p. 193-203; n. 302, p. 210-6.
- BARTON, Alberto (1911). A propósito del empleo del '606' en la verruga. In: *Gaceta de los Hospitales*, vol. IX, fasc. 167, p. 232-6.
- BARTON, Alberto (1912). No hay verruga en Matucana. In: *La Prensa*, 21 de abril de 1912 (Lima).
- BARTON, Alberto (1914). La enfermedad de Carrión y las infecciones similtíficas; su diferenciación. In: *La Crónica Médica*, vol. XXXI, p. 37-47
- BASADRE, Enrique C. (1885). Verrugas: historia clínica del quinto exámen profesional. Año de 1873. In: *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p. 409-11.
- BAYLE (1869). *Essai sur les causes des fièvres paludéennes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- BEAUGRAND, E. *et al.* (1849). Typhoïde, fièvre (verbete). Typhus, path. (verbete). In: BEAUDE, Jean-Pierre (org.). *Dictionnaire de médecine usuelle*, tomo II (I-Z). Paris: Didier, p. 900-5.
- BEAUMANOIR (1890). Contribution a la géographie médicale. Divison navale de l'Océan Pacifique (1888-1890). In: *Archives de médecine navale*, n. LIV, p. 230-35.
- BEAUMANOIR (1891). De la verruga. In: *Archives de médecine navale*, n. LV, p. 5-35.
- BELLO, Eduardo (1895). Caso de verruga meníngea. In: *La Crónica Médica*, vol. XII, p. 106-8.
- BIFFI, Ugo *et al.* (1904) Sobre um caso de 'Enfermedad de Carrión' com verrucomas supurados. In: *La Crónica Médica*. Vol. XXI, n. 379, p. 285-295.
- BIFFI, Ugo (1908). Verruga peruviana und 'schweres Fieber Carrions'. *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene*, vol. xii, p. 1-11 (Leipzig).

- BORDIER, Arthur (1880). Notes de pathologie exotique. Le bouton de Biskra et la verruga (bouton des Andes). In: *Archives de médecine navale*, vol. XXXIII, p. 382-388.
- BORDIER, Arthur (1884). *La géographie médicale*. Paris: C. Reinwald.
- BOULLET, J.-F.-A. (1864). *Sur les causes des fièvres intermittentes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- BOUDIN, J.-C.-M. (1842). *Traité des fièvres intermittentes, rémittentes et continues, des pays chauds et des contrées marécageuses*. Paris: Germer-Baillièere e Brockhaus et Avenarius.
- BOURSE, F. (1876). Contributions a la géographie médicale. (Suite 1). Quelques mots sur la verruga. In: *Archives de médecine navale*, n. 25, p. 353-68.
- BROUSSAIS, F. (1803). *Recherches sur la fièvre hectique*. Méquignon, Paris, 1803.
- BROWNE, J. M. (1872-3). Verrugas and Oroya fevers. In: *Transactions of the session of the Medical Society of the State of California*, p. 173-182.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875a). Ata de la sesion del 13 de Setiembre de 1875. In: *La Gaceta Médica*, Vol. I, n. 23, p. 181-3.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875b). Ata de la sesion del 15 de Setiembre de 1875. In: *La Gaceta Médica*, Vol. I, p. 198-9.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875c). De los distintos efectos de la malaria. In: *La Gaceta Médica*, Vol. I, p. 150-3.157-9.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875d). De los distintos efectos de la malaria (Duplica). In: *La Gaceta Médica*, Vol. I, p. 206.214-6.222-4.
- BUTLER, Almenara. (1885). Las exequias de Daniel A. Carrión. In: *La Crónica Médica*, Vol. II, n. 22, p. 435-6.
- CAMPODÓNICO, E. (1895) Caso interesante de verruga peruana o verruga infecciosa. *La Crónica Médica*, vol. XII, n. 147, p, 43-44.
- CASTAN (1864). *Traité élémentaire des fièvres*. Paris: Asselin; Montpellier: Coulet.
- CASTELNAU, H. de (1841). *Recherches sur l'inoculation appliquée a l'étude de la syphilis*. Paris: Méquignon-Marvis Fils.
- CASTILLO, Juan C. (1894) Verruga peruana. In: *La Crónica Médica*, Vol. XI, n. 259; p. 275.289.305.

- CASTAN, Alfred (1864). *Traité élémentaire des fièvres*. Paris: Asselin; Montpellier: Coulet.
- CHASTANG, L. (1897), La verruga du Pérou ou maladie de Carrion. *Revue et analyse de quelques travaux récents des médecins péruviens*. In: *Archives de Médecine Navale*, n. LXVIII, p. 417-34.
- CHÁVEZ, Evaristo M. (1887). *Anemia perniciosa*. Lima: Imprenta y librerías de Benito Gil (tese).
- CHERVIN, N. (1842). *De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéennes, de différents types, a l'occasion de deux mémoires de M. de Dr. Ruz, sur la fièvre jaune qui a régné a la Martinique de 1838 a 1841; et de l'urgence d'abolir les quarantaines relatives a cette Maladie*. Rapport fait à l'Académie royale de médecine. Paris: J.-B. Baillières.
- COLIN, Léon (1878). De la fièvre typhoïde palustre. In: *Archives générales de médecine*, série 7, n. 01, p. 276-88.424-41.
- COLIN, Léon (1879). *Traité des maladies épidémiques: origine, évolution, prophylaxie*. Paris: J.-B. Baillière et fils.
- CORRE, Armand (1887). *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris: Octave Doin.
- COSTER, Jaques. *Dictionnaire de santé ou vocabulaire de médecine*. Paris: Gabon, 1829.
- COTHOLENDY (1873). Dengue. Epidémie à Saint-Denis (Réunion) pendant les mois de février, mars, avril et mai 1873. In: *Archives générales de médecine*, série 6, n. 22, p. 725-35.
- COUTANCEAU (1837). Fièvre hectique (verbete). In: ADELON *et al.* *Dictionnaire de médecine ou répertoire general des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique*. Paris: Béchét jeune, 1937, 2^a. ed., tomo 15, p. 86-93.
- DEBAY, A. (1846). *De la fièvre typhoïde et de sa guérison*. Nouvelle littéraire et médicale. Paris: Moquet.
- DELENTE, Paul-Émile (1869). *Contagion observée dans le typhus et dans la fièvre jaune ou typhus amaril*. Paris: A. Parent. (tese)
- DOCUMENTOS oficiales relativos á Daniel A. Carrión (1885). In: *La Crônica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p. 401-6.

- DOUNON, Paul-Louis-Victor (1871). Étude sur la Verruga, Maladie endémique dans les Andes Péruviennes. In: *Archives de médecine navale*. Vol. XVI, p. 255-310.
- DUNKLEY, William W. (1872). Clinical observations on the dengue fever of India. In: *The British medical journal*, 5 de outubro de 1872, p. 378-9.
- EBERTH, Carl Joseph (1880): Die Organismen in den Organen bei Typhus abdominalis. *Virchows Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für Klinische Medizin* (Berlin), vol. LXXXI, p. 58-114.
- EDER, M. D. (1906). Verruga peruana. *The journal of tropical medicine*, vol. IX, n. 14, p. 213-215 (London).
- FABRE *et al.* (1850) *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers ou traité complet de médecine et de chirurgie pratiques*, par une société de médecins, sous la dir. du Dr. Fabre. Paris: Germer Baillière, 1850, tomo 4 e 6.
- FIRTH, R. H. (1905). Verruga (verbete). In: ALLBUTT, Thomas Clifford (org.) *System of medicine*. London: Macmillan & Co., vol. II, p. 496-500.
- FLEURY (1863). Typhus et fièvre jaune. In: *L'Union médicale*, vol. VIII, p. 457-66.
- FLINT, Austin (1854). *Résumé de recherches cliniques sur la fièvre continue, la dysenterie, la pleurésie chronique et sur les variations du ton dans les sons fournis par la percussion et par l'auscultation*. Paris: Hector Bossange et fils, J.-B. Baillière.
- FOURNIER, A. (1874a). Contributions a la géographie médicale. Station navale de l'Océan Pacifique. Renseignements recueillis pendant la campagne de la frégate *La Flore* (1870-1872). In: *Archives de médecine navale*, Vol. XXII, p. 145-165.
- FOURNIER, Alfred (1874b). Inoculation (verbete). In: JACCOUD (1874). *Nouveau dictionnaire de médecine, de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte*. Paris: J.B. Baillière, Tomo 19, p. 105-38.
- GALINDO, Federico (1875). De la fiebre perniciosa complicada com la fiebre tifoidea. *La Gaceta Medica*. Vol. I, p. 86-7.
- GAUTIER DE CLAUBRY, C. E. S. (1838). Mémoire en réponse a cette question: 'Faire connaître les analogies et les différences qui existente entre le typhus et la fièvre typhoïde dans l'état actuel de la science'. In: *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, tomo 7, deuxième Partie. Mémoires, p. 157-84.

- GRISOLLE, A. (1850). *Tratado elemental y practico de patologia interna*. Trad. do francês. Madrid: Gaspar y Roig; Paris: Francisco Brachet, tomo II.
- HALLOPEAU, H. (1893) *Traité élémentaire de pathologie générale comprenant la pathogénie et la physiologie pathologique*. Paris: J.-B. Baillière, 4a. ed.
- HEWLETT, Albion Walter (1902). Report of a case of paratyphoid fever. In: *The American journal of the medical sciences*, vol. 124, n. 2 (agosto), p. 200-8.
- HILL, Hibbert Winslow (1903). A note on paratyphoid fever from the public health standpoint. In: *Journal of the Massachusetts Association of Boards of Health*, vol. 13, n. 1 (abril), p. 14-24.
- HILDENBRAND, Johann Valentin de (1811). *Du typhus contagieux*. Paris: Crochard.
- HIRSCH, August (1860). *Handbuch der historish-geographischen Patologie*. Erlangen: Ferdinand Enke, vol. I.
- HIRSCH, August (1883). *Die chronischen Infections- und Intoxications-Krankheiten*, parasitäre Wundkrankheiten und chronische Ernährungs-Anomalieen von Historisch-Geographischen Standpunkte und mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie. (Bearbeitet). Stuttgart: Ferdian Enke.
- HIRSCH, August (1885). *Handbook of geographical and historical pathology*. Vol. II. Chronic infective, toxic, parasitic, septic and constitutional diseases. (Traduzido da segunda edição alemã por Charles Creighton). London: The new Sydenham Society (vol. CXII).
- HUTCHINSON, Thomas Joseph (1873). *Two years in Peru, with exploration of its antiquities*. London: Sampsn Low, Marston, Low, & Searle.
- IRUJO, Manuel (1890). *Fiebre tifo-malaria*. Lima: Imprenta y Librerías de Benito Gil. (tese).
- IZQUIERDO, V. (1885) Spaltpilze bei der 'Verruga peruana'. In: *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin*, Vol. XCIX, p. 411-418. Trad. para o espanhol: Microbio de la Verruga Peruana. in: *La Crónica Médica de Lima*, Vol. II, Tomo II, 1885, p. 469 a 472.
- JOHNSTON, William B. (1902). Paratyphoid fever; report of four cases; analysis of all reported cases. In: *The American journal of the medical sciences*, vol. 124, n. 2 (agosto), p. 187-200.

- KELSCH, A. (1880), Contribution a l'histoire des maladies palustres. De la melanemie. In: *Archives générales de médecine*, série 7, n. 6, p. 385-413.
- LANSIER (1861). *De l'étiologie des fièvres intermittentes*. Paris: Rignoux. (Tese)
- LA PUENTE, Ignacio (1885). *El Campeon* (6 de outubro). Lima.
- LA PUENTE, Ignacio *et al.* (1885). Documentos oficiales relativos á Daniel A. Carrión. In: *La Crónica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p. 401-3.
- LARREA Y QUESADA, Agustín. (1887). Contribución al estudio de la verruga peruana. *La crónica médica*, vol. IV, p. 391-398. Lima.
- LASÈGUE, C. *et al.* (1872), Index bibliographique. In: *Archives générales de médecine*, série 6, n. 20, p. 510-1.
- LAVERAN, Charles Louis Alphonse (1870). Antagonisme (Verbete). In. Dechambre, A. (org.) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, série 1., tomo 5. Paris: G. Manson e P. Asselin, p. 229-45.
- LAVERAN, Charles Louis Alphonse (1881). *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre*. Paris: J.-B. Baillière.
- LE ROY DE MÉRICOURT, Alfred. (1864) Veruga. Note de la Rédaction. In: Contributions a la Géographie médicale. Station de l'Océan Pacifique (continuação). In: *Archives de Médecine Navale*, n. 2, p. 191-194.
- LETULLE, Maurice (1898). Histologie pathologique des verrugas cutanées. In : ODRIOZOLA, E. *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne*, Paris: G. Carré e C. Naud, 1898, p. 201-10.
- LITTRÉ, É. (1835). Dothiéntenterie (verbete). In: ADELON *et al.*, *Dictionnaire de médecine ou répertoire general des sciences médicales considérées sous le rapport théorique et pratique*. Paris: Béchet jeune, 1835, 2^a. ed., tomo 10, p. 427-91.
- LITTRÉ, Émile *et al.* (1873). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent*. Paris: J.-B. Baillière. 13^a ed.

- LONGCOPE, Warfield (1902). Paracolon infection, together with the report of a fatal case, with autopsy. In: *The American journal of the medical sciences*, vol. 124, n. 2 (agosto), p. 209-17.
- MACEDO, José Mariano (1885a). Las exequias de Daniel A. Carrión. In: *La Crónica Médica*, Vol. II, n. 22, p. 435.
- MACEDO, José Mariano (1885b). Verruga peruana. Seccion Editorial. *El monitor médico*. Vol. I, n. 10, p. 181-2.
- MAHE, J. (1879) Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des maladies des pays chauds. In : *Archives de médecine navales*. n. 31, p. 434-43.
- MALO, Nicolás (1885). Verruga peruana. Tesis presentada a la Universidad de Chile, el día 2 de noviembre de 1852. In: *La crónica médica*, vol. XII, n. 157, p. 201-11.
- MANSON, Patrick (1898). *Tropical Diseases. A manual of the diseases of warm climates*. New York: William Wood.
- MANSON, Patrick (1900). *Tropical Diseases. A manual of the diseases of warm climates*. London, Paris, New York e Melbourne: Cassell and Company.
- MATTO, David (1886). Discurso. In: *La Cronica médica*. Vol III, n. 34, p. 377-88. Reimpresão in: Valdizán, H. & Bambaren, Carlos A. *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana*. Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion. Lima: Sanmarti, 1921, p. 87- 95.
- MEDINA, Cassimiro *et al.* (1885). Contestación al Dr. Ignacio La Puente por los condiscípulos de Daniel A. Carrión. In: *El Campeón*. Lima, 8 de outubro de 1885.
- MEDINA, Cassimiro *et al.* (1886). *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión*, estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima: Imprenta del Estado.
- MEDINA, Cassimiro (1888). Homenaje a Carrión. In: *La Crónica Médica*, p. 223.
- MESTANZA, Enrique (1885). Hospital de San Bartolomé. Servicio del Dr. Tomás Salazar. Fiebre de la Oroya ó de verruga. Historia recojida por el alumno E. Mestanza. In: *El monitor medico*, tomo I, 1º de dezembro de 1885, p. 261-3.

- MIMBELA, Pablo S. (1897). La Curva Termica de la enfermedad de Carrión. In: *La Crónica Médica*, vol. XIV, p. 357-365.
- MONTAULT, I.-J.-H. (1838). Mémoire en réponse a cette question: 'Faire connaître les analogies et les différences qui existe entre le typhus et la fièvre typhoïde dans l'état actuel de la science'. In: *Mémoires de l'Académie Royale de Médecine*, tomo 7, deuxième Partie. Mémoires, p. 185-410.
- NEGRO, A. C. (1860) ¿Hay fiebres palúdicas? In: *El Siglo médico*, vol. VII, p. 342-3.
- NETTER, A. (1856). *Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus*. Paris, Strasbourg: Veuve Berger.
- NICOLLE, Charles (1898). Notes sur la Bactériologie de la Verruga du Pérou. *Annales de l'Institut Pasteur*, vol. 12, p. 591-598.
- NIELLY, Maurice (1881). *Eléments de pathologie exotique*. Paris: A. Delahaye.
- NYSTEN, Pierre Hubert *et al.* (1833). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*. Paris: J. S. Chaudé; Montpellier: Sévalle.
- NYSTEN, Pierre Hubert *et al.* (1855). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, des sciences accessoires et de l'art vétérinaire*. Paris: J.-B. Baillière. 10^a ed.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1898). *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne*. Paris: G. Carré e C. Naud.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1906). In: *Gaceta de los Hospitales Lima*, p. 92.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912a) Enfermedad de Carrion. Conferencia dada por el Decano y Catedrático de Clínica Médica, de la Facultad de Medicina en honor de los delegados al III Congreso de Estudiantes Americanos. In: *La Crónica Médica*, vol. XXIX, n. 566, p. 571-577
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912b) Enfermedad de Carrion. II Leccion (6 de mayo de 1912). In: *La Crónica Médica*, vol. XXIX, n. 572, p. 651-7.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912c) Enfermedad de Carrion. III Leccion (13 de mayo de 1912). In: *La Crónica Médica*, vol. XXIX, n. 575, p. 691-96.
- PANCORVO, Nicanor (1875). Fiebre de la Oroya. In: *La Gaceta Médica*, Año I, n, 21, p. 167-169, de 04 de setembro de 1875.

- PATRON, Pablo (1885). Púrpura palúdica. In: *La Crónica Médica*, vol. II, n. 23, de 30 de noviembre de 1885.
- PATRON, Pablo (1889). La verruga de los conquistadores. In: *La Crónica Médica de Lima*, p. 101-105.
- PATRON, Pablo (1894). La enfermedad mortal de Huayna Capac. In: *La Crónica Médica de Lima*, Vol. XI, p. 179-183.
- REQUIN, Achille-Pierre (1851). *De la spécificité dans les maladies*. Thèse pour le concours de pathologie médicales a la Faculté de Médecine de Paris. Paris: Bermer Baillièrè.
- PERRIN (1854). Note statistique sur la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la vaccine et la variole. Paris: Félix Malteste.
- PLEHN, A. (1905). Die akuten Exantheme. In: MENSE, Carl. *Handbuch der Tropenkrankheiten*, Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1^a. ed., vol. II, p. 434-441.
- POUJOL, Félix-André-Augustin (1857). *Dictionnaire de médecine-pratique et des sciences qui lui servent de fondements*. Paris: J.-P. Migne.
- PUYSSÉGUR, Marc-François-Bertrand (1898). *De la verruga ou maladie de Carrion*, Bordeaux: Paul Cassagnol. (tese).
- QUIROGA, José Maria (1875). Fiebres perniciosas de los niños, em la presente estacion, tratadas por inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. In: *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 10, p. 70-2.
- RAIMONDI, Antonio (1874). *El Perú*. Tomo I, Parte Preliminar. Lima: Imprenta del Estado.
- REY, H. (1886) Daniel Carrion et la verruga. *Archives de médecine navale*, n. 45, p. 378-383.
- RHO, Filippo (1897). *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- RICKLIN, E. (1885) Revue des journaux de médecine. Bactériologie. In: *Gazette médicale de Paris: journal de médecine et des sciences accessoires*, série 7, n. 02, p.390-2.
- RIDREAU (1868). De la chaleur atmosphérique comme cause des fièvres d'accès des pays chauds et de l'Algérie en particulier. In: *Recueil de mémoires de médecine de chirurgie et de pharmacie militaires*, vol. XXI, série 3, p. 97-129; 273-89.
- RIOS, José A. de los (1888). In: *La Crónica Médica de Lima*, Año V, n. 58, p. 376-79.

- ROCHARD, Jules (1871), Étude synthétique sur les maladies endémiques. In: *Archives de médecine navale*. T. 15, p. 257-343.
- SALAZAR, Tomas (1858). Historia de las verrugas. *Gaceta Médica de Lima*, Vol. II, Tomo II, n. 38, p. 161-164, 175-178. (tese)
- SCHEUBE, B. (1896). *Die Krankheiten der warmen Länder*. Ein Handbuch für Ärzte. Jena: Gustav Fischer.
- SCHEUBE, B. (1900). *Die Krankheiten der warmen Länder*. Ein Handbuch für Ärzte. Zweite umgearbeitete Auflage. Jena: Gustav Fischer.
- SMART, William R. E. (1877). On dengue or dandy fever. In: *The British medical journal*, 31 de março de 1877, p. 382.
- SMITH, Archibald (1840). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (I. Diseases of the Coast). In: *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. LIII, n. 143, p. 298-340.
- SMITH, Archibald (1841). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (I. Diseases of the Coast continued. Diseases of nervous system.). In: *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. LVI, n. 148, p.152-82; n. 149, p. 390-401.
- SMITH, Archibald (1842). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (III. Diseases of the Intermediary Valleys of Peru). In: *Edinburgh Medical and Surgical Journal*. Vol. LVIII, n. 152, p. 59-71.
- SMITH, Archibald (1855). Rise and Progress of Yellow Fever in Peru. *The Edinburgh medical and surgical Journal*, Vol. LXXXII, n. 203, 1º de Abril, p. 165-204.
- SMITH, Archibald (1857) Typhoid fever in the Andes. *Medical times and Gazette*, October 10, p. 382.
- SMITH, Archibald (1858a). Verruca-andicola. *The medical times and gazette*. Vol. XVII, p. 280-281, London.
- SMITH, Archibald (1858b). The geography of diseases in the climates of Peru. In: *The Edinburgh new philosophical Journal*, vol. VII (nova série), p. 43-62. Tradução para o espanhol por L. Villar: Geografia de las enfermedades en los climas del Peru. In: *Gaceta*

- Médica de Lima*, 1858, vol. II, tomo II, n. 41.42.43.44.45, p. 202-3.216-9.232-4.248-50.261-6.
- STRONG, Richard P. *et al.* (1913) Verruga peruviana, Oroya fever and uta. Preliminary report of the first expedition to South America from the Department of Tropical Medicine of Harvard University. *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXI, n. 19 p. 1713-6.
- STRONG, Richard P. *et al.* (1915). *Report of the first expedition to South America*. Cambridge: Harvard University Press.
- TAMAYO, M. O. (1905). Apuntes sobre la bacteriología de la enfermedad de Carrión. In: *La Crónica Médica*, vol. XXII, n. 406, p. 335-344; n. 407, p. 349-59.
- TAMAYO, M. O. (1906). Um ensayo de vacunación contra los tifosímiles de la verruga febril. In: *La Crónica Médica*, vol. XXIII, n. 427, p. 295-305.
- TAMAYO, M. O. *et al.* (1906). El hemoliso-diagnostico em la fiebre grave de Carrión. In: *La Crónica Médica*, vol. XXIII, n. , p. 327-332.
- TAMAYO, M. O. *et al.* (1907). Un ensayo de clasificacion de los similtificos de la verruga febril. In: *La Crónica Médica*, vol. XXIV, n. 453, p. 321-32.
- TASSET, Charles (1869). *De la fiebre amarilla en el Perú. Consideraciones prácticas sobre su naturaleza y su curacion*. Lima: A. Alfaro y Ca.
- TASSET, Charles (1872). Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes pernicieuses paludéennes, et la verrue péruvienne. In: *Le Moniteur Scientifique*, Paris, Tomo IV, p. 451-469. También em A Paris: Delahaye (mesmo ano e título).
- TROUSSEAU, D. M. P. (1826). De la maladie à laquelle M. Bretonneau, médecin de l'hôpital de Tours, a donné le nom de dothinentérie, ou dothinentérite. In: *Archives générales de médecine*, série 1, n. 10, p. 67-78.169-216.
- TROUSSEAU, Armand (1868). *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*. Paris J.-B. Baillière et fils, tomo 1.
- TSCHUDI, J. J. von. (1845) Die Verugas. Eine in Peru endemische Krankheit. In: *Archiv für physiologische Heilkunde*. Vol. IV, p. 378-390. Stuttgart.

- TSCHUDI, J. J. von. (1846) *Peru, Reiseskizzen aus den Jahren 1838-1842*. St. Gallen: Verlag Scheitlin und Zollikofer, vol. I (2 volumes).
- TSCHUDI, J. J. von. (1847) *Travels in Peru during the years 1838-1842, on the coast, in the sierra, across the cordilleras and the Andes, into the primeval forests*. Trad. Thomasina Ross. London: David Bogue.
- TSCHUDI, Johann Jakob von (1872). Die Verrugakrankheit in Peru. In: *Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. XXII, p. 245-250.
- TSCHUDI, Johann Jakob von (2003). *El Perú*. Esbozos de viajes realizados entre 1838 y 1842. Trad. do alemão por Peter Kaulicke. Lima: Fondo Editorial - Pontificia Universidad Católica del Perú.
- TWEEDIE, A. (1859) Exanthemata (verbete). In: FORBES, John *et al.* *The cyclopaedia of practical medicine*. Philadelphia: Blanchard and Lea, Vol. II, p. 112.
- VELEZ, Armando (1861). Anatomia Patológica de las verrugas. Tesis sostenida por el alumno Armando Velez para obtener el grado de Bachiller en medicina bajo la precidencia del Dr. Don Manuel Odriozola el 11 de mayo de 1861. In: Tesis 609. Lima: Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de S. Marcos. (manuscrito).
- VERNOIS, M. (1840). Letter from M. Vernois, n. III (concluded.). The late concours for the chair of internal pathology in the Scholl of Medicine of Paris. In: *The medical examiner*, vol. III, n. 26, Philadelphia, 27 de junho, 1840, p. 425-7.
- VILLAR, Leonardo (1885). Documentos oficiales relativos á Daniel A. Carrión. In: *La Crônica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p.p. 404-6.
- WARD, George A. (1877). Verruga, a disease peculiar to Peru. in: *Transactions of the International Medical Congress of Philadelphia*, p. 685-690.
- WELLS, H. Gideon *et al.* (1904). The pathological anatomy of 'paratyphoid fever': Report of a Fatal Case, with bacteriological findings. In: *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 1, n. 1 (2 de janeiro), p. 72-90.
- WIDAL, Fernand (1904). *Exposé des travaux scientifique*. G. Steinheil, Paris.
- WOODWARD, Joseph Janvier (1863). *Outlines of the chief camp diseases of the United States Armies*. A practical contribution to military medicine. Filadelfia: J. B. Lippincott.

WOODWARD, Joseph Janvier (1876). *Typho-malarial fever. Is it a special type of fever?* Being remarks introductory to the discussion of the question in the section of medicine, International Medical Congress. Washington: Gibson Bros.

b) Bibliografía

ALDANA, Luis G. (1929) *Bacteriología de la Enfermedad de Carrion*. Lima: Universidad Nacional de San Marcos. Facultad de Medicina.

ALDANA, Luis (1948). *Estados biológicos de la bartonella en la enfermedad de Carrion*. Lima: Impr. de la S. de G. J. P.

ALDANA G., Luis Antonio (1949). Contribución al estudio de la complicación salmonellosica en la Enfermedad de Carrión. In: *Revista de la Sanidad de Policía*, vol. IX, p. 9-78.

ALZAMORA Y CASTRO, Victor V. (1940). Enfermedad de Carrión. Ensayo de etiopatogenia. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, vol. XVIII, n. 23, p. 9-50.

BACHELARD, Gaston (1972a). *L'engagement rationaliste*. Paris: Presses Universitaires de France.

BACHELARD, Gaston (1972b). A atualidade da história das ciências. In: *Tempo brasileiro*, n. 28A, janeiro-março 1972, 2ª ed., p. 22- 26.

BASS, JAMES W. *et al.* (1997) The expanding spectrum of Bartonella infections: I. Bartonellosis and trench fever. In: *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 16, n. 1, p. 2-10.

BRUMPT, E. *et al.* (1967) *Travaux pratiques de parasitologie*. Paris: Manson, 7ª. ed. revista.

CANGUILHEM, Georges (1972). O objeto da história das ciências. In: *Tempo brasileiro*, n. 28A, janeiro-março 1972, 2ª ed., p. 7-21.

CANGUILHEM, Georges (1975). *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris: J. Vrin.

- CANGUILHEM, Georges (1980). *La connaissance de la vie*. Paris: J. Vrin, 2a ed. revista e aumentada, 6a. tiragem.
- CANGUILHEM, Georges (2000). *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. Nouvelles études d'histoire et de philosophie des sciences. Paris: J. Vrin, 2ª edição revista e corrigida, 4ª tiragem.
- CANGUILHEM, Georges (2002a). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5ª ed.
- CANGUILHEM, Georges (2002b). *Écrits sur la médecine*. Paris: Seuil.
- CARRASCO REYES, Vicente J. (1988). *La enfermedad del estudiante de medicina Daniel Alcides Carrión*. Relato-interpretación retrospectiva. Escuela Nacional de Salud Pública: Lima.
- CUADRA C., Manuel (1954). La complicación salmonelósica en la bartonelosis aguda (anemia de Carrión). Estudio clínico nosográfico y terapéutico. *Revista Médica Peruana*, vol. XXV, n. 307.
- CUADRA CALLE, Manuel *et al.* (2000). Enfermedad de Carrión: inoculaciones de seres humanos con Bartonella bacilliformis, una revisión. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. LXI, n. 4, p. 289-294.
- CUETO, Marcos (1989). *Excelencia científica en la periferia*. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú (1890 – 1950). Lima: Ed. do autor.
- CUETO, Marcos (1996). Tropical Medicine and bacteriologi in Boston and Peru: studies of Carrión's Disease in the erly Twentieth Century. In: *Medical History*, v. 40, p. 344-64.
- DARMON, Pierre (1999). *L'homme et les microbes*. XVIIe – XXe siècle. Paris: Arthème Fayard.
- DEDET, Jean-Pierre (2007). *La microbiologie, de ses origines aux maladies émergentes*. Paris: Dunod.
- DEHIO, Christoph *et al.* (1997). Interaction of Bartonella henselae with endotelial cells results in bacterial aggregation on the cell surface and the subsequente engulfment and internalisation of the bacterial aggregate by a unique structure, the invasome. In: *Journal of Cell Science*, vol. 110, p. 2141-2154.

- DELAPORTE, François (1989). *Historia de la fiebre amarilla*. Nascimento de la medicina tropical. Paris: Centro d'Études Mexicaines et Centroaméricaines; México: Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- DELAPORTE, François (1990). *Le savoir de la maladie*. Essai sur le choléra de 1832 à Paris. Paris: PUF.
- DELAPORTE, François *et al.* (1998). *Histoire des myopathies*. Paris: Bibliothèque Scientifique Payot.
- DELAPORTE, François (2002a). *Filosofia de los acontecimientos*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- DELAPORTE, François (2002b). *Filosofia de los acontecimientos*. Investigaciones históricas: biología, medicina, epistemología. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- DELAPORTE, François (2003a). *Anatomie des passions*. Paris: PUF.
- DELAPORTE, François (2003b). *A doença de Chagas*. História de uma calamidade continental. Ribeirão Preto: Holos.
- DELAPORTE, François (2003c). *Anatomie des passions*. Paris: Presses Universitaires de France.
- DELAPORTE, Sophie (2003). *Les médecins dans la Grande Guerre 1914-1918*. Paris: Bayard.
- FOUCAULT, Michel (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel (1971). *Nietzsche, la généalogie, l'histoire, Hommage à Jean Hyppolite*. Paris: PUF, p. 145-172.
- FOUCAULT, Michel (1992). *As palavras e as coisas*. São Paulo: Martins Fontes, 6a ed.
- FOUCAULT, Michel (1993). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- FOUCAULT, Michel (1994). La naissance de la médecine sociale. In: *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, vol. III, p. 207-28.
- FOUCAULT, Michel (1998). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5a ed.
- FOUCAULT, Michel (2000). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed. 2a. tiragem.

- FOUCAULT, Michel (2004a). *Naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France. 1978-1979. Paris: Seuil/Gallimard.
- FOUCAULT, Michel (2004b). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 7ª ed. 1ª reimpressão.
- GARCÍA, John *et al.* (2005). Pénfigo crónico benigno familiar (enfermedad de Hailey-Hailey) con bartonellosis (enfermedad de Carrión). In: *Folia dermatológica peruana*, vol. XVI, n. 2, p. 71-4.
- GARCÍA-CÁCERES, Uriel (1972). *Historia crítica de Daniel Carrión y de la medicina de su época*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia (tese de doutoramento).
- GARCÍA-CÁCERES, Uriel *et al.* (1991). Bartonellosis, an immunodepressive disease and the life of Daniel Alcides Carrión. In: *American Journal of Clinical Pathology*, Vol. XCV, n. 4, suplemento 1, p. (s)58-(s)66.
- GARRIDO CHACON, Mercy Mary. (2004) *Características clínicas epidemiológicas de bartonellosis aguda y sus formas graves complicadas en pediatría en el hospital general de Jaen*. Enero 2002-Junio 2004. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (mimeo).
- GONZÁLES R., C. *et al.* (2007) Bartonellosis (fiebre de La Oroya o verruga peruana) ¿Enfermedad ocupacional? In: *Medicina y seguridad del trabajo*. Vol.53, n. 209, 4o. trimestre, dezembro, p. 35-41, Madrid.
- GREUB, Gilbert *et al.* (2002). Bartonella: new explanations for old diseases. In: *Journal of Mededical Microbiology*, vol. 51, p. 915-23.
- HELLER, Ágnes *et al.* (1995). *Biopolítica*. A modernidad y la liberación del cuerpo. Barcelona: Península.
- HENRIQUEZ, César *et al.* (2004) Report of an unusual case of persistent bacteremia by Bartonella bacilliformis in a splenectomied patient. In: *The American Journal of Tropical Mededecine and Hygiene*, vol. 71, n. 1, p. 53-55.
- JACOB, François (1983). *A lógica da vida*. Uma história da hereditariedade. Rio de Janeiro: Graal.
- URTEAGA-BALLÓN, Oscar (1993). Carrión's Disease. In: KIPLE, Kenneth F. (org.). *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge University Press, p. 631-5.

- KORDICK, Dorsey L. *et al.* (1997). *Bartonella clarridgeiae*, a newly recognized zoonotic pathogen causing inoculation papules, fever, and lymphadenopathy (Cat Scratch Disease). In: *Journal of clinical microbiology*, vol. 35, n. 7, p. 1813-18.
- LASTRES, Juan B. (1957). *Daniel A. Carrión*. Lima: s/casa editorial.
- LASTRES, Juan B. (1959). Un enfuerzo poco conocido en la historia de la Verruga, Dr Ricardo Espinal. *Anales de la Facultad de medicina*, tomo 42, n. 2, segundo trimestre, p. 206-12.
- LECOURT, Dominique (org.) (1999). *Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences*. Paris: PUF, 4ª ed. revista e aumentada.
- LECOURT, Dominique (org.) (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: PUF.
- LE GOFF, Jacques (1998). *A história nova*. São Paulo: Martins Fontes, 4ª ed.
- MACHADO, Roberto (1982). *Ciência e saber: a trajetória da Arqueologia de Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- MACKEHENIE, Daniel (1935). La verruga peruana y la familia tifo-exantemática. In: *Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*, tomo XVIII, n. 2, 4º trimestre, p. 245-333.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino. (1993) *Estudio clínico de 145 casos de Bartonellosis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1969-1992..* Universidad peruana Cayetano Heredia. Escuela de postgrado 'Victor Alzamora Castro' (tese de doutorado). Lima (mimeo).
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino (1998). *Bartonellosis o enfermedad de Carrión: Nuevos aspectos de una vieja enfermedad*. Lima: A.F.A. Editores Importadores.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino *et al.* (2000). Bartonellosis new and old. In: *Infectious disease clinics of North America*, vol. XIV, n. 1, p. 1-22.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino *et al.* (2008). Actualización de la enfermedad de Carrión. In: *Rer. Med. Hered.*, vol. XIX, n. 1, p. 36-41.
- MATALLANA, Gustavo Delgado (2001). *Daniel Alcides Carrión. Mártir de la medicina peruana. Héroe Nacional. Ley 25342*. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Asociación de Historia de la Medicina Peruana y Parques Conmemorativos.

- MONGE, Carlos (1925). La enfermedad y la muerte de Carrión. In: *Anales de la Facultad de Medicina*. Fascículo extraordinario, p. 86-91.
- MOULIN, Anne Marie (1991) . *Le dernier langage de la médecine*. Histoire de l'immunologie de Pasteur au Sida. Paris: Presses Universitaires de France.
- MURILLO, Juan *et al.* (2002) Daniel Alcides Carrión y su contribución al imaginario cultural de la medicina peruana. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. LXIII, n. 2, p. 57-75.
- PANCHAS CHÁVEZ, Paúl Esteben (2001). *Enfermedad de Carrión (bartonellosis) en el Peru*. Lima: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Salud (INS).
- PESCE, Hugo (1957). Carrión y su positivismo científico. Discurso de orden. In: *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 40, p. 773-84.
- PIÉMONT, Y. (2000). Maladies provoquées par les Bartonella. In: *Annales de Biologie Clinique*, vol. 59, n. 5, p. 593-604 (Dossier: Pathologies émergentes. Journée nationale de la SFBC, 24 novembre, 2000).
- REBAGLIATI, Raul (1923). Observaciones sobre el colibacilo. In: *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. VI, n. 9, p. 157-266.
- REBAGLIATI, Raul (1940). *Verruga peruana (Enfermedad de Carrión)*. Lima: Torres Aguirre.
- REYNAFARJE, César *et al.* (1959). Longevidad de los hematies en la anemia de la enfermedad de Carrion. In: *Anales de la Facultad de medicina*, vol. XLII, n. 1
- REYNAFARJE, César *et al.* (1961). The Hemolytic Anemia of Human Bartonellosis. In: *Blood*, vol. 17, p. 562-78.
- RIBEYRO, Ramón E. (1933), Verruga Peruana y Paratífico B. In: *La reforma médica*, vol. XVI, n. 149, p. 252-262.
- RICKETTS, William E. (1948). Intercurrent infections of Carrion's disease observed in Peru, In: *American Journal of Tropical Medicine*, vol. 28, n. 3, p. 437-51.
- RUSSO, Marisa *et al.* (2006). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso editorial.
- SAETTONE-LEÓN, Arturo (2004). Verruga Peruana. In: *Dermatología Peruana*, vol. 14, n. 2, p. 121-133. Lima.

- SALOMON-BAYET, Claire (1986). *Pasteur et la révolution pastoriennne*. Paris: Payot.
- SOLANO, Luis *et al.* (2004). Estudio de reservorios de *Bartonella bacilliformis*. In: Revista Peruana de Medicina Tropical, vol. IX, n. 1, p. 71-4.
- URTEAGA B., Oscar (1948). Histo-patogenia de la anemia em la verruga peruana. In: Arch. Peruanos Patol. Clin., vol. II, n. 355, p. 355-76.
- URTEAGA B., Oscar *et al.* (1965). Ciclo biológico de reproducción de la *Bartonella bacilliformis* em los tejidos de pacientes de verruga peruana o enfermedad de Carrión. In: Arch. Peruanos Patol. Clin., vol. XIX, p. 1-84.
- VALDIZÁN, Hermilio *et al.* (1921) *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana*. Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion. Lima: Sanmarti.
- VALDIZÁN, Hermilio (1925). Apuntes para la historia de la verruga peruana. In: *Anales de la Facultad de Medicina*. N. extraordinário, 1º. de outubro de 1925, p. 34-44.
- VEYNE, Paul (1995). Foucault revoluciona a história. In: *Como se escreve a história*. Brasília: Editora UNB, 3a. ed., p. 149-98.
- VELASQUEZ ACOSTA, Pablo Maximo. (1999) *Enfermedad de Carrón*: Reflexiones sobre el agente etiológico, fisiopatología, manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas en el niño. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (mimeo).
- WALKER, Stuart T. *et al.* (1981). *Bartonella bacilliformis*: colonial types and erythrocyte adherence. In: *Infection and Immunity*, vol. 31, n. 1, p. 480-6.
- WEISS, Pedro (1933). Contribución al estudio de la verruga peruana o enfermedad de Carrión. *Revista Médica latino-americana*, vol. XVIII, p. 1121-58, Buenos Aires.

**Une histoire de la maladie de Carrión. Clinique et bactériologie
(1842-1913)**

Eduardo SUGIZAKI

**Résumé de thèse doctorale en cotutelle
UFG et UPJV**

Présenté à l'Université de Picardie Jules
Vernes (Ecole Doctorale de Sciences Humaines et
Sociales - Centre d'Histoire des Sociétés, des
Sciences et des Conflits) comme condition partielle
pour l'obtention du titre de Docteur en Philosophie.

Directeurs :

Prof. Dr. Marlon Jeison **SALOMON** (Université Fédérale de Goiás - Programme de Post-
graduation en Histoire – Laboratoire Idées, savoirs et écritures de l' (et dans l') histoire)

Prof. Dr. François **DELAPORTE** (Université de Picardie Jules Verne - Ecole Doctorale de
Sciences Humaines et Sociales - Centre d'Histoire des Sociétés, des Sciences et des Conflits)

Jury du côté brésilien :

Prof. Dr. José **TERNES** (UFG) et Prof. Sandro Kobol **FORNAZARI** (UNIFESP)

Jury du côté français : Prof. Dr. Jean-Claude **DUPONT** (UPJV) ;

Suppléants du Jury : Prof. Dr. Dulce Oliveira Amarantes dos **SANTOS** (UFG) et Prof. Dr.
Fábio Ferreira de **ALMEIDA** (UFG)

Introduction

On conçoit actuellement la maladie de Carrión comme dotée de deux étapes cliniques différentes correspondant à deux localisations du bacille (la *Bartonella bacilliformis*, Strong *et al.*, 1915), dans l'organisme humain. A la présence du parasite à l'intérieur des hématies correspond un processus anémique aigu, avec fièvre, douleurs musculaires et osseuses. Après l'arrêt du parasitisme globulaire, l'agent peut commencer une nouvelle étape reproductive dans les parois des vaisseaux sanguins en produisant une néoformation sous la forme de papules de sang, à la surface de la peau et des muqueuses. Entre les deux étapes est parfois possible une période variable de rémission des symptômes généraux, correspondant à un état stationnaire du parasite. C'est la période intercalaire, après laquelle il peut y avoir de nouveaux cycles reproductifs du bacille avec de nouvelles vagues de répétition du cycle des symptômes de la maladie.

Dans cette compréhension actuelle, les médecins, surtout les péruviens, associent le nom 'fièvre d'Oroya' à la première étape de la maladie et le nom 'verruë' à l'étape éruptive. L'appellation générique de la maladie comme maladie de Carrión contient dans sa signification les deux étapes (fièvre d'Oroya et éruptive selon certains auteurs contemporains) ou encore, pour utiliser l'approche d'autres chercheurs, les deux syndromes.

L'usage du système de nomination en triade s'attache à la narration historique traditionnelle de la maladie. Le pivot de cette narration, construite par les médecins péruviens entre 1885 et 1886, relate ceci : le 27 août de 1885, l'étudiant de la Faculté de Médecine de Lima, Daniel Alcides Carrión, se fait inoculer expérimentalement, du sang extrait d'éruption de la verruë péruvienne et développe conséquemment la fièvre d'Oroya, de laquelle il meurt, le cinq octobre de la même année, démontrant ainsi que les deux maladies sont une seule. Dès octobre 1886, avec la consécration de la vérité de cette narration, la nouvelle unité pathologique passe à recevoir le nom de maladie de Carrión.

A première vue, la conception actuelle consacre la narration historique traditionnelle de la maladie. En fait, il est très facile de constater que la réitération du récit traditionnel est constante, de sa naissance jusqu'à nos jours.

Pourtant, cette narration a été contestée à partir de différents et nouveaux concepts de la maladie et ce, dès 1905. Entre 1913 et 1937, la *Bartonella bacilliformis* a été considérée comme la cause de la fièvre d'Oroya mais pas de la verrue péruvienne, ceci résultant des contrôles expérimentaux de la relation entre la *Bartonella bacilliformis* et les phénomènes pathologiques humains. Trois problèmes ont alors été mis à jour : a) il a été impossible de produire l'éruption caractéristique de la verrue péruvienne par l'inoculation de l'agent référé que ce soit dans l'homme ou dans l'animal; b) l'agent n'a été pas retrouvé dans les hématies des malades de la verrue péruvienne; c) la *Bartonella bacilliformis* n'a été pas retrouvée dans les tissus de l'éruption de la verrue péruvienne.

Tous ces obstacles furent vaincus à la fin des années 1930 et les deux maladies, la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne, ont été unifiées en une seule, la maladie de Carrión, celle produite par la *Bartonella bacilliformis*.

Après ce changement, la narration historique traditionnelle de la maladie est pourtant reprise et ses détracteurs repoussés dans le champ de l'erreur. Toute se passe, chez Rebagliati (1940), Lastres (1957) et leurs successeurs, comme si la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne, avant et après Carrión, avant et après la dichotomie nosologique microbiologique, ont toujours été la même réalité d'une seule maladie. Dès Rebagliati (1940), le rétablissement de l'unité de la maladie n'avait pas dépassé la reconnaissance *a posteriori* de la vérité de la narration traditionnelle.

Néanmoins, la fièvre d'Oroya de l'époque des études bactériologiques, entre 1913 et 1937, c'est la *bartonellosis* humaine, qui n'existait pas avant l'inoculation de Carrión, ni avant la *Bartonella bacilliformis* (Strong *et al.*, 1915). Ce problème suggère la nécessité d'une révision historiographique.

En fait, entre García-Cáceres (1972) et Murillo *et al.* (2002), se déploie un révisionnisme historiographique de la narration historique traditionnelle de la maladie. Néanmoins, le problème de la mythification de l'image de Carrión occupe le centre des efforts critiques. Indépendamment du programme de démythification de Carrión, l'historiographie critique de la maladie de Carrión a accepté et laissé intacte la structure de narration traditionnelle : dans l'âge clinique des études de la maladie il y eut un dualisme entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne et, après l'inoculation de Carrión, les médecins péruviens ont cru dans l'unité étiologique et nosologique puis, dans l'âge microbiologique des études de la maladie, la validité de cette idée a été confirmée.

Avec l'objectif de faire une histoire du savoir de la maladie, de son âge clinique jusqu'à la première conquête des études microbiologiques, notre thèse a adopté comme point de départ et comme fil conducteur la confrontation avec la narration historique traditionnelle et ce parce que cette dernière prétend dire la vérité sur la connaissance de la maladie sans être réellement mise à mal par les critiques.

Ce choix de confrontation commence, dans le premier chapitre, avec l'étude de la naissance de la narration historique traditionnelle, la période créative après laquelle commence l'âge de la répétition, lequel s'étend sur tout l'ordre du savoir. Les chapitres deuxième et troisième sont une amplification de l'analyse de la narration historique traditionnelle, en revenant notamment sur la période antérieure à l'expérimentation de 1885. Le deuxième chapitre étudie l'âge de la fondation de la clinique de la verrue péruvienne (1842-1872). Le troisième chapitre étudie l'époque dans laquelle la fièvre d'Oroya vient habiter la littérature médicale sur la verrue. Le quatrième et dernier chapitre s'occupe de la période postérieure à l'inoculation de Carrión jusqu'à la première solution partielle mais définitive d'un des usages de la fièvre d'Oroya, le syndrome indépendant du cycle évolutif de la maladie, la complication paratyphoïde typique de la verrue péruvienne.

Chapitre I : La naissance de la maladie de Carrión (1885-1886)

Le premier chapitre est une étude de la naissance de la maladie de Carrión dans la narration médicale péruvienne par l'analyse de l'article de L. Avendaño. Cet article est la communication de la mort de Carrión au monde médical international et aussi la synthèse de l'effort fait, en septembre et octobre 1885, par la pensée médicale liménienne afin de résoudre l'énigme de cette mort.

Le récit d'Avendaño (1885) est la construction de l'histoire des deux maladies. Il raconte que la maladie de la verrue péruvienne a été connue dès la conquête européenne de la région andine occidentale et que les premières descriptions médicales ont été faites à la fin du XVIII^{ème} siècle. Cette histoire est traversée par l'évènement de la fièvre d'Oroya, une maladie qui a été ainsi nommée à cause de l'ignorance de sa nature et qui a provoqué beaucoup de décès parmi les travailleurs de la construction du chemin de fer entre Lima et la ville d'Oroya, à la fin

de 1870. Selon le récit d'Avendaño, c'est entre 1873 et 1875, qu'a surgi la conception de l'identité de la fièvre d'Oroya et de la verrue péruvienne.

En 1885, Carrión se fait inoculer le sang d'un malade de verrue et il développe et décède d'une maladie que les médecins qui l'accompagnent reconnaissent alors comme la fièvre d'Oroya.

Parmi les problèmes du récit d'Avendaño, on trouve l'indéfinition de l'identité clinique de la fièvre d'Oroya. Comme il a montré, dans son histoire, la reconnaissance de l'éruption est un savoir commun entre les natifs et les médecins. Mais, quant à la reconnaissance de la fièvre d'Oroya, dans son récit, tout dépend du diagnostic que les médecins qui accompagnent Carrión ont donné.

Grâce à l'éditorial du *Moniteur médical de Lima*, du 15 octobre, on sait que l'inoculation a posé un problème. J. M. Macedo (1885b) demande : « En vérité, pourquoi, chez le garçon verruqueux de 14 ans, qui a donné son sang pour l'inoculation, la maladie a une marche bénigne et ce même virus, chez Carrión, a un caractère grave et mortel ? ».

Le rapport de l'autopsie du cadavre de Carrión, fait par les médecins de police, est encore plus clair à propos du problème des conséquences de l'inoculation. Le rapport dit que « la mort de Carrión est venue avant la production de l'exanthème » (La Puente *et al.* 1885).

De cette manière, on comprend que le récit d'Avendaño fait reposer le succès de l'inoculation sur le diagnostic de fièvre d'Oroya et laisse dans l'ombre la nécessité de cette stratégie pour empêcher l'échec de l'expérience, avec le non développement du signe caractéristique de la maladie.

Grâce à la lettre du Dr. Villar, professeur de Carrión, ajouté à l'enquête de police, on peut avoir une description de la scène de l'inoculation. Dans la lettre de Villar (1885), responsable du service médical où se sont déroulés les faits, on découvre que le sang du garçon malade de verrue a été pris et inoculé par le Dr. Chávez immédiatement, *in natura*, dans les veines de Carrión, sans aucune forme d'observation ou de contrôle. On comprend alors l'omission d'Avendaño : on ne peut pas savoir, du point de vue biologique, ce qui, exactement, a été inoculé à Carrión.

Dans la documentation d'octobre de 1885, l'idée selon laquelle Carrión a développé la fièvre d'Oroya est présente chez certaines sources (Anonyme, 1885b; Anonyme, 1885b; Macedo, 1885a; Macedo, 1885b; Almenara Butler, 1885), parmi lesquelles, le témoignage du Dr. Chávez, qui confesse avoir été pratiqué l'inoculation en Carrión (actuellement le témoignage de Chávez est disponible en Matallana, 2001, p. 216).

D'un autre côté, La Puente, le secrétaire de la Faculté de Médecine de Lima, a publié, le jour suivant la mort de Carrión, un article dans la presse laïque de Lima, où il dit qu'au 23^{eme} jour de l'inoculation, l'étudiant « a été pris d'une fièvre, qui ressemble à une fièvre intermittente paludique » (La Puente, 1885). Néanmoins, selon le même article, après cette fièvre initiale, Carrión a développé la fièvre de verrue de laquelle il est mort.

Le rapport d'autopsie, duquel La Puente est un des trois signataires, omet la fièvre paludique et dit que Carrión a développé « la maladie avec sa propre symptomatologie, dans une forme plus aiguë que l'ordinaire » et que cette maladie est la fièvre de verrue.

Dans le rapport d'autopsie, il y a la description d'une analyse du sang de Carrión. Les légistes disent avoir vu des « micro-organismes très variés » et le bacille d'Izquierdo (La Puente *et al.*, 1885). Ce dernier a publié peu avant un article en Allemagne, dans lequel il pointe comme cause de la maladie, un bacille trouvé en grand quantité dans les veines des tissus de la verrue conservé en alcool absolu (Izquierdo, 1885). Les légistes ne font pas la description comparative entre leur bacille et celui d'Izquierdo. Ils ne cherchent pas la mélanémie (Kelsch, 1880), considéré comme le signe anatomopathologique du paludisme (Laveran, 1881). Ils ne font pas le contrôle de leurs « très variés micro-organismes » pour savoir si est présent l'hématozoaire de Laveran (1881). Donc, ils ne prennent même pas au sérieux la suggestion de complication paludique, faite par La Puente.

Résulte alors un débat sur la maladie développée par Carrión après l'inoculation. Ce n'est pas un débat établi sur des bases expérimentales rigoureuses, dès lors que l'option de complication paludique a été facilement écartée.

Mais, dans le domaine de l'exposition de l'expérience, le débat reste obscur. Il y a deux partis. Les deux sont d'accord sur le fait que l'inoculation a induit la maladie supposément inoculée. Mais, le parti qui est contre la légitimité morale de l'inoculation, le parti de La Puente et des légistes dit que Carrión a développé et est mort de la fièvre de verrue et ne parle jamais de fièvre d'Oroya. L'autre parti, celui qui considère l'inoculation comme un geste héroïque de Carrión, ne parle jamais de fièvre de verrues et dit que Carrión a développé et est mort de la fièvre d'Oroya.

Quand on compare, néanmoins ces deux notions, on rencontre une différence de nom, mais pas de concept. Avendaño (1885) dit que Carrión a démontré que la fièvre d'Oroya « n'est pas une entité morbide distincte [de la verrue péruvienne], mais uniquement la période fébrile qui précède, dans les cas graves, l'éruption de la dermatose, qui ne parvient pas à se développer avant la mort et ce, conséquence du bouleversement profond de l'organisme ». La Puente

(1885), de son côté, dit que la fièvre de verrues est « aussi grave, que la mort arrive par hypoglobulie et adynamie, avant la production de l'exanthème cutanée ».

Ainsi, on arrive à un point de la discussion qui ne peut être éclairci sans une recherche dans la littérature médicale antérieure. La question restera ouverte pour l'investigation qui aura lieu dans les deux prochains chapitres. La recherche des sources d'octobre 1885 à octobre suivant permet de dire qu'aucun des deux partis n'a résolu le problème de la détermination clinique ou anatomopathologique de ce qu'est la fièvre de verrues ou de ce qu'est la fièvre d'Oroya.

En octobre 1886, lors des conférences commémoratives du premier anniversaire de la mort de Carrión, Alcedan présente le carnet d'annotation de Carrión sur l'inoculation et ses conséquences, le *Relevé de l'expérience*. Quelques semaines après, le *Relevé de l'expérience* sera publié avec les *Notes sur la verrue péruvienne*, le mémoire du baccalauréat en médecine de Carrión en état avancé d'écriture.

Grâce aux deux manuscrits et au témoignage de Alcedan (1886), on peut savoir que la fièvre d'Oroya n'était pas présente dans les hypothèses préliminaires de la recherche de Carrión. L'inoculation n'avait pas faite pour démontrer la relation de la verrue péruvienne avec cette autre notion. On découvre aussi que le diagnostic de fièvre d'Oroya du récit d'Avendaño n'a été donné par aucun des médecins professionnels qui ont visité Carrión malade.

Dans tous les cas, la conférence d'Alcedan (1886) soutient l'idée selon laquelle Carrión a développé la fièvre d'Oroya, en ne se fondant pourtant sur aucun diagnostic professionnel, mais sur la position du propre Carrión. Alcedan s'appuie sur une déclaration solennelle du *Relevé de l'expérience* où Carrión dit qu'il est « convaincu qu'il a développé la maladie de laquelle est mort l'étudiant de médecine Orihuela, conformément à ce que j'ai entendu dire par le Dr. Alarco ».

Même si Alcedan (1886) n'a pas donné d'importance à la déclaration du jour d'après, dans le même *Relevé de l'expérience*, quand Carrión dit qu'il n'est plus convaincu de rien, une lecture comparative entre les *Notes sur la verrue péruvienne*, l'écrit préliminaire à l'inoculation, et le *Relevé de l'expérience* peut nous donner un éclairage sur la raison pour laquelle Carrión parle de fièvre d'Oroya seulement au 36^{ème} jour de l'inoculation (le deux octobre). Le 28 septembre, le 32^{ème} jour de l'inoculation, Carrión avait déclaré que tous les symptômes développés avaient été prévus. En fait, l'analyse des *Notes sur la verrue péruvienne* montre que la maladie de verrue provoque un état anémique et fébrile grave et il n'y a rien de nouveau dans l'état pathologique de Carrión ce jour. Mais, entre le 32^{ème} et le 36^{ème} jour de l'inoculation, sont

apparus les symptômes gastriques, surtout la diarrhée, et les symptômes nerveux, le sursaut des tendons.

Mais, il n'y a pas suspicion de complication dans le *Relevé de l'expérience* ni de considérations spécifiques sur de nouveaux et inattendus symptômes. Dans tous les cas, c'est un indice qui éclaire l'apparition de la fièvre d'Oroya dans le texte.

L'autre facteur, qui résulte de la comparaison entre les *Notes sur la verrue péruvienne* et le *Relevé de l'expérience*, c'est que Carrión n'acceptât pas, avant le 36^{ème} jour de l'inoculation, la mort par la maladie de verrue sans l'éruption, tout au moins dans un organe vital interne. Il avait écrit, dans les *Notes sur la verrue péruvienne* que l'éruption de la verrue est aussi nécessaire que dans les autres fièvres éruptives. Donc, sa nouvelle acceptation, dans le *Relevé de l'expérience*, de la possibilité d'être atteint de la fièvre d'Oroya signifie un changement de position sur le pronostic. Il passe à accepter la possibilité fatale de la maladie, sans éruption et précédée de symptômes gastriques.

La conférence d'Alcedan (1886) et sa lecture partielle des manuscrits de Carrión ouvre de nouveau la discussion sur le récit d'Avendaño de l'année antérieure, en donnant plus d'éléments descriptifs et en le fragilisant encore plus. Mais c'est l'autre conférence commémorative du premier anniversaire de la mort de Carrión, celle de D. Matto, et non celle complexifiante d'Alcedan, qui tiendra lieu d'héritage du fait de son approche schématisante. Ce sera donc le récit simplificateur de Matto qui constituera ce que nous nommons dans notre thèse la narration historique traditionnel de la maladie de Carrión à travers ses répétitions.

Le récit de Matto est une répétition reformée de celui d'Avendaño (1886). Il est important moins pour ses petites améliorations, comme l'enrichissement de la liste des références bibliographiques historiques sur la verrue péruvienne et l'augmentation des traditions orales sur les fièvres du chemin entre Lima et la ville d'Oroya, que pour tout qu'il retire du récit d'Avendaño. Matto a ôté du récit de son prédécesseur tout ce qui a été, directement ou indirectement, critiqué ou contredit par la conférence d'Alcedan. Néanmoins, Matto préserve intacte la structure du récit d'Avendaño :

(a) la ligne continue des connaissances sur la verrue, dès l'époque de la colonisation jusqu'à médecine préscientifique du siècle XIX, qui inclut Tschudi.

(b) le commencement de l'époque scientifique des connaissances de la maladie, dans les années 1850, avec la thèse de Salazar.

(c) l'avènement de la fièvre d'Oroya, à la fin de l'année 1870, et l'idée de l'unité entre cette maladie et la verrue, dans la médecine liménienne, entre 1873 et 1875.

(d) le caractère démonstratif de l'idée de l'unification de la fièvre d'Oroya et de la maladie de la verrue dans l'expérience de Carrión.

Ce schéma de la narration est préservé, sans les efforts d'Avendaño de cohérence conceptuelle, dans la description des événements. Matto a donné à la postérité l'histoire prête à porter et à devenir classique, sans les points qui peuvent susciter des doutes sur la cohérence logique de l'évolution du concept de la maladie. Sans aucune définition, dans la version de Matto est presque seulement une chronologie. Ainsi, chez Matto, le pivot de l'histoire de la maladie, « Carrión a démontré l'unité entre la verrue péruvienne et la fièvre d'Oroya », n'a plus la portée conceptuelle qu'elle a chez Avendaño. Vide, la phrase est prête au destin qu'elle a eu : arriver à nos jours, en survolant tous les changements conceptuels de la maladie sans être touchée, comme la vérité supra-historique de la doctrine de l'unicité.

Si l'historiographie critique, avec Cueto (1989 e 1996) et Cuadra Calle *et al.* (2000) accepte que Carrión n'a pas démontré cette vérité, elle ne change pas essentiellement la narration traditionnelle parce qu'elle suppose que, même si Carrión n'a rien démontré, la doctrine de l'unicité est encore véridique.

Néanmoins, rien de cette narration ne peut être accepté comme vérité historique avant qu'on puisse savoir ce qu'est la fièvre d'Oroya, la branche hautement incertaine de cette dialectique dans les fondements du concept de maladie bâtis à travers la narration historique traditionnelle. Les deux prochains chapitres vont maintenant chercher à mettre à jour les racines historiques de la maladie de Carrión.

Chapitre II : La naissance de la clinique de la verrue péruvienne (1842-1872)

Le deuxième chapitre est la construction d'une histoire de l'âge clinique de la maladie, avant l'avènement de la fièvre d'Oroya, une époque qui a réussi à établir, dans les grandes lignes, la description globale de l'évolution de la maladie.

Si la narration historique traditionnelle et l'historiographie critique de la maladie ignorent ce travail clinique achevé, c'est justement parce que son ancrage n'est pas péruvien.

A cette époque il y a une différence qui divise les essais de description de la maladie. Dans la littérature d'expression anglaise, allemande et française, la verrue péruvienne est une maladie fébrile. Dans la littérature d'expression espagnole, c'est une maladie apyrétique.

Cette différence est seulement la plus générale parmi d'autres qui manifestent la difficulté élémentaire de connaissance clinique de la maladie. La pathologie a son symptôme pathognomonique, la néoformation, d'où vient le nom 'verrué', utilisé dans l'espagnol des régions endémiques, symptôme qui se présente à la fin de son évolution et qui est considérée, dans toute la littérature de l'époque, comme un indice de la probable guérison de la maladie. Après l'éruption, la maladie régresse et on assiste à un retour relatif de l'état de santé.

Ce symptôme localisé, même si les éruptions sont nombreuses, est précédé par d'autres symptômes généraux également présents dans d'autres maladies. Le problème est de savoir comment relier à la maladie de la verrue les symptômes généraux qui la précèdent et non les attribuer à des complications pathologiques diverses.

Ce problème a été abordé par Smith (1842), Tschudi (1845), Malo (1852) et Dounon (1871) à travers le concept de symptôme critique. L'éruption de la verrue est critique pour les douleurs musculaires et osseuses et la fièvre qui, presque toujours, la précèdent. La constance de la disparition ou de la diminution de l'intensité des symptômes généraux avant ou avec le symptôme local fait penser que les premiers appartiennent à la même maladie que le second. Le médecin péruvien, Salazar, est l'unique à cette époque qui, dans sa thèse doctorale, n'utilisera pas l'idée de la criticité. Il propose de lier les douleurs musculaires et osseuses à l'éruption seulement du fait de la fréquence de son voisinage.

C'est ce même principe de la logique clinique qui fait penser, à Smith, Tschudi et Dounon, que la verrue est une maladie fébrile et est la cause du fort affaiblissement des malades. Les trois auteurs ont observé une synchronie entre la marche des symptômes généraux et locaux, laquelle leur donne les conditions pour dessiner l'évolution complète de la maladie, de manière très proche les uns des autres.

Tschudi, en plus, propose une construction théorique plus élaborée de la fièvre. Il la comprend comme un signe de la réaction organique et, comme tel, prend ses oscillations comme auxiliaire du pronostic, sa gravité anticipant une évolution plus grave des prochains symptômes et aussi de l'issue de la maladie.

Salazar (1858) propose, si on compare avec les autres observateurs de cette époque, une maladie tronquée. Dans sa compréhension, la marche de la maladie commence avec les douleurs musculaires et osseuses, suivies du développement de l'éruption. Ses cas, néanmoins,

indiquent l'existence de la fièvre. Salazar ne lui donne aucune explication, mais comme il dit que c'est une fièvre intermittente, on peut supposer qu'il comprend la fièvre comme complication paludique. Ses cas présentent l'affaiblissement prononcé, auquel il donne l'explication suivante : les maladies antérieures des patients. On peut supposer qu'il pense à la cachexie paludique.

La thèse de Dounon apporte une raison préliminaire pour comprendre la conception réduite de la maladie chez Salazar et chez Malo, pour lesquels la maladie est responsable de l'affaiblissement mais non de la fièvre. Selon Dounon (1871), le paludisme et la cachexie paludique sont endémiques là où est endémique la verrue péruvienne. Dounon a observé aussi que la verrue a une manifestation fébrile cyclique. Tous les jours, il y a une montée et une rémission identique, conformément à des horaires. Mais il n'a pas abordé le problème du diagnostic différentiel entre la fièvre paludique et la fièvre de la maladie de verrue et il n'a non plus discuté le problème de la différenciation des deux maladies, dans le cas de complication.

Si Tschudi et Dounon ont postulé la verrue fébrile, même avec la difficulté du diagnostic différentiel avec le paludisme, ils l'ont fait parce que c'est cohérent avec la conception d'affection générale qu'ils ont de la verrue. Du point de vue de Tschudi, cette conception est nécessaire parce qu'on ne peut pas penser une maladie avec les symptômes généraux de la verrue sans une réaction de l'organisme, celle signalée par la fièvre. Du point de vue de Dounon, elle est nécessaire car sa méthode consiste à penser la maladie par analogies avec ses voisines. Ce sont les analogies de la verrue avec le pian, d'un côté, et avec le paludisme, de l'autre côté, qui lui font penser que la verrue ne peut pas être une maladie apyrétique.

On peut percevoir que Salazar conçoit la verrue tronquée des symptômes généraux pour échapper aux accusations d'éclectisme arbitraire des maladies. Sa stratégie défensive s'appuie sur un symptôme assuré : l'éruption.

Cette première discussion de la littérature sur la verrue fait penser qu'une des questions explicatives de la conjonction de la fièvre de verrue ou de la fièvre d'Oroya à la verrue péruvienne, dans Avendaño, tient dans la prévalence, à l'époque, de la verrue apyrétique. En fait, Salazar (1858) a été positionné, par Avendaño (1885), comme le commencement de la conception scientifique de la maladie. Avendaño (1885), dans son récit, n'a jamais dit que la fièvre a été conçue comme un symptôme de la verrue avant l'avènement de la fièvre d'Oroya.

Entre 1885 et 1886, comme on l'a vu dans le résumé du premier chapitre, il y a une convergence de textes différents sur la considération de la fièvre d'Oroya comme étant la

maladie de verrue qui, anémique et aiguë, entraîne la mort du malade avant même l'éruption caractéristique. C'est le concept d'Avendaño, mais c'est aussi ce qu'on peut obtenir d'une analyse comparée entre les *Notes sur la verrue péruvienne* et le *Relevé de l'expérience*, les manuscrits de Carrión. C'est aussi la signification de la fièvre des verrues chez La Puente (1885) et dans le rapport des légistes. C'est donc ce qui est considéré comme la découverte principale découlant de l'expérience de Carrión.

Avendaño (1885), en cherchant à faire de l'expérience de 1885 un couronnement des essais liméniens de connaissances de la maladie, donne cette idée d'un pronostic vital engagé avant l'éruption déjà présente chez Salazar (1858) et il cite le passage suivant de sa thèse : « Le virus [de la verrue] produit dans l'organisme un vrai empoisonnement et, s'il n'a pas force suffisante pour l'éliminer, le patient succombe sous son influence délétère ».

C'est une des idées que Matto a omis dans sa version schématique. Il a eu sa raison. Si Salazar a dit une telle chose, comment expliquer l'inoculation de Carrión sinon comme témérité ?

L'apparition des manuscrits de Carrión a rendu le problème plus difficile et grave. Dans le *Relevé de l'expérience*, la thèse de Salazar (1858) est presque l'unique référence de Carrión, avec seulement les écrits de Velez (1861) et d'Izquierdo (1885). Carrión, néanmoins, ne croit pas au pronostic fatal sans éruption de la verrue.

Par l'analyse de la littérature médicale de 1842-1872, on obtient deux découvertes sur le sujet.

a) Salazar (1858) n'a jamais conçu de pronostic vital engagé de la maladie de la verrue avant l'éruption. Surtout, la conception de la fièvre d'Oroya, d'Avendaño et dans le *Relevé de l'expérience*, ou de la fièvre de verrue (de La Puente et des légistes) est incompatible avec son concept de verrue apyrétique. En plus, il conçoit la maladie des verrues comme « ennuyeuse, mais non grave ». La citation prise par Avendaño, de la thèse de 1858, n'a aucune relation avec le pronostic conçu avec l'ajout de la fièvre d'Oroya ou la fièvre de verrue à la maladie de verrue péruvienne. Dans la citation prise par Avendaño, Salazar (1858) cherche une explication pour les tumeurs internes trouvées dans l'unique autopsie de cas de verrue de sa thèse. Donc, Salazar induit que la verrue peut être fatale si, au lieu d'apparaître à l'extérieur, comme c'est commun, elle apparaît dans les organes internes, comme c'est le cas de son autopsie.

Cette possibilité de décès est justement l'unique acceptée dans les *Notes sur la verrue péruvienne*. A ce moment, on peut comprendre que l'acceptation de la fièvre d'Oroya par

Carrión, dans le *Relevé de l'expérience*, signifie l'abandon de l'idée de l'exclusion du pronostic fatal, appris de Salazar (1858).

b) La conception restrictive du pronostic de Salazar (1858) est une conséquence de son concept général de la maladie. Au contraire, Tschudi (1845), qui a conçu la maladie comme fébrile et grave, a observé quelques possibilités de pronostics fatals. Deux sont proches de la description que les péruviens ont obtenu à travers la terminologie « fièvre d'Oroya ». Selon Tschudi, on peut mourir de la fièvre de la maladie, avant l'éruption, quand celle-ci prend un caractère torpide et qu'apparaissent les symptômes nerveux. Une autre possibilité, c'est que la fièvre de la maladie devienne hectique, ce qui entraînerait une mort par affaiblissement. Dans tous les cas, le décès du malade serait lié à son affaiblissement. Dounon (1871) a aussi observé la mort par affaiblissement, mais il n'a rien dit relativement à un décès possible avant l'éruption.

Après avoir parcouru la littérature médicale sur la verrue (1842-1872), on comprend que la fièvre d'Oroya est une notion encore plus douteuse que la documentation de 1885-1886 nous le donnait déjà à penser.

Du point de vue de l'article de Tschudi (1845), la fièvre d'Oroya n'est pas nécessaire pour arriver à la compréhension globale des possibilités d'évolution de la maladie. Donc, cet article seul est suffisant pour mettre à mal tout le schéma de la narration traditionnelle de la maladie de Carrión.

L'historiographie actuelle de prétention critique de la maladie n'a pas encore découvert cet article, ce que lui permet de maintenir intact le schéma d'Avendaño et Matto.

C'est pourquoi il est utile de reprendre l'étude de l'apparition de la fièvre d'Oroya dans la littérature médicale, dès 1872. Ce sera le propos du chapitre à venir.

Chapitre III : La fièvre d'Oroya (1872-1886)

Dans la narration historique traditionnelle comme dans l'historiographie critique de la maladie de Carrión, tout le progrès du savoir, dès 1870, dépend de l'émergence de la fièvre d'Oroya chez les travailleurs du chemin de fer reliant Lima à l'Oroya et du dépassement de

l'autonomie nosologique de cette maladie par son unification avec la maladie anciennement connue comme endémique dans la région, la verrue péruvienne.

L'analyse de la littérature de cette période, néanmoins, montre que la fièvre d'Oroya est une problématique spécifiquement liménienne et le progrès des connaissances sur la maladie a connu deux autres lignées de pensée médicales indépendantes du chemin péruvien. Les deux autres approches de la maladie sont : a) la continuation, par Fournier (1874), Bourse (1876) et Hirsch (1883), de la clinique française et d'expression allemande sur la verrue, celle de Tschudi (1845) et Dounon (1871) ; b) la nouvelle description clinique de la maladie qui a été faite dans la médecine de l'entreprise de construction de chemin de fer entre Lima et l'Oroya.

La fièvre d'Oroya a été utilisée par la médecine péruvienne dans ses tentatives de dépasser une conception étroite de la maladie. Mais, comme la conception de la médecine française et d'expression allemande était déjà suffisamment globale, la fièvre d'Oroya n'a joué aucune fonction et a été simplement maintenue en dehors des connaissances sur la maladie. La médecine du chemin de fer s'est confrontée avec la région endémique de la verrue sans aucune connaissance préliminaire de cette maladie. La littérature montre que les médecins du chemin de fer prennent pour point de départ la dichotomie de la fièvre d'Oroya et de la verrue péruvienne de la médecine liménienne, mais avec l'expérience du contact prolongé avec la maladie, la fièvre d'Oroya a été, finalement, écartée des connaissances sur la maladie d'expression anglaise.

Invention péruvienne, c'est dans la littérature de langue française que la fièvre d'Oroya est apparue pour la première fois, dans un essai de 1872, envoyé du Pérou par le français Charles Tasset, qui exerçait son art médical à Lima depuis trois décennies et demie. Son essai prétend refaire la carte géographique médicale du Pérou à cause de la récente introduction de la fièvre jaune et de l'apparition de la fièvre d'Oroya, comprise comme une forme exotique du paludisme reliée à une autre maladie typique de la région andine péruvienne, la verrue.

Dans l'essai de Tasset (1872), la fièvre jaune est la forme la plus grave de manifestation, après transformations successives, du miasme typhique et la fièvre d'Oroya est la forme la plus grave du miasme paludique. Les manifestations cliniques des deux formes pathologiques sont mises en analogie même si elles sont considérées antagoniques. Leur antagonisme ne se fait pas dans le corps de l'homme, mais dans la géographie. Dans l'espace physique extérieur à l'homme le miasme paludique et le miasme typhique ne se rencontrent jamais. Mais, les symptômes typhoïdes de la fièvre d'Oroya donnent à Tasset une raison pour considérer la fièvre intermittente pernicieuse paludéenne d'Oroya comme causée par un miasme typhique paludéen.

L'analogie entre les deux fièvres avance sur la question exanthématique de la suivante manière : « On n'observe point les pétéchies ni les taches scorbutiques de la fièvre jaune ; mais dans les fièvres intermittentes paludéennes de l'Oroya, elles sont remplacées par une affection équivalente, la verrue péruvienne » (Tasset, 1872, p. 460).

Cette liaison essentielle entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne est encore renforcée par l'observation selon laquelle la deuxième maladie fonctionne comme symptôme critique de la première. Néanmoins, Tasset les maintient comme deux maladies différentes parce que la verrue, même considérée également miasmatique, est causée par un miasme inconnu et différent du paludéen.

Même si la doctrine du transformisme miasmatique de Tasset fut bien comprise par la médecine, comme le montre le compte-rendu de sa publication, écrit par Lasègue et Duplay (1872), la relation entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne n'est pas rentrée dans la littérature française et allemande postérieures à l'essai. La fièvre d'Oroya est apparue comme une description confuse par Lasègue et Duplay. De plus, l'éruption de la verrue péruvienne était connue comme symptôme local critique pour les symptômes généraux qui la précèdent. Après, la verrue péruvienne fut classée comme entité morbide spécifique, dans le *Manuel de pathologie historique-géographique* de Hirsch (1860), basée, surtout, sur la clinique de Tschudi (1845). La médecine française et d'expression allemande sur la verrue n'avait aucune raison de prendre le texte de Tasset pour le discuter.

Néanmoins, la médecine française a compris que la pénétration du chemin de fer dans la zone endémique de la verrue a été l'occasion de nouvelles observations de la maladie. Deux médecins de la marine française sont allés au Pérou avec le but explicite d'actualiser la thèse de Dounon. Fournier (1874) interviewe le naturaliste italien Antonio Raimondi, professeur licencié des sciences basiques de la Faculté de Médecine de Lima et victime de la maladie de verrue dans la décennie de 1860 (cf. Raimondi, 1874). Cette interview conduit Fournier (1874) à la distinction entre une forme chronique de la maladie et une forme aiguë. Cette dernière, comparable à la variole, « est toujours annoncée à l'avance par des douleurs articulaires très-vives, de la céphalalgie, des troubles nerveux variés ». La forme chronique est discrète et l'éruption moins nombreuse.

Après Fournier, Bourse a fait la voyage par train jusqu'à la région endémique de la verrue et c'est le premier à créer le concept de degré épidémique de la verrue péruvienne. Bourse (1876) élabore la nouvelle compréhension des phénomènes pathologiques qui ont été interprétés comme paludisme exotique par Tasset (1872) de la manière suivante : « L'épidémie

de 'verruca' a eu lieu par suite de l'agglomération d'un grand nombre d'ouvriers pour la construction du chemin de fer de la Oroya, qui traverse tout le pays des 'Verrugas' ». Selon Bourse, la mortalité endémique de la maladie est de 16%, mais la mortalité est arrivée à 40 et 94%, dans des conditions épidémiques. En plus, dans les conditions endémiques la maladie présente la forme chronique de Fournier et dans les conditions épidémiques, sa forme aiguë.

Fournier et Bourse ne disent rien sur la fièvre d'Oroya, mais ils ont fait une amplification du concept de la maladie de Dounon (1871), certainement fondée sur la pathologie des travailleurs du chemin de fer, comme on peut le voir dans les cas décrits par Fournier (1874)

Une autre pensée médicale sur la verrue est née avec le service de santé de l'entreprise constructrice du chemin de fer. Elle commence avec la visite du chirurgien de la marine américaine, J. Browne, qui a visité les travaux, entre 1871 et 1872. Muni de l'essai de Tasset (1872), Browne interviewe les médecins du chemin de fer, Crow et Ward, sur la fièvre d'Oroya. Il accepte, des deux médecins, que cette maladie est une fièvre typhoïde palustre spéciale du pays. Il la décrit comme étant indépendante de la verrue péruvienne, endémique dans les mêmes localités, mais il défait le lien entre les deux maladies, en se détachant de sa référence plus importante, l'essai de Tasset (1872), même si l'argument pour le dualisme est identique à celle du médecin français : la verrue existe dans d'autres régions péruviennes où la fièvre d'Oroya n'est pas apparue. Dans tous les cas, la fièvre typhoïde palustre de Browne a les mêmes caractères typhoïdiques que la fièvre du miasme typhique paludéen d'Oroya de Tasset.

Quelque temps après, l'approche de la médecine du chemin de fer montre un changement. H. Kinney, directeur du service médical de la voie ferrée, participe à un débat de la Société Médicale de Lima, en 1875. Le débat a été provoqué par une conférence de N. Pancorvo qui propose l'autonomie nosologique de la fièvre d'Oroya comme une maladie de type typhoïdique consécutive à l'affaiblissement de l'organisme par le paludisme. Sans citer Tasset ou Browne, Pancorvo utilise leurs idées dans sa présentation aux médecins liméniens. Browne a séparé la fièvre d'Oroya de la verrue, mais Pancorvo va plus loin. Il ne dit rien sur l'existence de la fièvre d'Oroya bien qu'il sache que la fièvre existe seulement où existe la verrue péruvienne.

Dans le débat de la conférence de Pancorvo, Kinney accompagne une position de Salazar, selon laquelle la fièvre d'Oroya est un développement de la verrue avant l'éruption typique. Kinney utilise la quinine pour faire disparaître le paludisme, endémique dans la même région, et la continuation morbide fait suspecter l'existence de la maladie de la verrue, comme

il a observé chez les natifs du pays, qui attendent l'apparition de l'éruption pendant la fièvre qui la précède.

En 1877, G. Ward, qui a dit à Browne que la fièvre d'Oroya devrait être une fièvre typhoïde palustre, écrit son témoignage sur ce qu'il considère le plus grand obstacle à construction du chemin de fer, la maladie de verrue. Il ne dit pas un mot sur la fièvre d'Oroya. Si on compare la description des deux maladies, la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne, pour Browne (1872-3), l'unique référence bibliographique de Ward (1877), et la conception de la verrue de ce dernier, on trouve les symptômes de la fièvre d'Oroya décrits comme une forme aiguë, fébrile et sous-typhoïde parmi les trois formes possibles de développement initial de la verrue péruvienne. Donc, la position de Ward est la même que celle de Kinney. La différence est que Ward a complètement refusé toute référence à la fièvre d'Oroya, comme l'ont fait, très peu de temps avant, les médecins de la marine française, Fournier (1874) et Bourse (1876), ignorant les connaissances acquises par la médecine du chemin de fer.

La médecine péruvienne a cru, avec Avendaño (1885), Matto (1886) et les fidèles héritiers du récit historique de la maladie de Carrión, avoir découvert l'unité des deux maladies, manifestation du progrès du savoir médical, et ce, parce qu'elle n'a eu connaissance ni du développement du savoir clinique de Tschudi jusqu'à Dounon, ni de l'évolution du sujet dans la médecine française et allemande, ni enfin du développement de la médecine du chemin de fer. L'historiographie critique de la maladie de Carrión ne connaît toujours pas les deux lignées de pensée médicale décrites ci-dessus et continue à penser que tout le progrès du savoir sur la maladie, est la solution de l'énigme de la relation entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne.

Après avoir reconstruit la logique interne de continuité de la pensée médicale dans les deux lignées de la littérature antérieure à Carrión, nous sommes amenés à modifier la question de la fièvre d'Oroya. Il apparaît nécessaire de s'interroger sur les raisons pour lesquelles la médecine liménienne a créé cette entité pathologique.

Pour trouver une solution, on doit reprendre les textes liméniens étudiés dans le deuxième chapitre, celui de Salazar (1858) et de Velez (1861) et les lire à la lumière de l'« Histoire clinique du cinquième examen professionnel » de Basadre, écrit en 1873, des documents du débat de 1875 de la Société Médicale de Lima ainsi que des documents étudiés dans le premier chapitre sur l'expérience de Carrión.

De toute cette littérature liménienne, c'est l'extraordinaire éditorial du *Moniteur médical* de Lima du premier octobre de 1885 sur la mort de Carrión, qui donne la clé du problème.

L'éditorialiste anonyme dit que l'expérience de l'étudiant a éclairé la connaissance de la verrue sur quatre points. Nous analyserons le premier et le dernier : « 1^{er} La dermatose connue sous le nom de 'verrue' est une maladie générale infectieuse ; [...] 4^{ème} L'inoculation, avant de donner lieu à la dermatose, peut être à l'origine d'une pyrexie adynamique, avec un pronostic vital engagé, avec tous les symptômes d'une profonde altération du tissu sanguin » (Anonyme, 1885c).

Si, à l'époque de l'inoculation de Carrión, il y a encore la croyance, dans la médecine liménienne, selon laquelle la verrue est une dermatose localisée, apyrétique et bénigne et non une maladie générale, capable de tuer le malade en affectant son sang, la thèse de Salazar doit être lue d'une autre manière. Elle doit être comprise comme un effort contraire à la tradition de la médecine locale, surtout de la Faculté de Médecine de Lima. Le concept tronqué de la maladie se présentait déjà comme une avancée contre cette tradition. Salazar (1858) est pourtant parvenu à ajouter les symptômes de douleurs musculaires et osseuses à la dermatose bénigne et apyrétique. La thèse de Salazar est le premier essai péruvien qui pense la verrue comme une maladie générale, seize années après la conception globale de la maladie de Tschudi (1845).

Analysons le travail de Velez (1861). Il est pleinement conforme à la tradition. Il fait une anatomopathologie de la verrue comme si la maladie était seulement une dermatose. Salazar (1858) n'est donc pas parvenu à changer la tradition de la Faculté de Médecine. Nous pouvons noter que le directeur des deux travaux académiques (ceux de Velez et de Salazar) est le même Manuel Odriozola, lequel n'a jamais écrit un mot sur la verrue.

Alors que la médecine française et d'expression allemande sur la verrue a repoussé la fièvre d'Oroya, dans la médecine liménienne, cette notion a été reprise par l'étudiant de la Faculté de Médecine de Lima, Basadre, comme un instrument théorique de confrontation avec le concept traditionnel de la maladie. Dans son « Histoire clinique du cinquième examen professionnel », Basadre pose, en 1873, le problème de la relation entre la verrue péruvienne et les fièvres éruptives et donne deux réponses opposées et qui s'excluent. La première, c'est que la fièvre qui accompagne la maladie de verrue doit être une complication parce que, dans la majorité des cas, elle peut être guérie avec de la quinine. Ceci relève de la connaissance jugée véridique. Mais, hypothétiquement, si la fièvre d'Oroya est « une forme grave de la maladie de verrue, dans laquelle l'éruption n'arrive pas à se faire », l'analogie de la verrue avec les fièvres éruptives est valide. Mais ceci reste une hypothèse contraire au savoir supposément acquis.

Dans le débat de 1875, à la Société Médicale de Lima, N. Pancorvo peut proposer la fièvre d'Oroya comme maladie autonome, sans toucher au sujet de son appartenance à la région

endémique de la verrue, car cette dernière est supposée être une dermatose apyrétique et bénigne, sans aucun problème de diagnostic différentiel avec le paludisme ou avec la fièvre d'Oroya du fait de la différence visible notable entre ces réalités pathologiques.

La conférence de Pancorvo se veut une critique des médecins qui pensent que la fièvre d'Oroya est seulement du paludisme, sans référence à Tasset (1872), lequel tient cette position. C'est seulement après la mort de Carrión que vont apparaître dans la littérature liménienne l'identité et les thèses des autres médecins critiqués par celui-ci.

J. A. de los Rios publie une lettre, en 1888, où il explique que A. León et L. Villar et lui-même, ont été mandatés, en avril de 1871, par la Faculté de Médecine de Lima, sous les ordres du Gouvernement Suprême du Pérou, pour se prononcer sur la situation pathologique des ouvriers du chemin de fer à l'Oroya. En 1918, Arce publie une partie de la lettre officielle de la commission aux autorités. On peut y lire le même contenu que celui du témoignage de Rios (1888). La commission déclare que « les maladies existantes là-bas [chez les ouvriers de le chemin de fer] et qui ont fait beaucoup de victimes, ne sont, en leur majorité, que des fièvres paludiques, différentes d'elles dans leur forme pernicieuse ».

Si la commission ne parle pas de la relation entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne, on peut supposer que c'est pour la même raison que Pancorvo. Dans tous les cas, la verrue est conçue tant par les professeurs de la Faculté que par Pancorvo comme une dermatose bénigne et apyrétique, ce qui conduit les uns et l'autre à envisager la maladie des ouvriers sans référence à la maladie de la verrue.

Dans le débat qui suit la conférence de Pancorvo, Salazar, l'auteur de la thèse de 1858, conteste l'autonomie nosologique de la fièvre d'Oroya, ainsi que la position de la commission de 1871. Salazar défend l'idée selon laquelle la fièvre d'Oroya est la période d'incubation de la verrue et reçoit le soutien de Fuentes, Barrios, Kinney et Bambaren.

Dans le deuxième débat sur ce même sujet, La Puente conteste la position de Salazar en l'accusant de prendre une complication fréquente de la période d'incubation de la verrue comme si elle était un moment de l'évolution de la maladie.

Salazar et ses partisans étaient prêts à se débarrasser du concept de verrue comme dermatose strictement localisée, apyrétique et bénigne, mais ils n'avaient d'autre argument contre La Puente que celui de l'observation clinique.

De cette façon, on ne peut pas dire qui a proprement inventé la fièvre d'Oroya, mais on peut dire que ce qui a amené à son introduction cause dans le savoir sur la maladie fut la conception réduite de la verrue par médecine liménienne, surtout celle de la Faculté de Lima.

Dans les *Notes sur la verrue péruvienne* de Carrión, on rencontre seulement une trace de cette conception réduite, celle de la croyance en ce que la verrue n'entraîne pas la mort sans l'éruption.

Grâce à ce travail d'analyse de la période antérieure à Carrión, nous pouvons comprendre le débat entre La Puente, avec sa fièvre de verrue, et les partisans de la fièvre d'Oroya.

La Puente s'est précipité à parler de fièvre de la verrue parce qu'il a cru que Salazar, avec l'expérience de Carrión, avait à présent les éléments qui lui manquaient en 1875. Les partisans de la fièvre d'Oroya ont eu la même interprétation, mais le maintien de l'expression identique au débat de 1875, fièvre d'Oroya, a été une manière de réaffirmer qu'ils étaient dans le vrai. L'usage de l'expression 'fièvre de verrues' est une façon, pour La Puente, de dire qu'il savait déjà que la verrue est pyrétique et donc qu'il est également précurseur de cette vérité. Néanmoins, n'apparaît jamais l'expression 'fièvre de verrues' dans la littérature médicale avant son usage par La Puente, le jour suivant la mort de Carrión.

Avant même l'enterrement de Carrión, la médecine liménienne est envahie par le débat de 1875 et les premiers récits sur son expérience ont été placés dans le cadre de ce débat. Ceci explique la trajectoire du savoir sur la maladie dès octobre 1885.

Avec les *Notes sur la verrue péruvienne* de Carrión, la médecine liménienne a pu permettre la convergence et la rencontre entre les deux autres lignages de la pensée médicale sur la maladie.

Néanmoins, avec l'interprétation faite par les partisans de la fièvre d'Oroya, la médecine liménienne se distancie de la position de Bourse (1876) et Ward (1877), défendue par Hirsch (1883) dans la deuxième édition de son *Manuel de pathologie historique-géographique* dans lequel le concept de la verrue est amplifié, et qui donne place à la conception de verrue aiguë et épidémique formulée par Bourse (1876).

Donc, la lecture de l'expérience de Carrión dans le cadre du débat de 1875, a donné une nouvelle vie à la fièvre d'Oroya et déclenché un nouvel âge de son existence.

Chapitre IV : La fièvre grave de Carrión (1885-1913)

Avec la divulgation du résultat de l'expérience de Carrión dans le monde, la médecine internationale accepte la dialectique liménienne entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne. Même les plus sceptiques, comme P. Manson (1898), dans son *Manuel des maladies de climats chauds*, tombe dans le schème de la dialectique liménienne. Manson ne croit pas que l'expérience ait démontré l'unité entre les deux maladies, mais cela l'amène pourtant à accepter le dualisme liménien de la doctrine de l'unicité. Le récit d'Avendaño (1885) est aussi parvenu à faire disparaître de la mémoire historique européenne, l'unité nosologique que la maladie a possédée avec Tschudi (1845), Dounon (1871) et Hirsch (1860 e 1883). Après 1885, la pensée de ces auteurs fut oubliée ou réprimée et disparaît la fondation du savoir clinique de la maladie.

Une pensée médicale qui a perdu sa mémoire n'est plus une pensée vivante. La logique de la médecine française et d'expression allemande sur la verrue, pourtant fermement inscrite dans une lignée, disparaît sans laisser d'héritage. Il arrive la même chose à la pensée médicale du chemin de fer à l'Oroya.

Dès la divulgation de l'expérience de 1885, la tâche de la recherche sur la verrue a été complètement laissée à la médecine qui avait les malades en charge. C'est seulement à partir de 1910 que commenceront à paraître des travaux étrangers inédits et pertinents sur la maladie « nationale » du Pérou.

En s'attelant à cette tâche, les péruviens bouleversent leur approche du problème. Le récit historique du savoir sur la maladie de Carrión devient un programme disciplinaire de sa connaissance. La médecine péruvienne a admis cet état de fait et passe à identifier sous le nom de doctrine de l'unicité le pivot de la narration historique, l'unité nosologique de la fièvre d'Oroya et de la verrue péruvienne. Selon le programme doctrinaire de l'unicité, pour faire avancer la connaissance sur la maladie, toute nouvelle recherche doit être fondée sur la principale conquête de l'expérience de Carrión, la dite unité nosologique.

Mais, quand on regarde tout ce qui a été publié sur la maladie, entre 1885 et 1898, on s'aperçoit que les différences entre les travaux n'entament en rien l'identité d'une même problématique : qu'est que c'est la fièvre d'Oroya et quelle est sa relation avec la verrue ?

Donc, dans cette période, la médecine devient otage de ses présupposés et se renferme dans un cercle paradoxal : la narration historique célèbre comme conquête scientifique ce que la recherche veut connaître.

Du point de vue de l'objet, le problème de la connaissance sur la maladie, dans toute cette période, 1885-1898, pendant laquelle la médecine péruvienne n'était pas apte à la recherche microbiologique, est le même qu'à l'époque de Tschudi et de Dounon. L'observation

de la maladie doit commencer par le symptôme pathognomonique. Néanmoins, la condition de la recherche a changé. L'observateur n'arrive plus à la maladie et aux malades comme avant, armée seulement de la médecine de son temps.

Conformément au programme de la doctrine de l'unicité péruvien, la clinique doit aller à sa tâche d'observation munie d'une structure conceptuelle dualiste à remplir. Un des pôles nosologique est clair et défini de la manière la plus empirique possible : l'éruption typique peut être nommée par le mot 'verru'. Le pas suivant est la détermination de ce qu'est la fièvre d'Oroya. Mais, ce travail, par rapport à l'observation, est un exercice éminemment théorique parce que le principal défi est de maintenir le pôle sans définition, la fièvre d'Oroya, dans une relation suffisamment dialectique avec l'autre pôle de telle manière à ce que la doctrine de l'unicité et la narration historique de l'expérience de Carrión maintiennent leur sens logique interne.

Donc, la question n'est pas seulement de maintenir comme véridique l'information chronologique du dualisme nosologique avant Carrión. Le défi consiste à montrer que l'ancien dualisme répond à un véritable obstacle de la connaissance sur la maladie. Si, dans le savoir actuel de la maladie, on ne manifeste pas l'obstacle à l'observation clinique qui donne un sens épistémologique au dualisme nosologique antérieur l'expérience de 1885, la narration historique traditionnelle de la maladie perd son sens et, avec elle, la doctrine de l'unicité n'est plus valable.

De cet imbroglio partent tous les essais cliniques sur la maladie, de 1887 à 1898.

La médecine péruvienne est suffisamment avertie du lien entre l'usage ancien du nom 'fièvre d'Oroya' avec sa condition aiguë ; les signes nerveux ou typhoïdiques ; l'affaiblissement rapide, interprété, après l'expérience de Carrión, comme associé à quelques troubles dans le sang ; la possibilité de symptômes gastriques comme celui de Carrión ; et, finalement, la mort. La recherche historique sur la fièvre d'Oroya a repris tous ces points (à partir de Larrea y Quesada (1887)) même si n'existe alors aucune bonne étude sur Tasset (1872) et que Browne ne lui fut jamais connu.

Cette caractérisation de la fièvre d'Oroya, avant Carrión, a amené tous ses observateurs antérieurs à 1885 à relever le caractère typhoïdique de la maladie sans la postuler comme complication de la fièvre typhoïde.

Après Carrión, ce voisinage avec la fièvre typhoïde est transformé en un thème dangereux sur lequel on évite de revenir parce qu'il menace la doctrine de l'unicité. Même l'admission de la nécessité de quelques éléments de diagnostic différentiel a été évitée. Ainsi,

on voit la thèse doctorale de Chávez (1887), le médecin qui a fait l'inoculation à Carrión, essayer de regrouper diverses maladies sous le concept d'anémie pernicieuse. Son objectif est d'éclairer l'anémie de la fièvre grave de Carrión ou fièvre d'Oroya, une des maladies de la famille pathologique qu'il est en train de caractériser. Dans son travail, néanmoins, la maladie de Carrión n'a pas de symptômes typhoïdiques même s'il sait, grâce au *Relevé de l'expérience*, que Carrión est mort avec des troubles gastriques sérieux et qu'il a souffert de sursauts des tendons, un jour avant la mort.

Si on l'oppose à Chávez, la thèse doctorale d'Irujo (1890), sur la relation entre la fièvre typhoïde et la fièvre paludéenne au Pérou, ne dit pas un seul mot sur la fièvre d'Oroya ou sur la maladie de Carrión, quand bien même Pancorvo ait proposé une conception de la fièvre d'Oroya comme fièvre typhoïde palustre.

Toute se passe dans les deux thèses comme si la fièvre grave de Carrión ou fièvre d'Oroya ne possédait aucune relation avec la fièvre typhoïde ou les symptômes typhoïdiques.

A côté de cette méthode qui consiste à ignorer les questions irrésolues, existent deux autres mouvements de structuration conceptuelle de la fièvre d'Oroya ou fièvre grave de Carrión, tous deux relevant d'une approche globale de la maladie. Un des mouvements cherche à éviter la confrontation avec la doctrine de l'unicité, mais en même temps, à échapper au circuit fermé qu'elle implique, en minimisant la fièvre d'Oroya. L'autre mouvement, principalement défendu par Julian Arce et explicitement contraire au premier, se préoccupe de sauver la doctrine de l'unicité.

Le mouvement que nous dirons de minimisation, s'exprime le plus parfaitement dans le baccalauréat d'Antunez (1890) et dans le cours de pathologie clinique de Castillo (1894). Chez ces deux auteurs, la fièvre d'Oroya est une des formes possibles de l'étape précédant l'éruption. C'est la forme aiguë, avec des symptômes typhoïdiques et un pronostic vital engagé. Dans ce mouvement, ce qui est important, c'est la suppression de la dialectique entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne, par un usage réduit de la première dans la compréhension globale de l'évolution de la maladie. On peut y voir le même chemin que celui adopté par Bourse (1876), Ward (1877) et Hirsch (1883), chez qui la fièvre d'Oroya n'a pas d'existence.

En suivant cette voie, Antunez (1890) fut l'unique médecin à poser la question de la possibilité de comprendre la fièvre d'Oroya comme une complication d'une fièvre typhoïde.

En utilisant la conception réduite de la fièvre d'Oroya, la médecine liménienne est parvenue à une découverte clinique. Larrea y Quesada (1887), Bello (1895), Antunez (1890) et Odriozola (1898) ont fait une observation qui valide l'observation de la maladie de 1875. Dans

le premier débat sur la conférence de Pancorvo, Barrios renforce une position de Salazar selon laquelle la fièvre d'Oroya est la période d'incubation de la verrue, en se rapportant à une observation d'un médecin absent, Espinal. Selon Barrios, Espinal a eu le souci de faire un suivi des patients de la dite 'fièvre d'Oroya' qui ont survécu et quitté son service. Espinal dit à Barrios que tous les malades ont développée, tôt ou tard, l'éruption de la verrue.

Cette observation révèle qu'il peut y avoir, entre le pic symptomatique aigu initial de la maladie et l'éruption typique postérieure, une période de temps indéfini et intercalaire (Odriozola, 1898), lors de laquelle les symptômes généraux diminuent, ce qui produit une coupure entre les deux étapes de la maladie. Déjà en 1875 et chez les observateurs postérieurs, n'est pas jugée nécessaire chez tous les malades une claire scission entre ces deux états cliniques.

La découverte de la période intercalaire par Espinal pourrait donner une explication épistémologique du dualisme nosologique et la raison historique de ce dualisme pourrait alors être déterminée et résolue. Néanmoins, l'idée n'a été jamais prise comme une possible solution, dans la narration historique traditionnelle de la maladie. Les raisons en sont évidentes.

Expliquer le dualisme de cette façon serait une confession d'absence d'attention clinique de la médecine péruvienne. Il a suffi à Espinal de suivre ses patients attentivement. La médecine d'expression anglaise du chemin de fer à l'Oroya a de même fait cette observation attentive, dès Kinney (en 1875). Ward (1877), après son long séjour dans le service médical des travailleurs malades de verrues et avoir eu lui-même la maladie, élimine la fièvre typhoïde paludique d'Oroya de son entrevue avec Browne (1872-3).

En plus, si l'observation des cas non fatals de la fièvre d'Oroya est la clé du problème p des cas mortels et que cette solution existe dès 1875, pour quelle raison Carrión a t'il mis sa vie en danger ?

Donc, le mouvement de minimisation permet de mettre dans l'ordre de succession les possibilités des phénomènes et, ainsi, une bonne classification des formes différentes des étapes de la maladie, en donnant une compréhension globale de sa complexité phénoménale sur le plan clinique.

Ce mouvement de la pensée médicale liménienne, néanmoins, a été rejeté par les deux champions de la doctrine de l'unicité, J. Arce et E. Odriozola. On peut en comprendre la raison. Le mouvement de minimisation conduit à un affaiblissement de la dualité polaire entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne et donc rend la vérité de la narration historique traditionnelle et de la doctrine de l'unicité suspecte.

Quand on analyse les œuvres d'Arce et d'Odriozola, on voit que tous deux ont fait des efforts répétés pour maintenir forte et active la polarité dialectique entre les deux notions de la doctrine de l'unicité.

Arce (1889) a présenté un concept de la fièvre d'Oroya comme une forme de réalisation complète et achevée de la maladie de Carrión par opposition à la forme nommée verrue bénigne. La première c'est la forme aiguë, de difficile ou impossible éruption, avec pronostic vital engagé. L'autre forme est chronique, bénigne, presque ou totalement apyrétique.

Odriozola (1898) a pris la dichotomie des formes d'Arce comme modèle de son livre publié à Paris, *La maladie de Carrión*, considéré dans toute littérature comme la grande synthèse de l'âge clinique des études de la maladie. Le livre est divisé en deux grandes parties, chacune traite d'une des deux formes de la maladie de Carrión, en donnant à chacune d'elles tout le développement qu'on donne à une entité indépendante dans la nosographie médicale. Au-delà de cette formation générale clairement dichotomique, Odriozola appelle, encore, fièvre d'Oroya ou fièvre grave de Carrión la première période de la maladie par opposition à la période éruptive. Non satisfait des deux significations, Odriozola a utilisé le même nom pour un troisième concept, le syndrome de fièvre d'Oroya ou de fièvre grave de Carrión.

Le syndrome d'Odriozola est l'attaque fébrile aiguë, avec des caractéristiques qu'il appelle entériques pour ne dire pas typhoïdiques, avec un pronostic vital engagé et qui peut apparaître avant, pendant et après l'éruption.

En donnant à trois concepts la même terminologie, et ce dans un même livre, Odriozola (1898) conduit la doctrine de l'unicité à un point qui dépasse la dialectique et nous fait tomber dans l'équivoque.

À Lima, on en est à cet état d'équivocité, quand la médecine péruvienne devient apte au travail microbiologique.

Dès 1898, les observateurs se sont concentrés sur l'état grave et aigu de la maladie et sur l'analyse du sang des malades, suivant l'indication de l'inoculation de Carrión et non le chemin d'Izquierdo, selon lequel le bacille est dans les veines de la néoformation cutanée.

Il y a à Lima, deux recherches dans la période de 1901 à 1913. Une sur un parasite des globules rouges, l'autre sur un parasite du plasma sanguin des malades. Le chapitre quatre prendra comme objet seulement les recherches sur le deuxième parasite, parce que la confirmation de sa découverte sera la plus rapide et elle produira le premier clivage de la fièvre d'Oroya, avec une solution partielle de son usage.

En 1905, Tamayo communique la découverte d'une complication presque constante de tous les cas graves et aigus de maladie de Carrión. Pour arriver à cette découverte, Tamayo croise deux lignes d'investigation. Biffi *et al.* (1904) ont observé, dans un cas de maladie de Carrión, l'existence de deux bacilles. Un bacille n'a été pas reconnu. L'autre, considéré comme appartenant au groupe typho-coli, va être retenu par Tamayo dans son étude. L'autre ligne investigatrice relève du concept de syndrome de fièvre d'Oroya, caractérisé par Odriozola.

Tamayo a suspecté l'autonomie du syndrome d'Odriozola en relation au cycle évolutif de la maladie et donc a décidé d'analyser l'état du sang des patients, à cet état clinique. En profitant de la collection actualisée des bacilles du tout juste fondé Institut d'Hygiène de Lima, Tamayo (1905) parvient à des résultats affinés par rapport à la recherche initiale de Biffi *et al.* (1904). Il détermine qu'il y a un échantillon de parasites fréquemment trouvés dans le plasma des patients du syndrome d'Odriozola et presque jamais dans l'état apyrétique des malades : les bacilles paratyphiques.

Selon Tamayo, sa découverte apporte une réponse à la raison des caractéristiques typhoïdiques du syndrome de fièvre d'Oroya. En même temps, il pose la question de savoir si cette découverte ne résout pas aussi définitivement la fièvre d'Oroya.

Dans la littérature médicale anglaise qui, avec Manson (1898), s'est montré sceptique quant au récit d'Avendaño, est sorti l'article d'Eder (1906), donnant pour définitivement résolu le mystère de la fièvre d'Oroya comme fièvre typhoïde des tropiques.

À Lima, les partisans de la fièvre d'Oroya se sont alors levés (Odriozola, 1906 ; 1912a ; 1912b ; 1912c), pour défendre la conception de fièvre d'Oroya d'Arce (1889). La suppression d'une partie de son excès sémantique n'a jamais été abordée sérieusement à Lima. Tout se passe comme si le concept de syndrome d'Odriozola n'avait pas été proposé. La doctrine de l'unicité se replie sur deux significations antérieures, sans justificatif.

La confirmation de la découverte de Tamayo ne survient, de la part du reste de la communauté scientifique liménienne qu'en 1911, que quand Barton reconnaît la complication para-typhoïdique comme explication du cadre clinique caractérisé par le concept de syndrome d'Odriozola. Mais, Barton affirme que, même sans la complication para-typhoïdique, la maladie de Carrión n'est pas seulement une dermatose apyrétique et bénigne. Elle est anémique et fébrile avant l'éruption et ces symptômes sont produits à cause spécifiquement de la maladie, qui donne la possibilité de la complication para-typhoïdique.

Tamayo, néanmoins, n'a jamais affirmé que sa découverte réduit la verrue péruvienne à une dermatose apyrétique et bénigne, même si Eder (1906) lui, l'a interprétée de cette façon.

Tamayo (1905) a posé la question de savoir si la fièvre de la verrue ne pourrait pas être toujours expliquée comme des complications des bacilles encore inconnues, en plus de sa découverte des bacilles paratyphiques. Mais il a fait une considération clinique qui a été la même que Smith (1842), Tschudi (1845) et Dounon (1871). Il a considéré qu'il y a une fièvre qui doit, presque certainement, appartenir à la maladie parce qu'elle a une évolution synchrone avec la marche globale de la maladie. Il a strictement fait des bacilles para-typhoïdiques la cause du syndrome d'Odriozola et non de la fièvre de la maladie.

La ligne d'argumentation de Barton (1911) a été reprise par Arce (1913d), qui analyse une nouvelle fois les états graves de la maladie de Carrión et confirme, avec de nouvelles observations, la présence des bacilles découverts par Tamayo comme une complication entraînant la mort. Mais Arce veut démontrer qu'il est possible de mourir de la maladie de Carrión sans aucune complication. Il veut sauver le concept de fièvre d'Oroya ou fièvre grave de Carrión comme forme aiguë fatale et sans éruption par opposition à la forme de la verrue bénigne. Donc, après l'échec du syndrome d'Odriozola, Arce veut reprendre comme étendard de la doctrine de l'unicité son vieux concept de la maladie (Arce, 1889).

Ainsi, le quatrième chapitre a montré que la résolution étiologique du syndrome d'Odriozola n'a été pas suffisante pour mettre fin à la dialectique liménienne de la doctrine de l'unicité. Avec la nouvelle proposition de conceptualisation de la fièvre d'Oroya par Arce (1913d) l'hydre qui avait perdu une tête peut néanmoins survivre.

Conclusion

A partir de Rebagliati (1940), quand le dualisme étiologique et nosologique entre la fièvre d'Oroya et la verrue péruvienne de la première commission de Harvard (Strong *et al.*, 1913 et 1915) a été définitivement dépassé, la narration historique traditionnelle de la maladie de Carrión a été reprise avec la déclaration de victoire de la doctrine de l'unicité liménienne.

La présente thèse doctorale, à travers l'analyse épistémologique de la narration historique traditionnelle de la maladie de Carrión, s'est confrontée à la prétention de vérité de la doctrine de l'unicité, dès sa fondation, et ce travail permet les conclusions suivantes :

a) la doctrine de l'unicité cache un dualisme nosologique qui a été une invention liménienne, soit à l'âge clinique de la connaissance de la maladie, soit au commencement des études microbiologiques ;

b) ce dualisme n'était pas nécessaire à la connaissance clinique globale de l'évolution de la maladie. L'histoire montre que cette connaissance a été achevée par la médecine française et d'expression allemande, d'un côté, et par la médecine d'expression anglaise du chemin de fer à l'Oroya, de l'autre, et ce de deux façons : 1) soit sans l'usage de l'expression 'fièvre d'Oroya' (1842 à 1872), avant l'épidémie de verrue péruvienne des travailleurs du chemin de fer à l'Oroya ; 2) soit à travers le processus de rejet théorique du dualisme nosographique et de la dualité nosologique, avant 1885 ;

c) les *Notes sur la verrue péruvienne* de l'étudiant de médecine, D. A. Carrión, de publication posthume, sont l'essai le plus avancé de l'histoire de la médecine péruvienne, ce qui le rapproche de la compréhension clinique globale obtenue, d'un côté, par Hirsch (1883), grâce à l'aide de Bourse (1876) ; et, de l'autre côté, par Ward (1877), chacun d'eux couronnement d'un lignage de pensée médicale antérieure et indépendante de la pensée péruvienne et plus avancé qu'elle ;

d) dans la médecine péruvienne, ce qui explique l'avènement de la fièvre d'Oroya, à commencer par l'essai parisien de Tasset (1872), c'est la conception de la verrue péruvienne comme simple dermatose bénigne et apyrétique, le concept traditionnel restreint de la maladie, à Lima, dès l'époque de la thèse de Salazar (1858) jusqu'à l'époque de l'expérience de Carrión ;

e) le concept restreint de la verrue est aussi l'explication de l'origine de l'autonomie nosographique de la fièvre d'Oroya de Tasset (1872) et de ses héritiers, Browne (1873) et Pancorvo (1875) ;

f) le concept restreint de la verrue est aussi l'explication épistémologique (ce qui n'exclut pas un abordage d'autre nature, surtout politique) de l'avis de la commission de la Faculté de Médecine de Lima, en 1871, sur les événements pathologiques des ouvriers du chemin de fer à l'Oroya comme n'étant autre chose que du paludisme, alors que Bourse (1876) dira qu'il y a eu là-bas une épidémie de verrue péruvienne ;

g) dans les *Notes sur la verrue péruvienne*, Carrión est parvenu à vaincre le concept restreint de la verrue sur toutes ses aspects, mais pas sur les possibilités du risque vital de la maladie et, dans ce sens, le concept restreint de la maladie est une condition préliminaire épistémologique partielle de l'inoculation de Carrión ;

h) en conséquence du point 'g', le concept restreint de la verrue péruvienne est une raison partielle d'un risque de mort non prévu par Carrión et, par analogie, de la non prévision de la mort des ouvriers du chemin de fer à l'Oroya ;

i) chez Basadre, en 1873, chez Salazar et ses partisans, dans les débats de 1875, et dans le *Relevé de l'expérience* de Carrión, en 1886, la fièvre d'Oroya a été utilisée de manière stratégique pour la confrontation et amplification du concept restreint de verrue ;

j) avec la naissance de la narration traditionnelle de la maladie de Carrión, la fièvre d'Oroya sera prise dans une nouvelle stratégie, non plus pour confronter le concept restreint de la verrue, mais pour sauver l'expérience de Carrión et pour utiliser l'éloge du geste de l'étudiant pour faire l'éloge de la médecine péruvienne, en déguisant l'insuccès des efforts contre le concept restreint de la verrue et ses relations avec la mort de Carrión et avec la mort des travailleurs du chemin de fer à l'Oroya ;

l) l'effort liménien pour maintenir le dualisme fondamental, présupposé par la doctrine de l'unicité, est devenu une règle programmatique de la recherche clinique, dès les années 1886, dans laquelle un des concepts qui portait le même nom, 'fièvre d'Oroya', le syndrome autonome du cycle évolutif de la maladie, a été à la racine de la première découverte microbiologique, la complication para-typhoïdique typique de la maladie de Carrión ;

m) la suppression d'un des usages de la fièvre d'Oroya n'a pas conduit à sa disparition définitive du savoir sur la maladie : le dualisme fondamental de la doctrine de l'unicité liménienne a été repris par Arce (1913d), dans une tentative de donner une nouvelle vie à son ancien (Arce, 1889) concept de fièvre d'Oroya ;

n) à l'arrivée de la commission de Harvard au Pérou, en 1913, le dualisme fondamental de la doctrine de l'unicité était en pleine vigueur.

Notre thèse n'aborde pas l'analyse de la découverte de l'agent de la maladie de Carrión, thème qui exige de reprendre les années 1898 à 1913, dans une nouvelle investigation.

De toute façon, l'analyse qui a été faite est suffisante pour ne plus accepter, comme hypothèse d'investigation de la découverte de l'agent de la maladie, l'idée de valeur épistémologique principale de la narration historique actuelle de la maladie de Carrión, selon laquelle la vérité clinique de la doctrine de l'unicité liménienne a été le fondement de la vérité microbiologique actuellement reconnue.

Cette idée est inacceptable parce que la doctrine de l'unicité liménienne est la source d'une dialectique dualiste dans la conception de la maladie.

Notre thèse se termine, de cette façon, par l'ouverture problématique sur une possible future recherche sur la découverte de l'étiologie de la maladie de Carrión : une réserve critique relativement à la narration historique traditionnelle de la maladie, dans sa forme actuelle, laquelle lui a été donnée par Rebagliati (1940). De ce dernier vient une idée, apparemment simple : si la médecine péruvienne a toujours défendu l'idée de l'unicité, le dualisme de la commission de Harvard (Strong *et al.*, 1913) est l'invention et l'erreur de celle-ci. Donc, selon cette ligne de pensée, la victoire actuelle de la doctrine de l'unicité est la victoire de la médecine péruvienne.

Le principal résultat de cette thèse est la remise en cause de cette idée. Le corpus de la thèse permet de formuler une question pour la continuité du travail de l'histoire et de l'épistémologie de cette maladie : le dualisme étiologique et nosographique de la commission de Harvard n'a-t-il pas le dualisme de la doctrine de l'unicité liménienne comme un de ses fondements nécessaires ?

Bibliographie

a) Sources (1842 – 1913)

ACHARD, C. *et al.* (1896a). Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth *et* des bacilles paratyphiques. In : *Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie*, vol. XLVIII, tome 3, série 2, p. 940-2.

ACHARD, C. *et al.* (1896b). Infections para-typhoïdiques. In : *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, série 3, vol. XIII, p. 820-33

ALCEDAN, Mariano (1886). Enfermedad de Carrión. In : *La Crónica Médica*. Vol. III, n. 34, de 31 de outubro, p. 381-391

ANONYME (1875a). Sesión del 3 de setiembre de la Sociedad médica (Editorial). In : *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 21, 4 de setembro, Lima, p. 165-6.

ANONYME (1875b). Sesión del 15 del corriente de la Sociedad de medicina (Editorial). In : *La Gaceta Médica*, vol. I, n. 23, 18 de setembro, Lima, p. 181.

- ANONYME (1885a). Variedades. La Verruga. In : *El Monitor Médico*, vol. I, n. 7, 1º. de setembre de 1885, p. 140.
- ANONYME (1885b). Concurso sobre a verruga peruana. Seccion Editorial. In : *El Monitor Médico*. Vol. I, n. 9, 1º. de outubro, p. 161-2.
- ANONYME (1885c). Daniel A. Carrión. Seccion Editorial. In : *El Monitor Médico*. Vol. I, n. 9, 1º. de outubro, p. 162-3.
- ANONYME (1885d). La verruga. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, tome 22, série 2, n. 52, 25 de dezembro de 1885, p. 843.
- ANTUNEZ, Damaso D. (1890). Verruga peruana o enfermedad de Carrion. In : *La Crónica médica de Lima*, vol. VII, n. 83, 30 novembre 1890, p. 290 a 305.
- ARCE, Julian (1889). Fiebre de la Oroya. In : *La crónica médica de Lima*, vol. VI, p. 233 et suivants. Lima.
- ARCE, Julian (1913a). Apuntes sobre la enfermedad de Carrion In : *La Crónica médica de Lima*, vol. XXXI, p. 325-36
- ARCE, Julian (1913b). Algunas consideraciones sobre la hematología clínica de la fiebre grave de Carrion. In : *La Crónica médica de Lima*, vol. XXXI, p. 430-7.
- ARCE, Julian (1913c). La anemia de la fiebre grave de Carrión. Estudio comparado con otras anemias : su mecanismo. In : *La Crónica médica de Lima*, vol. XXXI, p. 438-47.
- ARCE, Julian (1913d). Algunas consideraciones sobre las infecciones bacterianas que complican y agravan la fiebre grave de Carrion. In : *La Crónica médica de Lima*, vol. XXXI, n. 600, p. 501-20.
- AVENDAÑO, Leonidas (1885). Daniel A. Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p. 396-401.
- BARTON, Alberto (1898). Investigation del hematozoário de Laveran y del bacilo de Eberth en la fiebre tifo-malaria. In : *Anales médicos gaditanos* (Cádiz), vol. XVII, p. 151-158.
- BARTON, Alberto (1901). El germen patógeno de la enfermedad de Carrión. Tesis presentada para optar el grado de bachiller en la Facultad de Medicina. In : *La crónica médica de Lima*, vol. XVIII, n. 301, p. 193-203; n. 302, p. 210-6.

- BARTON, Alberto (1911). A propósito del empleo del '606' en la verruga. In : *Gaceta de los Hospitales*, vol. IX, fasc. 167, p. 232-6.
- BARTON, Alberto (1912). No hay verruga en Matucana. In : *La Prensa*, 21 abril 1912 (Lima).
- BASADRE, Enrique C. (1885). Verrugas : historia clínica del quinto exámen profesional. Año de 1873. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p. 409-11.
- BEAUMANOIR (1890). Contribution a la géographie médicale. Division navale de l'Océan Pacifique (1888-1890). In : *Archives de médecine navale*, n. LIV, p. 230-35.
- BEAUMANOIR (1891). De la verruga. In : *Archives de médecine navale*, n. LV, p. 5-35.
- BELLO, Eduardo (1895). Caso de verruga meníngea. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XII, p. 106-8.
- BIFFI, Ugo *et al.* (1904) Sobre um caso de 'Enfermedad de Carrión' com verrucomas supurados. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XXI, n. 379, p. 285-295.
- BORDIER, Arthur (1880). Notes de pathologie exotique. Le bouton de Biskra et la verruga (bouton des Andes). In : *Archives de médecine navale*, vol. XXXIII, p. 382-388.
- BORDIER, Arthur (1884). *La géographie médicale*. Paris : C. Reinwald.
- BOURSE, F. (1876). Contributions à la géographie médicale. (Suite 1). Quelques mots sur la verruga. In : *Archives de médecine navale*, n. 25, p. 353-68.
- BROWNE, J. M. (1872-3). Verrugas and Oroya fevers. In : *Transactions of the session of the Medical Society of the State of California*, p. 173-182.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875a). Ata de la sesion del 13 de Setiembre de 1875. In : *La Gaceta Médica de Lima*, vol. I, n. 23, p. 181-3.
- BUSTAMANTE, Alejandro (1875b). Ata de la sesion del 15 de Setiembre de 1875. In : *La Gaceta Médica de Lima*, vol. I, p. 198-9.
- BUTLER, Almenara. (1885). Las exequias de Daniel A. Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p. 435-6.
- CAMPODÓNICO, E. (1895) Caso interesante de verruga peruana o verruga infecciosa. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XII, n. 147, p. 43-44.
- CASTILLO, Juan C. (1894) Verruga peruana. In : *La Crónica Médica*, vol. XI, n. 259; p. 275.289.305.

- CHASTANG, L. (1897), La verruga du Pérou ou maladie de Carrión. Revue et analyse de quelques travaux récents des médecins péruviens. In : *Archives de Médecine Navale*, n. LXVIII, p. 417-34.
- CHÁVEZ, Evaristo M. (1887). *Anemia perniciosa*. Lima : Imprenta y librerías de Benito Gil (thèse).
- CORRE, Armand (1887). *Traité clinique des maladies des pays chauds*. Paris : Octave Doin.
- DOCUMENTOS oficiales relativos á Daniel A. Carrión (1885). In : *La Crónica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p. 401-6.
- DOUNON, Paul-Louis-Victor (1871). Étude sur la Verruga, Maladie endémique dans les Andes Péruviennes. In : *Archives de médecine navale*. Vol. XVI, p. 255-310.
- EDER, M. D. (1906). Verruga peruana. *The journal of tropical medicine*, vol. IX, n. 14, p. 213-215.
- FIRTH, R. H. (1905). Verruga (entrée). In : ALLBUTT, Thomas Clifford (org.) *System of medicine*. London : Macmillan & Co., vol. II, p. 496-500.
- FOURNIER, A. (1874). Contributions a la géographie médicale. Station navale de l'Océan Pacifique. Renseignements recueillis pendant la campagne de la frégate *La Flore* (1870-1872). In : *Archives de médecine navale*, vol. XXII, p. 145-165.
- HIRSCH, August (1860). *Handbuch der historish-geographischen Patologie*. Erlangen : Ferdinand Enke (vol. I).
- HIRSCH, August (1883). *Die chronischen Infections- und Intoxications-Krankheiten, parasitäre Wundkrankheiten und chronische Ernährungs-Anomalieen von Historisch-Geographischen Standpunkte und mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie*. (Bearbeitet). Stuttgart : Ferdiand Enke.
- HIRSCH, August (1885). *Handbook of geographical and historical pathology*. Vol. II. Chronic infective, toxic, parasitic, septic and constitutional diseases. (Traduit de la seconde édition allemande par Charles Creighton). London : The new Sydenham Society (vol. CXII).
- HUTCHINSON, Thomas Joseph (1873). *Two years in Peru, with exploration of its antiquities*. London : Sampsn Low, Marston, Low, & Searle.
- IRUJO, Manuel (1890). *Fiebre tifo-malaria*. Lima : Imprenta y Librerías de Benito Gil. (thèse).

- IZQUIERDO, V. (1885) Spaltpilze bei der 'Verruga peruana'. In : *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, Vol. XCIX, p. 411-418.
- LA PUENTE, Ignacio (1885). *El Campeon* (6 octubre). Lima.
- LA PUENTE, Ignacio *et al.* (1885). Documentos oficiales relativos á Daniel A. Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, Vol. II, n. 22, p. 401-3.
- LARREA Y QUESADA, Agustín. (1887). Contribución al estudio de la verruga peruana. *La crónica médica*, vol. IV, p. 391-398.
- LASÈGUE, C. *et al.* (1872), Index bibliographique. In : *Archives générales de médecine*, série 6, n. 20, p. 510-1.
- LAVERAN, Charles Louis Alphonse (1881). *Nature parasitaire des accidents de l'impaludisme. Description d'un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre*. Paris : J.-B. Baillière.
- LE ROY DE MÉRICOURT, Alfred. (1864) Veruga. Note de la Rédaction. In : Contributions à la Géographie médicale. Station de l'Océan Pacifique (continuité). In : *Archives de Médecine Navale*, n. 2, p. 191-194.
- LETULLE, Maurice (1898). Histologie pathologique des verrugas cutanées. In : ODRIOZOLA, E. *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne*, Paris : G. Carré et C. Naud, 1898, p. 201-10.
- MACEDO, José Mariano (1885a). Las exequias de Daniel A. Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p. 435.
- MACEDO, José Mariano (1885b). Verruga peruana. Seccion Editorial. *El monitor médico*, vol. I, n. 10, p. 181-2.
- MAHE, J. (1879) Programme de séméiotique et d'étiologie pour l'étude des maladies exotiques et principalement des maladies des pays chauds. In : *Archives de médecine navales*. n. 31, p. 434-43.
- MALO, Nicolás (1885). Verruga peruana. Tesis presentada a la Universidad de Chile, el día 2 de noviembre de 1852. In : *La crónica médica de Lima*, vol. XII, n. 157, p. 201-11.
- MANSON, Patrick (1898). *Tropical Diseases. A manual of the diseases of warm climates*. New York : William Wood.

- MANSON, Patrick (1900). *Tropical Diseases. A manual of the diseases of warm climates.* London, Paris, New York e Melbourne : Cassell and Company.
- MATTO, David (1886). Discurso. In : *La Cronica médica.* Vol III, n. 34, p. 377-88. Reimpresão in : Valdizán, H. & Bambaren, Carlos A. *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana.* Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion. Lima : Sanmarti, 1921, p. 87- 95.
- MEDINA, Cassimiro *et al.* (1885). Contestación al Dr. Ignacio La Puente por los condiscípulos de Daniel A. Carrión. In : *El Campeón.* Lima, 8 octubre 1885.
- MEDINA, Cassimiro *et al.* (1886). *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión,* estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima : Imprenta del Estado.
- MEDINA, Cassimiro (1888). Homenaje a Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima,* p. 223.
- MESTANZA, Enrique (1885). Hospital de San Bartolomé. Servicio del Dr. Tomás Salazar. Fiebre de la Oroya ó de verruga. Historia recojida por el alumno E. Mestanza. In : *El Monitor Medico,* tomo I, 1º décembre 1885, p. 261-3.
- MIMBELA, Pablo S. (1897). La Curva Termica de la enfermedad de Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima,* vol. XIV, p. 357-365.
- NICOLLE, Charles (1898). Notes sur la Bactériologie de la Verruga du Pérou. In : *Annales de l'Institut Pasteur,* vol. 12, p. 591-598.
- NIELLY, Maurice (1881). *Eléments de pathologie exotique.* Paris : A. Delahaye.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1898). *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne.* Paris : G. Carré e C. Naud.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912a) Enfermedad de Carrion. Conferencia dada por el Decano y Catedrático de Clínica Médica, de la Facultad de Medicina en honor de los delegados al III Congreso de Estudiantes Americanos. In : *La Crónica Médica de Lima,* vol. XXIX, n. 566, p. 571-577.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912b) Enfermedad de Carrion. II Leccion (6 de mayo de 1912). In : *La Crónica Médica de Lima,* vol. XXIX, n. 572, p. 651-7.
- ODRIOZOLA, Ernesto (1912c) Enfermedad de Carrion. III Leccion (13 de mayo de 1912). In : *La Crónica Médica de Lima,* vol. XXIX, n. 575, p. 691-96.

- PANCORVO, Nicanor (1875). Fiebre de la Oroya. In : *La Gaceta Médica de Lima*, vol I, n, 21, p. 167-169, de 04 sept 1875.
- PATRON, Pablo (1889). La verruga de los conquistadores. In : *La Crónica Médica de Lima*, p. 101-105.
- PATRON, Pablo (1894). La enfermedad mortal de Huayna Capac. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XI, p. 179-183.
- PLEHN, A. (1905). Die akuten Exantheme. In : MENSE, Carl. *Handbuch der Tropenkrankheiten*, Leipzig : Johann Ambrosius Barth, 1^a. ed., vol. II, p. 434-441.
- PUYSSÉGUR, Marc-François-Bertrand (1898). *De la verruga ou maladie de Carrion*, Bordeaux : Paul Cassagnol. (thèse).
- QUIROGA, José Maria (1875). Fiebres perniciosas de los niños, em la presente estacion, tratadas por inyecciones hipodérmicas de sulfato de quinina. In : *La Gaceta Médica de Lima*, vol. I, n. 10, p. 70-2.
- RAIMONDI, Antonio (1874). *El Perú*. Tomo I, Parte Preliminar. Lima : Imprenta del Estado.
- REY, H. (1886) Daniel Carrion et la verruga. *Archives de médecine navale*, n. 45, p. 378-383.
- RHO, Filippo (1897). *Malattie predominanti nei paesi caldi e temperati*. Torino : Rosenberg & Sellier.
- RIOS, José A. de los (1888). In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. V, n. 58, p. 376-79.
- ROCHARD, Jules (1871), Étude synthétique sur les maladies endémiques. In : *Archives de médecine navale*, tome 15, p. 257-343.
- SALAZAR, Tomas (1858). Historia de las verrugas. *Gaceta Médica de Lima*, vol. II, tome II, n. 38, p. 161-164, 175-178. (thèse).
- SCHEUBE, B. (1896). *Die Krankheiten der warmen Länder*. Ein Handbuch für Ärzte. Jena : Gustav Fischer.
- SCHEUBE, B. (1900). *Die Krankheiten der warmen Länder*. Ein Handbuch für Ärzte. Zweite umgearbeitete Auflage. Jena : Gustav Fischer.
- SMITH, Archibald (1840). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (I. Diseases of the Coast). In : *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. LIII, n. 143, p. 298-340.

- SMITH, Archibald (1841). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (I. Diseases of the Coast continued. Diseases of nervous system). In : *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, vol. LVI, n. 148, p.152-82; n. 149, p. 390-401.
- SMITH, Archibald (1842). Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (III. Diseases of the Intermediary Valleys of Peru). In : *Edinburgh Medical and Surgical Journal*. Vol. LVIII, n. 152, p. 59-71.
- SMITH, Archibald (1857). Typhoid fever in the Andes. In : *Medical times and Gazette*, October 10, p. 382.
- SMITH, Archibald (1858a). Verruca-andicola. In : *The medical times and gazette*, vol. XVII, p. 280-281, London.
- SMITH, Archibald (1858b). The geography of diseases in the climates of Peru. In : *The Edinburgh new philosophical Journal*, vol. VII (nouvelle série), p. 43-62. Traduction pour espagnol par L. Villar : Geografía de las enfermedades en los climas del Peru. In : *Gaceta Médica de Lima*, 1858, vol. II, tome II, n. 41.42.43.44.45, p. 202-3.216-9.232-4.248-50.261-6.
- STRONG, Richard P. *et al.* (1913) Verruga peruviana, Oroya fever and uta. Preliminary report of the first expedition to South America from the Department of Tropical Medicine of Harvard University. In : *The Journal of the American Medical Association*, vol. LXI, n. 19, p. 1713-6.
- STRONG, Richard P. *et al.* (1915). *Report of the first expedition to South America*. Cambridge : Harvard University Press.
- TAMAYO, M. O. (1905). Apuntes sobre la bacteriología de la enfermedad de Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XXII, n. 406, p. 335-344; n. 407, p. 349-59.
- TAMAYO, M. O. (1906). Um ensayo de vacunación contra los tifosímiles de la verruga febril. In : *La Crónica Médica*, vol. XXIII, n. 427, p. 295-305.
- TAMAYO, M. O. *et al.* (1906). El hemoliso-diagnostico em la fiebre grave de Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XXIII, n. , p. 327-332.
- TAMAYO, M. O. *et al.* (1907). Un ensayo de clasificacion de los similtificos de la verruga febril. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. XXIV, n. 453, p. 321-32.

- TASSET, Charles (1872). Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes pernicieuses paludéennes, et la verrue péruvienne. In : *Le Moniteur Scientifique*, Paris, tome IV, p. 451-469.
- TSCHUDI, Johann Jakob von. (1845) Die Verugas. Eine in Peru endemische Krankheit. In : *Archiv für physiologische Heilkunde*, vol. IV, p. 378-390. Stuttgart.
- TSCHUDI, Johann Jakob von. (1846) *Peru, Reiseskizzen aus den Jahren 1838-1842*. St. Gallen : Verlag Scheitlin und Zollikofer, vol. I (2 volumes).
- TSCHUDI, Johann Jakob von. (1847) *Travels in Peru during the years 1838-1842, on the coast, in the sierra, across the cordilleras and the Andes, into the primeval forests*. Trad. Thomasina Ross. London : David Bogue.
- TSCHUDI, Johann Jakob von (1872). Die Verrugakrankheit in Peru. In : *Wiener medizinische Wochenschrift*, vol. XXII, p. 245-250.
- TSCHUDI, Johann Jakob von (2003). *El Perú*. Esbozos de viajes realizados entre 1838 y 1842. Trad. de l'allemande par Peter Kaulicke. Lima : Fondo Editorial - Pontificia Universidad Católica del Perú.
- VELEZ, Armando (1861). Anatomía Patológica de las verrugas. Tesis sostenida por el alumno Armando Velez para obtener el grado de Bachiller en medicina bajo la precidencia del Dr. Don Manuel Odriozola el 11 de mayo de 1861. In : Tesis 609. Lima : Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de S. Marcos. (*manuscripts*).
- VILLAR, Leonardo (1885). Documentos oficiales relativos á Daniel A. Carrión. In : *La Crónica Médica de Lima*, vol. II, n. 22, p.p. 404-6.
- WARD, George A. (1877). Verruga, a disease peculiar to Peru. In : *Transactions of the International Medical Congress of Philadelphia*, p. 685-690.

b) Études

- ALDANA G., Luis Antonio (1949). Contribución al estudio de la complicación salmonellosica en la Enfermedad de Carrión. In : *Revista de la Sanidad de Policía*, vol. IX, p. 9-78.
- ALZAMORA Y CASTRO, Victor V. (1940). Enfermedad de Carrión. Ensayo de etiopatogenia. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, vol. XVIII, n. 23, p. 9-50.

- BRENNER, F. W. *et al.* (2000). Salmonella nomenclature. In: *Journal of clinical microbiology*, vol. 38, n. 7., p. 2465-7
- CUADRA C., Manuel (1954). La complicación salmonelósica en la bartonelosis aguda (anemia de Carrión). Estudio clínico nosográfico y terapéutico. In : *Revista Médica Peruana*, vol. XXV, n. 307.
- CUADRA CALLE, Manuel *et al.* (2000). Enfermedad de Carrión : inoculaciones de seres humanos con Bartonella bacilliformis, una revisión. In : *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. LXI, n. 4, p. 289-294.
- CUETO, Marcos (1989). *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú (1890 – 1950)*. Lima : Ed. de l'auteur.
- CUETO, Marcos (1996). Tropical Medicine and bacteriology in Boston and Peru : studies of Carrión's Disease in the early Twentieth Century. In : *Medical History*, vol. 40, p. 344-64.
- DELAPORTE, François (1989). *Historia de la fiebre amarilla. Nacimiento de la medicina tropical*. Paris : Centro d'Études Mexicaines et Centroaméricaines; México : Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- DELAPORTE, François (2003b). *A doença de Chagas. História de uma calamidade continental*. Ribeirão Preto : Holos.
- FOUCAULT, Michel (1963). *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- GARCÍA-CÁCERES, Uriel (1972). *Historia crítica de Daniel Carrión y de la medicina de su época*. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia. (thèse).
- GARCÍA-CÁCERES, Uriel *et al.* (1991). Bartonellosis, an immunodepressive disease and the life of Daniel Alcides Carrión. In : *American Journal of Clinical Pathology*, vol. XCV, n. 4, supplement 1, p. (s)58-(s)66.
- GARRIDO CHACON, Mercy Mary. (2004) *Características clínicas epidemiológicas de bartonelosis aguda y sus formas graves complicadas en pediatría en el hospital general de Jaen*. Enero 2002-Junio 2004. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- GONZÁLES R., C. *et al.* (2007) Bartonellosis (fiebre de La Oroya o verruga peruana) ¿Enfermedad ocupacional? In : *Medicina y seguridad del trabajo*, vol.53, n. 209, 4o. trimestre, dezembro, p. 35-41, Madrid.

- GREUB, Gilbert *et al.* (2002). Bartonella : new explanations for old diseases. In : *Journal of Medical Microbiology*, vol. 51, p. 915-23.
- LASTRES, Juan B. (1957). *Daniel A. Carrión*. Lima : sens maison éditoriale.
- LASTRES, Juan B. (1959). Un enfuerzo poco conocido en la historia de la Verruga, Dr Ricardo Espinal. *Anales de la Facultad de medicina*, tomo 42, n. 2, second trimestre, p. 206-12.
- MACKEHENIE, Daniel (1935). La verruga peruana y la familia tifo-exantemática. In : *Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*, tome XVIII, n. 2, 4º trimestre, p. 245-333.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino. (1993) *Estudio clínico de 145 casos de Bartonellosis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia : 1969-1992*. Universidad peruana Cayetano Heredia. Escuela de postgrado 'Victor Alzamora Castro'. Lima. (thése).
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino (1998). *Bartonellosis o enfermedad de Carrión : Nuevos aspectos de una vieja enfermedad*. Lima : A.F.A. Editores Importadores.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino *et al.* (2000). Bartonellosis new and old. In : *Infectious disease clinics of North America*, vol. XIV, n. 1, p. 1-22.
- MAGUIÑA VARGAS, Ciro Peregrino *et al.* (2008). Actualización de la enfermedad de Carrión. In : *Rer. Med. Hered.*, vol. XIX, n. 1, p. 36-41.
- MATALLANA, Gustavo Delgado (2001). *Daniel Alcides Carrión*. Mártir de la medicina peruana. Héroe Nacional. Ley 25342. Lima : Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Asociación de Historia de la Medicina Peruana y Parques Conmemorativos.
- MONGE, Carlos (1925). La enfermedad y la muerte de Carrión. In : *Anales de la Facultad de Medicina*. Fascicule extraordinaire, p. 86-91.
- MURILLO, Juan *et al.* (2002) Daniel Alcides Carrión y su contribución al imaginario cultural de la medicina peruana. In : *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. LXIII, n. 2, p. 57-75.
- PANCHAS CHÁVEZ, Paúl Esteben (2001). *Enfermedad de Carrión (bartonellosis) en el Peru*. Lima : Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Saldud (INS).
- PESCE, Hugo (1957). Carrión y su positivismo científico. Discurso de orden. In : *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 40, p. 773-84.

- REBAGLIATI, Raul (1940). *Verruga peruana (Enfermedad de Carrión)*. Lima : Torres Aguirre.
- REYNAFARJE, César *et al.* (1961). The Hemolytic Anemia of Human Bartonellosis. In : *Blood*, vol. 17, p. 562-78.
- RIBEYRO, Ramón E. (1933), Verruga Peruana y Paratífico B. In : *La reforma médica*, vol. XVI, n. 149, p. 252-262.
- RICKETTS, William E. (1948). Intercurrent infections of Carrion's disease observed in Peru, In : *American Journal of Tropical Medicine*, vol. 28, n. 3, p. 437-51.
- SAETTONE-LEÓN, Arturo (2004). Verruga Peruana. In : *Dermatología Peruana*, vol. 14, n. 2, p. 121-133. Lima.
- TINDALL, B. J. *et. al.* (2005). Nomenclature and taxonomy of the genus Salmonella. In: *International journal of systematic and evolutionary microbiology*, vol. 55, p. 521-4.
- URTEAGA B., Oscar (1948). Histo-patogenia de la anemia em la verruga peruana. In : *Arch. Peruanos Patol. Clin.*, vol. II, n. 355, p. 355-76.
- URTEAGA B., Oscar *et al.* (1965). Ciclo biológico de reproducción de la *Bartonella bacilliformis* en los tejidos de pacientes de verruga peruana o enfermedad de Carrión. In : *Arch. Peruanos Patol. Clin.*, vol. XIX, p. 1-84.
- VALDIZÁN, Hermilio *et al.* (1921) *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana*. Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion. Lima : Sanmarti.
- VALDIZÁN, Hermilio (1925). Apuntes para la historia de la verruga peruana. In : *Anales de la Facultad de Medicina*. Fascicule extraordinaire, 1^{er} octobre 1925, p. 34-44.
- VELASQUEZ ACOSTA, Pablo Maximo. (1999) *Enfermedad de Carrón : Reflexiones sobre el agente etiológico, fisiopatología, manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas en el niño*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- WEISS, Pedro (1933). Contribución al estudio de la verruga peruana o enfermedad de Carrión. *Revista Médica latino-americana*, vol. XVIII, p. 1121-58, Buenos Aires.