



De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu

Keeping an eye on Brazil: Medical Geography and Alphonse Rendu's journey

Flavio C. Edler

Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz
edler@coc.fiocruz.br

EDLER, F. C.: 'De olho no Brasil: a geografia médica e a viagem de Alphonse Rendu'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (suplemento), 925-43, 2001.

Este artigo procura chamar atenção para a importância da história natural na produção do conhecimento médico a partir de fins do século XVIII e, ao mesmo tempo, elucidar a posição estratégica que, no século XIX, o Império brasileiro veio a ocupar no programa de pesquisa orientado pelo paradigma etiológico ambientalista, sob a égide da geografia médica. A análise do relatório da viagem realizada pelo médico francês Alphonse Rendu ao Brasil, entre 1844 e 1845, permite destacar uma fase característica daquele ramo da medicina acadêmica européia. Ao mesmo tempo, o artigo permite identificar uma segunda fase da geografia médica, inaugurada a partir da criação dos *Archives de Médecine Navale*, na década de 1860.

PALAVRAS-CHAVE: história médica, geografia médica, história da medicina no Brasil, viagens científicas ao Brasil, história do Brasil, medicina.

EDLER, F. C.: 'Keeping an eye on Brazil: Medical Geography and Alphonse Rendu's journey'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (suplemento), 925-43, 2001.

This article emphasizes the important role Natural History has played in the production of medical knowledge from the end of the eighteenth century on. It also tries to clarify the strategic position Brazilian empire came to have in the nineteenth century in relation with etiologically and environmentally oriented research programs under the patronage of Medical Geography. The analysis of the French physician Alphonse Rendu's travel reports, from 1844 to 1845, leads to the recognition of a very specific period of that branch of European medical schools. Besides, the article provides the recognition of a second period of Medical Geography, that starts with the creation of the Archives de Médecine Navale in the 1860's.

KEYWORDS: *History of Medicine, Medical Geography, History of Medicine in Brazil, scientific journeys in Brazil, History of Brazil, Medical Science.*

Transportez sous les tropiques un de nos traités classiques les plus estimé, et il ne sera plus la représentation ni entière ni fidèle de la pathologie... Chaque coin de terre a son climat, son hygiène, ses maladies et sa thérapeutique...

(Dechambre, 1864).

Introdução

Quando pensamos nos viajantes europeus que percorreram o território brasileiro entre fins do século XVIII e ao longo de todo o século seguinte, imediatamente nos vem a imagem do escrupuloso naturalista ocupado em inventariar os tipos humanos, nossa flora e fauna, além de coletar dados geológicos e meteorológicos. As belas pranchas e anotações que encontramos em museus, bibliotecas ou publicações luxuosas contêm um conjunto diversificado de registros: exemplares de espécies nativas; aquarelas que buscam representar um cenário natural; utensílios fabricados pelas populações indígenas; usos e costumes dessa mesma população; hábitos pitorescos dos habitantes de vilas e cidades...

Embora seja evidente em muitos desses relatos o interesse em assinalar as doenças encontradas nos habitantes das regiões percorridas e os meios empregados para a cura, em especial as drogas fitoterápicas, os historiadores têm se dedicado pouco a desvendar a relação entre essas viagens e as idéias médicas do período. Este artigo procura chamar atenção para a gradativa importância que alguns ramos da história natural foram conquistando na produção do conhecimento médico a partir de fins do século XVIII e, ao mesmo tempo, elucidar a posição estratégica que, no século XIX, o Império brasileiro veio a ocupar no programa de pesquisa orientado pelo paradigma etiológico ambientalista.

Tal empreendimento, liderado por clínicos e higienistas das potências coloniais européias, esteve voltado para a construção de um conhecimento médico adequado à patologia e à terapêutica tropicais. A análise do relatório da viagem realizada pelo médico francês Alphonse Rendu ao Brasil, entre 1844 e 1845, permitirá destacar uma fase característica daquele ramo da medicina acadêmica européia — a geografia médica — que institucionalizou a viagem exploratória como condição inerente à produção do conhecimento médico e à formação profissional do médico cujo tirocínio fosse voltado para as populações residentes nos trópicos.

As bases epistêmicas da topografia médica

A antiga noção de que todo ser vivo depende do seu meio tornou-se um axioma fértil, contribuindo para o desenvolvimento de várias

especialidades científicas, durante o século XIX. Mas, para diferentes tradições científicas — os evolucionismos lamarkista e darwinista, a biogeografia, a climatologia médica, a fisiologia, a antropogeografia e a mesologia —, a idéia de meio e sua relação com os seres vivos nunca teve conotação unívoca. A ruptura entre a antiga concepção de meio ambiente, forjada no esteio do hipocratismo — mesclado às teorias aristotélicas e galênicas —, e a moderna concepção mecanicista, tributária da física newtoniana, raramente foi enfatizada pelos historiadores da medicina que se reportaram à gênese do neo-hipocratismo, ou climatologia médica, como preferimos (Canguilhem, 1985).

É preciso ressaltar, na contracorrente dos estudos tradicionais, a bifurcação da tradição hipocrática, a partir de meados do século XVIII, quando, nos estudos de patologia médica, diferentemente da antropogeografia, iria introduzir-se gradativamente uma concepção mecanicista na análise da relação entre os seres vivos e seu meio ambiente. Se é correto afirmar que a grande reputação de Hipócrates estimulou o estudo dos fatores ambientais que afetavam os seres humanos, devemos sublinhar, por outro lado, que, em fins do século XVIII e princípios do XIX, o conceito de meio era preenchido por entidades físicas totalmente diversas, em interação com processos fisiológicos radicalmente estranhos à fisiologia humoral (Jordanova, 1984, pp. 58-70). Vejamos, brevemente, como isso se deu.

O gênero de literatura científica conhecido como topografia médica renovou os estudos que correlacionavam os aspectos ambientais, que, em uma certa localidade, eram tomados como protagonistas na produção de certas doenças. Sydenham parece ter sido o primeiro a introduzir a concepção de constituição epidêmica, em um sentido distinto daquele dado por Hipócrates, já que, para ele, haveria um caráter episódico ligado a influências circunstanciais provenientes do meio ambiente.

Ao contrário da constituição hipocrática, que seria fixa em cada local, para Sydenham a constituição epidêmica teria perfil efêmero, maligno ou benigno. Conforme insistiu Foucault, o suporte deste tipo de percepção seria um núcleo de circunstâncias climático-telúricas.¹ Ao mesmo tempo que Sydenham expunha suas idéias, novos instrumentos de medição dos fatores meteorológicos estavam sendo desenvolvidos, tais como o termômetro, o barômetro, o pluviômetro, aparelhos para a medição da velocidade dos ventos e da composição química do ar atmosférico — o eudiômetro. Com isso, surgiu a possibilidade de uma meteorologia quantificada, em lugar das descrições qualitativas até então prevalentes.

A constituição de séries sistemáticas de dados meteorológicos iniciou-se em fins do século XVII, na Inglaterra, por iniciativa de Robert Boyle (1632-1723), John Locke (1632-1704) e outros, sob os auspícios da Royal Society de Londres (Hannaway, 1993, pp. 292-308). Já em fins do século XVIII, a meteorologia tornava-se uma ciência distinta da astronomia, e suas avaliações e prognósticos deixaram definitivamente

¹ A essência da epidemia não era a peste ou o catarro; era Marselha, em 1721: o momento e o lugar (Foucault, 1994, pp. 22-5).

de ser induzidos de vôos de pássaros, ou insetos, dos aspectos da lua etc. (Renou, 1873, p. 314).

O clima seria, desde então, constituído pela combinação variada dos elementos meteorológicos próprios a cada região do globo terrestre. Todos os elementos meteorológicos — a temperatura, o grau de umidade ou secura do ar, a pressão atmosférica, a força e a direção do vento, o estado mais ou menos nublado do céu, a quantidade de chuva, a quantidade de ozona e eletricidade — puderam ser expressos por meio de cifras. Falava-se então de uma fisionomia meteorológica. A diferença de latitude firmou-se, inicialmente, como a causa mais importante da diferença climática, secundada pelos fatores topográficos.

A síntese entre as ciências ambientais — a climatologia, a meteorologia, a topografia e a geologia — e a medicina, então profundamente influenciada pela *démarche* sensualista, tinha raízes profundas na filosofia natural do Século das Luzes. Considerações cosmológicas eram subjacentes ao modo pelo qual os *savants* daquele período entendiam o impacto da natureza sobre a espécie humana e, reciprocamente, do homem sobre a natureza. Por um lado, havia um grande respeito pelo poder das leis naturais, sugerindo que a obediência a tais leis beneficiaria a raça humana. Por outro lado, os parâmetros físicos que afetariam os seres vivos podiam ser medidos, manipulados e conhecidos, tornando os seres humanos agentes de mudança.

Condições naturais podiam ser alteradas diretamente por meio, por exemplo, de secagem de pântanos ou abertura de clareiras em florestas, tornando-se tópicos de grande relevância para os higienistas. Além disso, o conhecimento das leis naturais permitiria que as pessoas discernissem os meios de diminuir o impacto da natureza, modificando hábitos anti-higiênicos. Ou, como pregavam os higienistas, conformando-se às regras de preservação da saúde. Dois temas centrais para as ciências da vida, em fins do século XVIII, permitiriam o deslanchar do pensamento higienista: a noção de ‘adaptação’ e a idéia de que tanto a vida quanto o meio ambiente tinham uma ‘história’ (Jordanova, op. cit., p. 122).

A literatura sobre as causas ambientais das doenças mantinha uma orientação empiricista. Naturalistas, médicos de província e membros correspondentes de sociedades científicas eram incentivados a reunir um volume crescente de dados climatológicos e nosológicos, pois grande utilidade prática adviria de tal empreendimento.² Lécuyer (1986, p. 70) salienta que o protocolo de observações, originado da tradição neo-hipocrática, partia das circunstâncias mais gerais até alcançar aquelas particulares ao doente. O bom médico examinava, então, sucessivamente os *circunfusa* (meteorologia, hidrologia, geologia, climas e habitações), os *ingesta* (alimentos e bebidas), os *excreta* (excreções e banhos), os *applicata* (vestimentas e cosméticos), os *percepta* (costumes, sexualidade, higiene pessoal) e, por fim, os *gesta* (movimentos habituais, atividades profissionais).

² Na França, a Sociedade Real de Medicina de Paris, sob a influência das idéias rousseauianas do médico austríaco Johann Peter Frank (1748-1821), foi bem-sucedida ao organizar uma rede extensa de observadores em cada província, com o objetivo de correlacionar dados meteorológicos com a estatística de certas doenças.

O debate etiológico no contexto da medicina hospitalar

A institucionalização, em Paris, da medicina anatomoclínica, no período pós-revolucionário, teve, como se sabe, profunda ressonância em toda a cultura médica acadêmica dentro e fora da Europa (Warner, 1992). O diagnóstico físico, especialmente com o desenvolvimento da percussão, da auscultação e dos métodos que correlacionavam os fenômenos clínicos e anatomopatológicos, deu ênfase à lesão local como a característica mais importante na definição de doença.

No que interessa à nossa discussão, o ponto de inflexão a ser ressaltado na nova abordagem refere-se ao fato de que a dor e os sinais análogos, juntamente com os sintomas, não seriam mais concebidos como doenças a serem classificadas, mas como indicadores que direcionavam o diagnóstico para órgãos e tecidos em que a doença estava localizada. À exceção do capítulo especial das febres e doenças do sistema nervoso, que não podiam ser diretamente apreciadas pelo método anatomoclínico — e geraram inúmeras controvérsias sobre sua etiologia até a afirmação do paradigma pastoriano —, a anatomia patológica resultou no primeiro grande consenso da medicina moderna (Bynum, 1993, p. 349; Naraindas, 1994). Nesse sentido estrito de um conjunto de técnicas de diagnóstico, a anatomoclínica tornou-se a primeira tradição médica verdadeiramente internacional (Maulitz, 1993, p. 175).

Por volta de 1830, a anatomoclínica, em Paris, assim como no resto do mundo influenciado pela medicina francesa, começou a estabilizar os mecanismos que produziram um largo consenso sobre os dados macroscópicos de anatomia patológica que seriam utilizados na prática (Geison, 1979; Maulitz, 1979; Warner, 1992; Atwater, 1985) clínica como base científica do diagnóstico. A literatura histórica catalogou os elementos da medicina francesa que se difundiram pelo mundo, acentuando o estetoscópio, o exame físico, a patologia tissular, a instrução clínica sistemática junto ao leito do paciente, a autópsia, o ceticismo clínico e a estatística clínica.

Salientemos que as profundas mudanças alcançadas na produção do diagnóstico com a emergente institucionalização da anatomoclínica não alterou as antigas noções de doença e etiologia de caráter ambientalista. Isso ocorria apesar da relutância em se especular sobre as causas últimas das doenças e da ênfase em reconhecê-las apenas por suas conseqüências clínicas e anatomopatológicas (Bynum, 1993, pp. 348-53). É preciso insistir no fato de que as discussões etiológicas tinham um significado bem distinto daquele que viriam a assumir a partir de fins da século XIX, no contexto pastoriano. Em lugar de se buscar um agente causal específico, que seria identificado com o ser da doença, radicado em uma concepção ontológica, a tradição pré-pastoriana supunha a existência de uma complexa hierarquia de causas. Tal compreensão implicava uma percepção não essencialista das doenças. Estas não teriam existência em si, ainda que os autores a elas se

referissem como entidades distintas, quase sempre localizadas espacialmente nas partes sólidas do corpo. A natureza de uma doença manteria referência direta com o temperamento e a estrutura peculiar de um indivíduo — sua constituição física, seu dinamismo fisiológico e psicológico.

Assim, os agentes externos — miasma, calor, pressão atmosférica, umidade, parasitas, temperatura etc. —, tomados em conjunto ou discriminados hierarquicamente, jamais concorreriam isoladamente para formar uma afecção. Eles poderiam contribuir — circunstancialmente, ou de modo preponderante — para produzir uma situação que, eventualmente, conduziria a um estado mórbido. Seriam uma condição necessária, mas nunca suficiente. No caso das raras doenças reconhecidamente causadas por parasitas ou miasmas, as autoridades médicas estavam divididas, embora o consenso no meio médico e veterinário pendesse para a posição não ontológica, como veremos adiante, ao discutirmos a patologização dos trópicos. No limite, cada paciente possuiria uma identidade fisiológica particular. Um médico que conhecesse as idiosincrasias próprias à constituição física de seu paciente ou de sua família, ou que praticasse normalmente em certa localidade, estaria em melhor posição para identificar e curar uma afecção do que um médico estranho à família ou ao lugar.

A idéia de vulnerabilidade do organismo humano face aos elementos meteoropatológicos e telúricos (miasmas, gases químicos e quaisquer outras partículas suspensas na atmosfera), tomados em conjunto pela noção de meio ambiente ou clima, sofreria um forte revés a partir da segunda metade do século XIX, quando a estatística médica e sobretudo o laboratório entrariam em cena para discriminar — a primeira — e domesticar — o segundo — a ação dos diferentes agentes externos.³

³ O ponto de vista antiontológico que descrevemos foi compartilhado pela estatística médica (Lécuyer, 1977) e reforçado pelos estudos fisiológicos de Magendie, Broussais e Claude Bernard (Canguillem, 1977).

A geografia médica

A patologização do espaço, que as topografias médicas do século XVIII tinham levado a cabo sob o impulso do paradigma neo-hipocrático, alcançaria uma nova dimensão com a expansão colonialista européia, levando à mobilização sem precedentes de um vasto conjunto de fenômenos nosológicos, patológicos e terapêuticos por todo globo terrestre. Um grupo específico de profissionais da medicina, quase todos médicos militares que praticavam em regiões política, cultural e economicamente subordinadas às principais potências coloniais européias, esteve à testa dessa empresa. Eles reclamaram para si a responsabilidade na tarefa de definir os problemas médico-higiênicos e estabelecer os parâmetros de sua solução, nas zonas do ecúmeno periféricas aos principais centros de cultura médica. O antigo estoque de conhecimentos sobre os agentes etiológicos — os processos patogênicos e as morbidades que eles ocasionavam — seria constantemente reestruturado, ao longo de todo século XIX, antes

mesmo do advento da teoria microbiana das doenças. Essas idéias sobre patologia não planavam em um puro universo conceitual, sendo os conhecimentos médicos sobre os trópicos controlados e validados em circuitos específicos.

O amplo intercâmbio comercial, aliado à política colonialista européia, fez emergir o problema, ao mesmo tempo prático e teórico, de se compreender por que certas doenças estariam circunscritas a determinadas regiões do globo, enquanto outras tinham ali um impacto diferenciado e um padrão de endemicidade distinto. A experiência dos médicos de extração militar das armadas coloniais aliou-se à prática das comunidades médicas residentes nas colônias e ex-colônias tropicais, como o Brasil, gerando, entre os centros científicos do Velho Mundo e as coletividades médicas emergentes da periferia, outro intenso intercâmbio: de fatos e teorias médicas.

Em meados do século XIX, a geografia médica foi responsável pela produção de importantes inovações no saber médico. Promoveu um programa de pesquisas que envolveu centenas de médicos que praticavam a medicina com as ferramentas conceituais da anatomoclínica e da estatística médica — incorporando gradualmente as disciplinas experimentais, como a parasitologia —, na periferia dos principais centros de cultura médica européia. Nesse contexto, o debate etiológico tornou-se ainda mais complexo e sofisticado. A construção da idéia da singularidade da patologia e da terapêutica tropicais não era restrita aos médicos que aí praticavam. Como assinalamos, um mesmo discurso epistemológico, isto é, o mesmo conjunto de pressupostos sobre a causalidade patológica, bem como a mesma representação sobre as regras que deveriam produzir e validar o conhecimento médico governavam a prática clínica da medicina acadêmica nos principais centros médicos europeus.⁴

De acordo com a retórica sensualista da medicina anatomoclínica, por meio da observação cuidadosa de um caso, o médico poderia compará-lo aos casos da mesma natureza. Raciocinando sobre muitos casos semelhantes, os clínicos poderiam tirar conclusões genéricas sobre doenças e terapêuticas. Partindo da estreita observação dos efeitos de um tratamento em um paciente com sintomas particulares, vivendo em um determinado meio ambiente climático e telúrico, com hábitos e constituição física singulares, os médicos poderiam derivar prescrições terapêuticas válidas em condições similares. Se tais preceitos poderiam ou não ser transportados para outras condições, era algo a ser averiguado.

As faculdades de medicina, sociedades e jornais médicos seriam fóruns institucionais investidos da tarefa de construir e certificar o corpo de conhecimentos médicos nesses limites impostos pela epistemologia clínica. O conhecimento médico não poderia ser livremente transferido de uma região para outra, pois teria de ser revalidado para ser usado em outro contexto distinto daquele em que foi produzido. Foi a universalidade dessas premissas que, contraditoriamente, conduziu à

⁴ Warner (1985) notou a mesma percepção na historiografia americana sobre a medicina sulista no período da guerra de secessão; e Naraindas (1994), sobre a medicina colonial inglesa na Índia.

idéia da particularidade regional dos conhecimentos sobre diagnósticos, prognóstico, patologia e terapêutica. Tratados médicos possuíam tanta autoridade quanto maior fosse sua capacidade de incorporar e espelhar o lastro factual proveniente dessa prática coletiva, discriminando-o racionalmente das simples hipóteses ou dos erros grosseiros.

Não pretendemos tomar tal discurso empirista como um espelho fiel da prática médica de então. Para nós, trata-se de uma representação ideal dessa prática. Tal representação possuía dimensão normativa, crucial para entendermos como se construía o sistema de autoridade científica. Se a base do sistema era a prática hospitalar, seu ápice, formado pelas sociedades médicas, teria de espelhar ou traduzir essa prática.

Podemos tomar a nomenclatura epistemológica empirista como ponto de partida para uma apresentação formal de tal sistema de autoridade, que compreendia redes regionais, nacionais e internacionais, na disputa pelo privilégio de controle e validação dos conhecimentos médicos: a distinção entre ‘fatos’ e ‘hipóteses’ traduzia a idéia de que aqueles seriam fruto de costumeiras, repetidas e consensuais observações coletivas. Já as hipóteses correspondiam a observações raras ou induções pouco consensuais relativamente ao fórum institucional que as apreciava. Assim, o que era ‘fato científico’ para clínicos de uma localidade, ou membros de uma subespecialidade médica, poderia ser tomado como ‘hipótese’ em contextos socioprofissionais distintos.

A hierarquização axiológica entre fatos e hipóteses teria como tradução sociológica uma similar hierarquização entre atores e instituições. Essa última seria medida pelo grau de confiança na qualificação ou capacidade de certos atores — indivíduos ou coletividades médicas inteiras — para agir de acordo com o protocolo sensualista imposto pela educação médica e emblematicamente traduzido pela idéia algo obscura e impalpável de ‘tato clínico’.

O olhar vigilante da metrópole

O nascimento da geografia médica vinculou-se estreitamente à empreitada colonialista européia. Boudin (1857, 1842) inaugurou, na França, os estudos que pretendiam focalizar “o homem doente nas suas relações com o globo terrestre”, tendo em vista a constituição de uma carta nosográfica que abrangesse os limites do ecúmeno. A novidade estava menos na abrangência do tema — alguns manuais consagrados, tanto de higiene como de climatologia médica, já incluíam estudos que relacionavam as doenças com as regiões climáticas — do que no enfoque que reunia e reinterpretava diversos estudos parciais de topografia médica à luz do método estatístico.

Tendo estabelecido as bases do novo campo, a obra de Boudin, em boa medida programática, prefigurava algumas das tensões entre as três principais dinâmicas de pesquisa — a clínica e a estatística médica

e a parasitologia — que concorreriam entre si na produção de fatos patológicos em escala global. Sua hipótese sobre a existência de uma flora nosológica comparável à diversidade das plantas e animais nos termos estabelecidos pela biogeografia, bem como as discussões etiológicas sobre as principais entidades mórbidas então conhecidas apoiavam-se em argumentos forjados pela estatística médica. Os tratados de nosogeografia que lhe sucederam, como os de Hirsch (1860-64), Rochard (1869) e Armand (1873), entre outros, recusaram categoricamente a metáfora das espécies mórbidas e aprofundaram as divergências sobre o papel patogênico dos agentes etiológicos descritos pela tradição da topografia médica.

De fato, ao aplicar o programa de pesquisa da climatologia médica em escala global, com os recursos da estatística, a geografia médica contribuiria decisivamente para a identificação de anomalias⁵ ligadas às diversas teorias etiológicas apoiadas no paradigma ambientalista. A produção de tabelas estatísticas correlacionando séries de fatores meteorológicos à incidência de certas morbidades, em vez de fortalecer as crenças etiológicas vigentes, minou-as substancialmente. Fonssangrive (1876, pp. 118-9), fazendo eco das palavras de Carrière (1869) — outro respeitado cultor da climatologia médica —, diria, em meados da década de 1870, que esta ciência continuava “no estado de infância” e que lhe faltavam “um método, uma língua e um programa”. Eles asseveravam que só um congresso internacional de meteorologia médica teria autoridade suficiente para impor tal reforma; ambos admitiam, igualmente, que a universalização da prática das topografias médicas trouxera mais dúvidas, hesitações e perplexidades, tornando mais difíceis de explicar algumas antigas convicções relativas às meteoropatologias.

Como se julgava que a prática e o conhecimento médicos eram necessariamente circunscritos ao meio ambiente climático e telúrico, havia duas possibilidades de se obter conhecimento confiável: pela organização de uma viagem científica, visando obter conhecimento pela observação direta; ou por meio das autoridades médicas locais, pois, conforme assinalamos, apenas as escolas médicas, a literatura científica e as sociedades médicas radicadas em uma região constituíam fóruns competentes para gerar e transmitir tais conhecimentos e práticas.

Tal como o *Tratado* de Boudin, os outros compêndios de geografia médica que lhe sucederam dependiam da coleta de informações realizada por observadores situados em diferentes pontos do globo terrestre. Esses observadores teriam de trabalhar sob uma base comum para que os dados pudessem ser comparados e analisados. As topografias médicas regionais, empregando o método estatístico em sua análise ambiental e no agrupamento das observações clínicas locais, feitas com o rigor do diagnóstico anatomoclínico, ajudariam a construir, paulatinamente, uma nosologia mais homogênea ou análoga. A adoção de uma nomenclatura patológica clara, inteligível e uniforme para

⁵ O termo anomalia é empregado aqui no sentido que lhe foi conferido por Kuhn (1978), isto é, quando existe a identificação, por parte de uma comunidade científica, ou setores dela, da inadequação entre um paradigma científico e a realidade à qual ele pretende representar.

todos os médicos de todos os países passou a ser o desiderato das autoridades científicas do campo.

Alguns dos problemas centrais formulados por esses tratadistas ou editores de periódicos médicos, em seus esforços de organizar uma rede planetária de informações médicas, tinham caráter estritamente epistemológico e impunham tarefas inextricavelmente políticas: como controlar a observação alheia sobre os fatos patológicos tidos como relevantes? Como traduzir em linguagem científica as denominações de doenças baseadas em conhecimentos populares, ou na rotina de médicos locais de vocação paroquial? Como controlar e certificar os conhecimentos gerados por coletividades médicas tão exóticas quanto as doenças que elas nomeavam e descreviam?

Durante a primeira metade do século XIX, predominou, como estratégia epistemológica, a observação direta de autoridades clínicas metropolitanas. A partir de 1864, com a criação dos *Archives de Médecine Navale*, as autoridades da geografia médica iriam apostar em um projeto alternativo, voltado para a construção de um conhecimento médico mais perene sobre os trópicos.

A viagem do doutor Rendu ao Império brasileiro pertence ao primeiro projeto. Naquele período, a Academia Imperial de Medicina era ainda desconhecida fora dos limites de sua jurisdição legal. As instituições científicas européias ainda depositavam pouco crédito nos relatos clínicos e nas inovações terapêuticas aqui produzidas. Era preciso que uma condição indispensável fosse satisfeita, para que o saber médico local inspirasse confiança: a moralidade do médico observador, sua boa fé, suas luzes, pois nem todo homem teria qualidade ou competência para afirmar o valor de um fato. No contexto da epistemologia sensualista era preciso interrogar o interlocutor, como o recomendava o médico francês Bordeu: “De quel droit avez-vous vu? De quel droit croyez-vous avoir vu? Qui vous a dit que vous aviez vu?” (*apud* Gavarret s. d., p. 47).

A viagem médica de Rendu ao Império brasileiro

Em 1844, o médico francês e professor da Escola de Anatomia dos Hospitais de Paris, Alphonse Rendu, foi encarregado pelo Ministério da Instrução Pública de seu país de partir para o Brasil com a missão de estudar, durante um ano, “as doenças que acometem mais frequentemente os habitantes locais e os europeus que aqui vinham se fixar”. Seu estudo só seria publicado em 1848.

Além das próprias observações, Rendu afirma ter contado com o auxílio da representação diplomática francesa e de “muitos sábios residentes no Rio de Janeiro”, dos quais ele apenas menciona o doutor Faivre e um certo Riedel. O primeiro era médico de longa prática no Brasil, sendo elogiado por seu conhecimento clínico, e o segundo foi a principal fonte de informações do médico francês sobre as plantas utilizadas pela medicina e pela prática doméstica, no Brasil.

A preocupação inicial de Rendu foi apresentar uma visão panorâmica do Império brasileiro, seu clima, seus costumes e os usos de seus habitantes, além de tecer considerações específicas sobre os escravos e os índios. Ao descrever a natureza brasileira, ele se apropriou de uma fórmula já corriqueira na literatura médica nacional, sem contudo fazer qualquer referência às instituições médicas do período: as mesmas causas, associadas ao clima e à fertilidade do solo, produziam uma natureza paradoxal, posto que bela e insalubre. Um vasto sistema de irrigação fluvial, ao longo de todo território do Império, resultava “em uma grande umidade à qual se junta a intensidade do calor, gerando a impressionante fertilidade desse país”. No verão, estação das chuvas, “os rios transbordam e se nutrem de detritos do reino animal, vegetal e mineral, fecundando o solo. Infelizmente, quando os rios retomam seu leito, esses aluviões sucessivos o tornam muito insalubre.”

Esta visão não inovava a concepção geralmente difundida na literatura médica européia, que entendia estarem as condições de salubridade das regiões tropicais profundamente marcadas pela onipresença do calor e da umidade. Tal clima favorecia o desenvolvimento das febres palustres de origem miasmática.

Passando do *circunfusa* para a descrição das condições higiênicas dos brasileiros, o autor observa, um tanto horrorizado, “a mistura muito freqüente do sangue branco com o sangue negro, que resultaria numa pele amarelada” — aspecto físico para ele distintivo do brasileiro. Em seguida descreve os hábitos da nossa população da capital, sobre a qual ele observa que, *grosso modo*, pecaria contra as leis da higiene, o que lhes conferia “um aspecto doentio”. Enfocando inicialmente os *gesta*, seu olhar dirige-se para os hábitos comuns a cada faixa etária e sexo. As crianças não teriam aquela fisionomia expansiva e alegre, nem os ares ingênuos que recomendariam uma boa educação. Aos sete anos já teriam a gravidade de um adulto. A juventude e a adolescência, por sua vez, contrastariam com a idade adulta, “quando a ausência de exercícios e o gênero de alimentação” causariam uma precoce obesidade. A ociosidade é apontada como um grande mal, em uma sociedade em que “o trabalho é visto como uma desonra”, tanto pelos jovens quanto pelas esposas, que, seqüestradas no interior do lar e invisíveis aos estranhos, “passam o dia inteiro espreitando a rua pela fresta das portas”.

Em contraste com as principais cidades que visitou — Rio de Janeiro, Salvador e Recife —, os habitantes do campo manteriam uma vida mais singela, sem conhecer o bem-estar, porém mais salubre. Eles trabalhariam muito pouco, por não sentirem necessidade, já que “não possuem a consciência do progresso”. No extremo sul do império, onde o clima era mais próximo do europeu, a população seria superior física e moralmente ao resto de seus compatriotas. Ao norte da província do Rio de Janeiro, “a população branca vai se misturando, cada vez mais”. Porém, o que ela perderia em pureza da raça, ganharia em

atividade. Negros e mulatos formariam a parte mais ativa da população. Essa atividade não era necessariamente positiva. Os mulatos, mais inteligentes que os negros, o seriam menos que os brancos; cheios de desprezo pela raça negra, eles conservariam um sentimento de ódio contra o branco muito pronunciado. Sua conclusão expressa uma espécie de anátema contra o cruzamento inter-racial e o fim da escravidão: “a atividade do mulato é pior que a indiferença dos negros e a apatia dos brancos”. Por outro lado, enquanto os negros, sob a condição de escravos se mostravam “bons, ativos e trabalhadores”, uma vez libertos, tornavam-se “viciados, embriagados, devassos e gatunos”.

Quanto ao *ingesta*, ele observa que o regime alimentar do brasileiro era de grande uniformidade. Carne de porco, feijão e farinha de mandioca compunham, quase exclusivamente, a refeição dos habitantes das cidades interioranas e litorâneas. Nestas últimas, os peixes seriam também apreciados. A ingestão de carne de porco e farinha de mandioca é por ele criticada, por forçar os órgãos digestivos “em um país onde o calor torna o repouso necessário”. A temperança em relação à bebida alcoólica é elogiada, embora os hábitos alimentares das elites, que fariam geralmente três refeições ao dia, fossem reprovados.

Por fim, os *percepta*, mais diretamente ligados à conduta moral, são delineados em uma chave parcialmente determinista. Assim, a paixão dos brasileiros pelas mulheres, “que não conhecia freios”, seria predisposta: pelo calor do clima; pela ociosidade, que permite a imaginação viajar sem rumo; pelo aspecto permanente das mulheres, seminuas; pela extrema facilidade que se encontra em satisfazer as paixões; pelo exemplo contagioso da libertinagem a mais desenfreada. Tal incontinência era evidenciada pelas crianças de todas as cores encontradas nas famílias brasileiras.

Após descrever a higiene da população, Rendu arrolou as doenças mais comuns encontradas no Brasil: febres intermitentes escrofulosas, erisipela, sífilis, tuberculose, estupor, hidrocele, epilepsia, boubá, gota, opilação, morféia (lepra). Estas doenças, relacionadas ao clima, acarretariam algumas variações que deveriam ser conhecidas para que se pudesse utilizar apropriadamente a terapêutica. Aqui, a marcha das infecções agudas seria mais acelerada do que nos países temperados, e a isso se somaria o fato de que os fenômenos nervosos ameaçariam o paciente com maior perigo. A variação entre as entidades mórbidas encontradas aqui e aquelas comuns na Europa seria antes de grau do que de natureza, por isso, era necessário promover uma adaptação higiênica, ou aclimatação, para utilizar um vocabulário da época e que Rendu não emprega.

Dessa forma, o livro termina com alguns “conselhos higiênicos para os europeus que vêm residir no Brasil”. Aqui, abundam as interdições: não realizar muito esforço; evitar trabalho pesado nos dias quentes; não dormir em ambientes fechados e no assoalho, junto ao solo; não consumir carne de porco, mantendo maior proporção de alimentos

vegetais; evitar as bebidas alcoólicas e as mulheres — maiores fontes de excessos, a que o calor do clima predispunha.

Essa obra, muito apreciada por Gilberto Freyre (1933, cap. II) como fonte de informações sobre o regime alimentar da população brasileira e a estrutura patriarcal da vida cotidiana no Império, passou despercebida no cenário médico brasileiro e europeu na época de sua publicação. A explicação mais provável é de que ela já nascera obsoleta, ofuscada pela publicação do livro *Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cet Empire*, de Xavier Sigaud, médico francês residente no Rio de Janeiro, um dos criadores e membro da Academia Imperial de Medicina.

Mesmo na França, a literatura do campo da geografia médica raramente a menciona. Também ali, a obra de Sigaud, publicada no mesmo ano da chegada de Rendu ao Brasil (1844) e apresentada como expressão de 15 anos de árduo trabalho científico desenvolvido pela Academia de Medicina, seria muito mais apreciada. Enquanto *Du climat...* tornou-se referência obrigatória nos tratados sobre patologia tropical, o estudo de Rendu quase não deixou rastros. O destino imprevisível de tal empreendimento é um bom ponto de partida para compreendermos a inflexão no projeto político-epistemológico engendrado no seio da geografia médica, a partir de meados do século XIX.

Os Archives de Médecine Navale e a construção do mappemonde nosogéographique

A partir da década de 1860, um novo impulso seria dado ao campo da geografia médica, quando os médicos da marinha militar francesa organizaram-se em torno dos *Archives de Médecine Navale* (AMN). Dirigido por Le Roy Méricourt, professor da École de Médecine Navale e oficial da Légion d'honneur, o novo projeto consistia em estimular e controlar uma rede internacional de pesquisas sobre patologia e nosologia. Ao pôr em relevo os aspectos obscuros, incompletos e controversos das numerosas questões extraídas de seu domínio, esse periódico tornou-se um hábil instrumento voltado para o reforço do status científico dos médicos da marinha francesa. O que se buscava alcançar com a nova estratégia de organização era um maior consenso em torno dos “fatos científicos” relacionados a esse ramo da medicina.

Como notou Rochard, assíduo articulista do AMN, “chamados a cada dia a esclarecer à administração (colonial) sobre o caráter de endemicidade de uma ou outra afecção, é indispensável que tenhamos idéias bem estabelecidas, a fim de podermos nos pronunciar com conhecimento de causa sobre questões que nos são exclusivas”. Responder a essa demanda dos Estados coloniais por “fatos” patológicos era condição *sine qua non* para o exercício do poder profissional. Mas qual a melhor estratégia para se assegurar a autoridade científica e

como ela se diferenciava de outras experiências no interior do mesmo campo disciplinar?

Em contraste com os tratados de Boudin, Lévy (1844), Heusinger (1853), Celle (1848), Dutroulau (1858), Foissac (1867), Thévenot (1840) etc., que, ao abordar um ou outro tema da geografia médica, nutriam-se de informações colhidas pela própria experiência ou por outras autoridades já consagradas, Méricourt iria organizar uma rede ampla de médicos dispersos pelo globo, mobilizando-os para participar ativamente da revisão dos conhecimentos estabelecidos e induzindo-os a contribuir com suas próprias observações. Consolidado o pólo aglutinante, a climatologia médica transformou-se em um programa de pesquisa em escala mundial. Além de trazer maior visibilidade ao campo, imprimiu-lhe uma dinâmica até então inexistente. Ao pleitear que “uma obra duradoura em climatologia e patologia exótica” dependeria de um “trabalho constante de aperfeiçoamento e correção das diversas observações” (AMN, 1864, II, p. 13), Méricourt abriu espaço para que um contingente de médicos obscuros, dos mais remotos pontos do globo, estreassem na arena científica internacional. Esses trabalhos seriam lidos, debatidos e comentados pelas lideranças do campo, projetando o nome de seus autores para além do circuito paroquial em que atuavam.

O êxito na consecução desse programa tornou os *Archives de Médecine Navale* um divisor de águas na organização autônoma do campo disciplinar. A partir de sua entrada em cena, os compêndios, teses e tratados de geografia médica passaram a se alimentar da vasta contribuição nele registrada. Ao ampliar o intercâmbio entre os clínicos que exerciam suas atividades nas regiões intertropicais, incrementou o poder de suas instituições e práticas. Com esse poderoso instrumento, a estatística e outras formas de conhecimento que gradativamente se imiscuiriam nesse domínio — fisiologia experimental, parasitologia macro e microscópica, química etc. — mantiveram-se subordinadas ao aparato institucional moldado pelo figurino da clínica. O hospital, o leito do paciente, o escalpelo, o estetoscópio, o exame físico dos sintomas e sinais, a autópsia e mesmo a forma típica de transmissão desse conhecimento médico — as *observations* —, por meio do relato minucioso do doente, da marcha da doença e da terapêutica, se imporiam, juntamente com os estudos de topografia médica, como núcleo axial da nova disciplina.

Os *Archives* expressariam, desse modo, os anseios de autonomia profissional longamente reclamados pelos clínicos que exerciam suas atividades nas colônias. O critério de demarcação entre ciência e outras formas de conhecimento, tomado de empréstimo à epistemologia sensualista, traduzia-se, no plano socioprofissional, em uma demarcação de jurisdição da fronteira entre a medicina metropolitana e a medicina colonial. Se, para subtrair-se “toda influência sistemática”, era preciso circunscrever o conhecimento médico “nos limites rigorosos dos fatos

e manter os fatos em suas ligações naturais”, como recomendava um higienista eminente (Lévy, 1844), os médicos das diferentes marinhas da Europa seriam os mais bem posicionados para realizar o programa da geografia médica. A prática clínica, embora não fosse o único e exclusivo critério de verdade na revisão das crenças médicas herdadas, deveria ser a protagonista.

A retórica empirista dos clínicos e higienistas da marinha permitia impor, além do recorte espacial, uma clivagem temporal, apartando-os da tradição centenária dos sábios viajantes naturalistas, cujos relatos eram tomados, até então, como fonte principal de informações médicas sobre as regiões exóticas. “Os antigos”, ponderava Rochard (AMN, idem, p. 308), “não observavam no sentido preciso que nós, hoje, emprestamos a essa palavra. Os meios materiais, os conhecimentos preliminares que possuímos lhes eram ignorados. Conduzidos pelas suas imaginações em direção às altas esferas da metafísica, eles não tinham o hábito de manter seus olhares em seus pés, e é neles que devemos fixar os nossos... Tal é a nossa missão.”

Sigaud (1844, p. 2) já ressaltava que na composição de seu estudo sobre a estatística médica do Brasil servira-se, principalmente, “dos fatos patológicos de meus confrades do Rio de Janeiro”, consignados nas quatro coleções médicas que ele mesmo havia publicado sob os auspícios da Academia Imperial de Medicina. Os registros elaborados pelos viajantes de outras épocas eram por ele desqualificados como fonte de conhecimento climatológico e médico. Era preciso lê-los criticamente, passando pelas “descrições enfáticas e exageradas”, percorrer “quadros poéticos”, pacientar diante de “narrações obrigatórias sobre os perigos cotidianos”, até chegar-se a um “pequeno número de fatos concernentes ao clima e às doenças do país”. Alguns seriam “relativos a epidemias, em que se assinala apenas a data”, enquanto outros seriam “puros ecos de crenças tradicionais que se referem à cura e raramente a um diagnóstico da enfermidade. É uma verdadeira decepção!”

Não é de se estranhar, portanto, que os *Archives de Médecine Navale*, ao se apresentarem como instituição voltada para a construção e avaliação de um conhecimento confiável sobre patologia exótica, propusessem um diagnóstico semelhante. As causas que concorreriam para que pululassem “diferentes denominações dadas às doenças” seriam “os idiomas, as localidades, os observadores, os erros de diagnóstico, um estudo superficial feito por viajantes estranhos aos conhecimentos médicos, ou preocupados com outros estudos, o amor pela novidade, a falta de crítica...” (AMN, 1864, II, p. 11).

Além da rejeição da autoridade dos sábios viajantes naturalistas e das instituições médicas metropolitanas, a estratégia principal de Méricourt baseou-se em uma dupla aposta: por um lado, na afirmação da competência exclusiva dos médicos que exerciam suas atividades nas colônias e ex-colônias e de suas respectivas instituições, no

estabelecimento de fatos e teorias médicas próprios a essas regiões; por outro, na eficácia de seu jornal em coordenar e controlar esse conhecimento médico. “É o estudo clínico, atento e paciente, que dará os frutos mais preciosos”, sublinhava o periódico em um de seus editoriais. A estatística seria “apenas um instrumento”, sozinha, ela não ‘serviria’ “para constituir uma ciência”. Se os ‘fatos’, para “inspirarem confiança”, dependiam da “moralidade do observador, sua boa fé, suas luzes”, como queria Gavarret, pois nem todo homem teria “qualidade para afirmar o valor de um fato”, a tentativa de Méricourt era a de estabelecer uma arbitragem competente sobre o fluxo de fatos e teorias que seu jornal poria em circulação.

Dutroulau (1858) já notara que havia desconfiança a respeito dos estudos patológicos que não tivessem passado “pelo crivo da observação da metrópole científica”, e isso devia-se à “dificuldade de controlar, pela observação direta, os fatos e doutrinas que chegavam de países distantes”. Ora, a resposta de Méricourt a essa exigência epistêmico-política baseava-se na afirmação do status científico dos médicos das diferentes marinhas da Europa, que formariam “uma falange organizada de trabalhadores”, em cujos estudos se podia depositar total confiança.⁶

⁶ Ele ressaltava, porém, a contribuição dos médicos ingleses, que dariam “uma importância excessiva aos números”, além de possuírem “nomenclatura nosológica defeituosa”, falando “freqüentemente uma linguagem científica diferente da nossa (francesa)” (AMN, 1864, II, p. 8).

Uma academia no meio do caminho

Um quarto de século após o desembarque de Alphonse Rendu na corte do Rio de Janeiro, mais precisamente no dia 6 de junho de 1868, a marinha francesa enviava o médico Bourel-Roncière, no comando de uma campanha naval formada por quatro embarcações, com o objetivo de estudar, durante dois anos, as condições gerais de higiene no Brasil e no estuário do Prata. A memória intitulada ‘La station navale du Brésil et de la Plata’, enriquecida com grande quantidade de tabelas estatísticas, traçados e plantas geográficas, receberia o prêmio de Medicina Naval no ano de 1871 e seria publicada em sucessivos números dos *Archives de Médecine Navale*, no ano seguinte.

Não sendo objeto de estudo do presente artigo, o relatório de Bourel-Roncière (1872) é aqui referido apenas para assinalar a inflexão metodológica na produção e organização das evidências factuais sobre a patologia brasileira. Na elaboração da memória, o amplo recurso feito à literatura médica nacional, às discussões da Academia de Medicina, às instituições de ensino, a relatórios e estatísticas de hospitais, asilos de alienados e lazaretos, subordinados ou não à Junta Central de Higiene Pública, guarda a marca da distância entre os dois empreendimentos.

O estilo de narrativa do relatório de viagem de Bourel-Roncière — muito discrepante do caráter individual das observações de Rendu — assinala a afirmação da autoridade científica da coletividade médica brasileira e sua inscrição no novo programa de pesquisa formulado por Le Roy de Méricourt.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Armand, Adolphe
1873 *Traité de climatologie générale du globe. Études médicales sur tous les climats.*
Paris, G. Masson.
- Atwater, Edward C.
1985 'Touching the patient: the teaching of internal medicine in America'.
Em Judith Walzer Leavitt e Ronald L. Numbers, *Sickness and health in America.*
Wisconsin, The University of Wisconsin Press, pp. 129-55.
- Boudin, J. C. M.
1857 *Traité de géographie et de statistique médicales et des maladies endémiques
comprenant la météorologie et la géologie médicales, les lois statistiques de la
population et de la mortalité, la distribution géographique des maladies et la
pathologie comparée des races humaines.*
Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Boudin, J. C. M.
1843 *Essai de géographie médicale.*
Paris, J.-B. Baillière.
- Bourel-Roncière
1873 'La station navale du Brésil et de la Plata'.
Archives de Médecine Navale, tomo XIX, pp. 190, 289, 335, 416.
- Bourel-Roncière
1872 'La station navale du Brésil et de la Plata'.
Archives de Médecine Navale, pp. 23-74, 95-127, 270-98, 321-27, 17-65,
293-305, 251-385.
- Bynum, W. F.
1993 'Nosology'. Em W. F. Bynum e Roy Porter,
Companion encyclopedia of the history of medicine.
Londres, Routledge, pp. 335-56.
- Canguilhem, Georges
1994 *Études d'histoire et de philosophie des sciences.*
Paris, Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges
1985 *La connaissance de la vie.*
Paris, Librairie Philosophique J. Vrin.
- Canguilhem, Georges
1977 *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida.*
Lisboa, Edições 70.
- Carrière, M. E.
1869 *Fondements et organization de la climatologie médicale,*
Paris, G. Masson.
- Celle, Eugénie
1848 *Hygiène des pays chauds, ou recherches sur les causes et le traitement des
maladies de ces contrées.* Paris, Victor Masson.
- Dechambre, A.
1864 'Introduction'. Em *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*
Paris.
- Dutroulau, F.
1858 *Topographie médicale des climats intertropicaux.*
Paris, J.-B. Baillière et fils.
- Foissac, B.
1867 *De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur les moral.*
2^a ed., Paris, J.-B. Baillière.
- Fonssagrive, G. R.
1876 'Climats'. Em A. Dechambre,
Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Paris, pp. 13-121.
- Foucault, Michel
1994 *O nascimento da clínica.*
4^a ed., Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- Freyre, Gilberto
1933 *Casa-grande e senzala.*
Rio de Janeiro, Maia & Schmidt.
- Gavarret, M.
s. d. *Principes généraux de statistique médicale.*
Paris, J.-B. Baillière.
- Geison, Gerald L.
1979 'Devided we stand: *Physiologists and clinicians in the American context*'.
Em Morris Vogel e Charles E. Rosenberg, *The therapeutic revolution.*
Pensilvânia, University of Pennsylvania Press, pp. 67-89.

- Hannaway, Caroline
1993 'Environment and miasmata'. Em W. F. Bynum e Roy Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres, Routledge, pp. 292-308.
- Heusinger, Charles
Frédéric
1853 *Recherches de pathologies comparée*. Cassel, Henri Hotop, vol. 2.
- Hirsch, Auguste
1859 *Handbuc der historisch — geographischen pathologie*. Erlangen, Verlag von Ferdinand Enke.
- Jordanova, Ludimila J.
1984 *Lamarck*. Nova York, Oxford University Press.
- Kuhn, Thomas S.
1978 *A estrutura das revoluções científicas*. 2ª ed., São Paulo, Perspectiva.
- Lécuyer, Bernard P.
1986 'L'hygiène en France avant Pasteur'. Em Claire Salomon-Bayet, *Pasteur et la révolution pastorianne*. Paris, Payot, pp. 65-139.
- Lécuyer, Bernard P.
1977 'Médecins et observateurs sociaux: les annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820-1850)'. Em *Pour une histoire de la statistique*. Paris, INSEE, vol. 1, pp. 445-76.
- Lévy, Michel
1844 *Traité d'hygiène publique et privée*. Paris, J.-B. Baillière.
- Maulitz, Russel C.
1993 'Patology: ancient and modern'. Em W. F. Bynun e Roy Porter, *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres, Routledge, pp. 169-91.
- Maulitz, Russel C.
1979 'Physician versus bacteriologist: the ideology of science in clinical medicine'. Em Morris J. Vogel e Charles E. Rosemberg, *The therapeutic revolution*. Pensilvânia, University of Pennsylvania Press, pp. 91-107.
- Méricourt, A. Le Roy
1864 'Rélacion entre la présence de l'ankylostome duodénal et la cachexie aqueuse ou mal-coeur'. *Archives de Médecine Naval*, tomo I, pp. 5-11 e tomo II pp. 5-13.
- Naraindas, Harish
1994 'A genealogy of the advent of tropical medicine'. Em Anne-Marie Moulin, *Médecines et santé*. Paris, Unesco, vol. 4, pp. 31-56.
- Prado-Madaule,
Danielle le
Avr-Juin 1996 'L'astrométéorologie: influence et évolution en France'. *Histoire Économie et Societé*, pp. 179-201.
- Rendu, Alphonse
1848 *Études topographiques, médicales et agronomiques sur le Brésil*. Paris, J.-B. Baillière.
- Renou, F.
1873 'Météorologie'. Em A. Dechambre, *Dictionnaire encyclopedique des sciences médicales*. Paris.
- Rochard, Jules
1869 *Traité d'hygiène sociale*. Paris, Émile Lecrosmier.
- Rosen, George
1946 'The philosophy of ideology and the emergence of modern medicine in France'. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 20, p. 328-39.
- Sigaud, José Francisco X.
1844 *Du climat et des maladies du Brésil ou statistique médicale de cet Empire*. Paris, Fortin, Masson et Cie.
- Thévenot, Jean-Pierre F.
1840 *Traité des maladies des européens dans les pays chauds, et spécialement au Sénégal, ou essai statistique, médical et hygiénique, sur le sol, le climat et les maladies de cette partie de l'Afrique*. Paris, J.-B. Baillière.

- Warner, John Harley
1992 'The fall and rise of professional mystery: epistemology, authority and the emergence of laboratory medicine in nineteenth-century America'. Em A. Cunningham e P. Williams, *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 110-41.
- Warner, John Harley
1985 'The idea of Southern medical distinctiveness: medical knowledge and practice in the old South'. Em Judith Walzer Leavitt e Ronald Numbers, *Sickness and health in America*. Wisconsin, The University of Wisconsin Press, pp. 53-70
- Weisz, George
1995 *The medical mandarins: the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*. Nova York, Oxford University Press.
- Worboys, Michael
1996 'Germs, malaria and the invention of mansonian tropical medicine: from *diseases in the tropics* to *tropical diseases*'. Em David Arnold (org.), *Warm climates and Western medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdã/Atlanta, Rodopi, pp. 181-207.

Recebido para publicação em dezembro de 2000.

Aprovado para publicação em fevereiro de 2001.