

A abasia coreiforme epidêmica no Norte do Brasil*

Raimundo Nina Rodrigues

História

Se dúvidas ainda podem subsistir hoje sobre a natureza das afecções coreomânicas e convulsionárias que assolaram a Europa para a Idade Média, compreendendo como que em um só e mesmo convulsionar gigantesco países inteiros e vastas regiões, não há atualmente a menor discrepância entre os autores em considerar de todo ponto aplicável às manifestações nervosas epidêmicas dos tempos modernos a interpretação proposta pelo professor Charcot e entrevista nos quadros e documentos, frutos de daquelas épocas chegaram até os nossos dias.

É a histeria que, operando em um meio favoravelmente predisposto, se irradia e espalha com o auxílio eficaz da imitação em torno de um foco accidental em que muitas circunstâncias inteiramente fortuitas congregaram e reuniram alguns casos isolados de uma qualquer das manifestações mais insólitas da grande nevrose. Para este destino estão admiravelmente aparelhadas as manifestações monossintomáticas.

Estes fatos e deduções que a escola da Salpêtrière tornou de conhecimento vulgar, tão verdadeiros das pequenas epidemias circunscritas, quais as observadas por Davy em 1880 nos Estados Unidos e por Bougal em 1882 em Ardeche, como das epidemias coreiformes de proporções maiores, a do Brasil por exemplo, que, posto em esboço de

* Transcrito de Nina Rodrigues, Raimundo. *As coletividades anormais*. Prefácio e notas de Artur Ramos. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1939, p. 23-49. Foi feita a atualização ortográfica do texto, mantendo-se a pontuação e a sintaxe originais.

linhas mal seguras, bem podia rememorar pela sua extensão as coreomanias dos tempos idos.

A história da epidemia coreiforme do Brasil, que do lugar por onde se iniciou nesta cidade, recebeu na Bahia o nome de “moléstia de Itapagipe”, acha-se ainda hoje reduzida ao capítulo que dela escreveu a comissão médica, nomeada em 1883 pela Câmara Municipal para estudá-la aqui.

Entretanto muito mais dilatados foram os limites da sua área geográfica real, pois compreendeu diversas províncias do Norte do ex-Império, atingindo o máximo de intensidade na Bahia e no Maranhão. A manifestação epidêmica deste último Estado precedeu mesmo a da Bahia, que só teve lugar em 1882, quando desde 1877 reinava já a moléstia com forma epidêmica na cidade de São Luís.

Dos fatos que se passaram então no Maranhão não ficou documento algum científico. Mas vive ainda grande número daqueles que os testemunharam e embora muito atenuados e quase de todo reduzidos da sua grandeza primitiva, prolongam-se ainda até hoje, de modo a permitir que se reconstrua e complete a sua história. Não era eu ainda médico, quando os presenciei; mas o espetáculo estranho que oferecia por aquela época a pequena cidade de São Luís, com as ruas diariamente percorridas por grande número de mulheres principalmente, amparadas por duas pessoas e em um andar rítmico interrompido a cada passo de saltos repetidos, genuflexões e movimentos desordenados, me deixou uma impressão profunda e duradoura que, ainda por cima mais se devia revigorar e fortalecer com a observação, poucos anos depois, das mesmas cenas aqui na Bahia.

Deixando de parte por enquanto as restrições que exigem e os comentários que farei às interpretações científicas dadas aos fatos nesse documento, cedo espaço a uma carta do distinto prático e respeitável colega do Maranhão, Sr. Dr. Afonso Saulnier de Pierrelevée, a quem um largo tirocínio clínico, de mais de 30 anos, confere sobeja competência em matéria de patologia maranhense. Nessa carta, o Dr. Afonso Saulnier distingue perfeitamente a coréia epidêmica da coréia *minor*, coréia de Sydenham.

Prezado colega e amigo Dr. Nina Rodrigues.

Pede-me o colega alguns esclarecimentos sobre a endo-epidemia coréica que apareceu nesta cidade em 1878 e também pergunta-me se antes daquela época observei casos esporádicos dessa moléstia. Vou fazer o possível para satisfazer o seu pedido.

Desde 1856, época em que principiei a clinicar nesta cidade até hoje, tenho sempre observado vários casos de coréia, moléstia que aliás não é freqüente aqui.

A respeito, porém, da endo-epidemia de 1878, devo dizer-lhe que há mais de vinte anos tenho observado nesta cidade uma moléstia que por vezes toma as proporções de uma verdadeira epidemia apresentando acidentes coréicos. Esta

singular moléstia costuma desenvolver-se no princípio do inverno, época em que também recrudescer o beribéri entre nós. É bom notar a coincidência.

É freqüente nessa época encontrarem-se transitando pelas ruas desta cidade muitos doentes que prendem a atenção pela singularidade do andar. Uns arrastam os pés e progridem como se estivessem sofrendo de paralisia incompleta dos membros inferiores; outros atiram as pernas não podendo coordenar o movimento dos músculos, como acontece aos que sofrem de ataxia muscular progressiva; outros, enfim, apresentam uma marcha incerta, irregular, saltitante, como se fossem verdadeiros coréicos; todos, porém a cada passo fazem grandes genuflexões por lhes faltar a força precisa para sustentar o peso do corpo. Os movimentos coreiformes só se manifestam nos membros superiores, raras vezes estendem-se pelo tronco, nunca os encontrei nos músculos do pescoço e da face. Esses movimentos dos membros inferiores cessam quando os doentes estão deitados ou dormindo.

Quase todos esses doentes são mulheres. Nunca observei essa doença em velhos. A raça de cor é sem dúvida muito mais atacada que a branca.

A anemia é constante em todos eles.

A moléstia aparece muitas vezes de repente, outras vezes é precedida de incômodos dispépticos bem salientes. Nunca observei febre. A respiração, normal nos primeiros dias, torna-se pouco a pouco dispnéica e na região precordial observam-se palpitações fortes do coração e sopros anêmicos bem pronunciados.

Nota-se a dormência pelo corpo e formigamentos nas extremidades inferiores, onde freqüentemente observa-se a princípio um ligeiro edema que propaga-se à medida que a moléstia vai aumentando. A compressão dos músculos e das apófises espinhosas das vértebras determina dores mais ou menos profundas. A força muscular diminui consideravelmente.

Este estado pode durar muitos dias até que o beribéri se manifeste com o cortejo dos seus sintomas. Destes doentes, os que se retiram logo no começo da moléstia curam-se sempre; dos que permanecem no foco do mal, raros são os que se curam, quase todos falecem com beribéri confirmado de forma mista. Com o desenvolvimento do edema cessam os tremores. O povo, pela experiência adquirida, denomina esse mal de beribéri de tremeliques.

É, pois, minha opinião que a endo-epidemia, sobre a qual o colega me consulta, não passa de uma forma do mal que flagela este Estado há tanto tempo, e para dar um nome apropriado a essa singular forma, a chamaria de coréia beribérica.

Escrevo estas ligeiras considerações ao correr da pena e peço-lhe portanto que faça as correções precisas na forma, caso esses reparos possam ser-lhe de alguma utilidade.

Vosso, etc.

Dr. Afonso Saulnier de Pierrelevée

S. Luís do Maranhão, 1890.

Esta descrição, ligeira e superficial, mas suficientemente clara, inspirou-se com certeza na observação dos fatos. Somente o ilustrado clínico confundiu em uma entidade mórbida duas moléstias distintas, o beribéri e a coréia epidêmica, que de ordinário se oferecem à sua observação intimamente associadas.

Os práticos que estão habituados a observar as duas moléstias isoladas, facilmente farão a parte que na descrição cabe a cada uma delas.

Posto que tivesse referido ao ano de 1878 na carta a que com bondosa aquiescência prontamente respondeu o Sr. Dr. Saulnier Pierrelevée, verifiquei posteriormente em jornais noticiosos e políticos de S. Luís, daquela época, que já em 1877 a moléstia era francamente epidêmica, já confundida e provavelmente associada ao beribéri.

A história da manifestação epidêmica na Bahia, observada 4 ou 5 anos depois, repousa em documentos circunstanciados que desde então estão dados à publicidade. Se neles a contribuição para o estudo clínico é pouco considerável, a parte puramente histórica ficou desde logo concluída.

No número de outubro de 1882, da *Gazeta Médica da Bahia*, lê-se no noticiário, sob o título de moléstias reinantes:

Uma moléstia singular tem sido observada há alguns meses no subúrbio de Itapagipe, mais raramente na cidade. Os sintomas principais, ou pelo menos os mais aparentes são movimentos coreiformes à primeira vista, mas que parecem antes depender de súbita fraqueza de certos grupos de músculos de um ou de ambos os membros inferiores, ou do tronco.

As pessoas afetadas depois de caminharem naturalmente em aparência por algum tempo, dobram de repente uma ou ambas as pernas, ou o tronco para um dos lados por alguns minutos, como se fossem coxos, paralíticos ou cambaleassem, continuando depois a marcha regular. Entretanto não caem e podem subir e descer ladeiras e escadas sem grande dificuldade.

Algumas sofrem há meses com mais ou menos intensidade; mas além destas perturbações freqüentes dos movimentos durante a marcha, não acusam alteração notável nas demais funções.

Contam-se já, segundo ouvimos, para mais de quarenta casos desta singular moléstia, originada em um dos mais saudáveis subúrbios e manifestando-se em pessoas de um e outro sexo e pouco adiantadas em idade.

Em março do ano seguinte (1883) foi publicado no n. 10 da *Gazeta Médica da Bahia* sob o título de coreomania, o relatório de uma comissão médica nomeada pela Câmara Municipal para estudar a moléstia de Itapagipe, já então generalizada por toda a cidade.

Esta comissão, composta de distintos clínicos desta cidade, depois de minucioso exame, concluiu que “a moléstia reinante em Itapagipe era a coréia epidêmica sob suas mais benignas formas.”

O caráter epidêmico, atribuído principalmente ao contágio por imitação, teve por motivos as circunstâncias enumeradas no seguinte tópico do relatório:

As primeiras manifestações conservaram-se durante algum tempo limitadas, circunscritas; logo porém, que a afluência de moradores e visitantes àquele bairro foi crescendo com a aproximação da festa, logo que a moléstia foi chamando a atenção sobre si, os casos foram se multiplicando e o mal estendeu-se como atualmente o conhecemos. O trânsito de pessoas atacadas pelas ruas daquele arrabalde e mais tarde pelas ruas da cidade, o ajuntamento delas, quer na fábrica de fiação onde trabalhavam muitos dos enfermos, quer nas ruas contíguas à capela do Rosário onde residia o maior número, além disso a circunstância de se acharem em Itapagipe pessoas convalescentes de diversas moléstias e conseqüentemente em estado de maior impressionabilidade, e demais convergindo para aquela localidade em uma série de festas, a maioria da população da cidade, que em tais dias sempre se entrega a toda a sorte de fadigas de corpo e impressões de espírito, tudo isso concorreu para a disseminação da moléstia e para dar-lhe o caráter epidêmico.

A comissão dispõe, por ordem de freqüência, as formas clínicas observadas na seriação seguinte: maleatória, saltatória, vibratória, rotatória, procursiva, e nega qualquer influência etiológica a intoxicação ou infecções possíveis.

Nos conselhos dados à população preconiza o isolamento, proscREVendo a visita e freqüência das pessoas atacadas, assim como proíbe a estas longos passeios que bem podiam levar a moléstia aos lugares por onde passassem. Sobriedade nos exercícios corpóreos para evitar a fadiga muscular, e distrações moderadas que dissipassem o estado apreensivo tão favorável à eclosão da moléstia, eram os outros conselhos a que mandava associar uma alimentação tônica e regulada.

Manifestações epidêmicas, muito menos importantes, se deram também em outros Estados do Norte, na cidade de Belém do Pará, por exemplo, segundo me informam alguns colegas. Ali como no Maranhão andou a coréia epidêmica associada ao beribéri.

Em todos esses pontos, via da regra a abasia coreiforme circunscreveu-se às capitais e subúrbios e, segundo creio, só como casos esporádicos foi observada em algumas pequenas cidades do interior das províncias.

Atualmente o caráter epidêmico geral desapareceu de todo. Casos esporádicos, pequenas epidemias circunscritas, familiares, às vezes são ainda observadas uma vez por outra. A carta do Dr. Afonso Saulnier refere-se a manifestações anuais da moléstia no Maranhão com um cunho de endemicidade. Na Bahia, em certas festas populares, principalmente religiosas, não é raro ver-se a presença de um coréico provocar a moléstia em um certo número de pessoas. Uma vez por outra coréicos vão ainda em romaria à ermida de Santo Antônio da

Barra Mansa buscar na sugestão da fé religiosa, a cura dos seus sofrimentos. Em todos estes casos são as manifestações de extrema benignidade e de todo transitórias.

Lento foi o decrescimento da epidemia para chegar ao estado normal. Na Bahia, o máximo de intensidade correspondeu a fins de 1882 e aos dois anos seguintes, 1883 e 1884.

Esta epidemia, apesar da sua extensão, parece ter-se circunscrito ao Norte do país. Não me consta que no Sul se tenha observado a moléstia ou coisa que lhe fosse equivalente. Do Rio de Janeiro, a afirmação pode ser categórica, pois o conhecimento do passado epidemiológico daquela cidade sobe dos nossos dias a mais de século. Por aí se pode também inferir que a epidemia que historio, não teve predecessora nos nossos anais patológicos.

Se foram epidemias isoladas e inteiramente independentes às dos diversos Estados, ou se subordinam umas às outras, coisa é essa que atualmente se torna impossível responder com bons fundamentos.

Natureza

Foi seguramente o Dr. Souza Leite, quem pela primeira vez em 1888 capitulou de astasia-abasia casos da moléstia epidêmica da Bahia.

Desconhecendo, entretanto, o relatório da comissão médica publicado desde 1883, este autor avançou com manifesta injustiça que os médicos desta haviam desconhecido a natureza histórica da afecção, tomando-a pela coréia de Sydenham.

A leitura do relatório é suficiente para desfazer o engano. Não podia ser mais positiva a filiação da moléstia de Itapagipe ao grande grupo das coréias epidêmicas, coréia *major*.

Impossível seria, porém, exigir dos médicos da Bahia que já em 1883 classificassem de astasia-abasia a manifestação histórica observada nesta cidade, quando, como diz o professor Charcot, só nesse ano publicou ele em colaboração com Richer na *Medicina Contemporânea*, dirigida pelo professor Semmola, o primeiro ensaio de uma descrição regular daquela afecção, ainda sob o título “Sur une forme spéciale d’impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche”, e só alguns anos depois, em 1888, foram empregados pelo Dr. Blocq no seu esplêndido trabalho os termos astasia e abasia que lhe sugerira Girard, do Instituto.

Tomando a denominação de abasia coreiforme, já hoje clássica, para designar a moléstia epidêmica, só tive em mira consagrar a preponderância que na epidemia assumiu esta forma sobre todas as outras manifestações históricas.

Todos os que tiveram ocasião de observá-la, reconheceram certamente à primeira vista, na seguinte descrição magistral do professor Charcot, a nossa coréia epidêmica:

Em uma doente, astásica e abásica ao mesmo tempo, que observei em 1886, – e este fato tem se reproduzido em muitos outros indivíduos da mesma espécie que encontrei depois –, a posição ereta era a cada instante perturbada por flexões bruscas da bacia sobre as coxas e das coxas sobre as pernas, muito semelhantes às que se produzem quando, estando uma pessoa em pé e firme, recebe sem esperar uma pancada brusca nas curvas; este fenômeno recorda também os *effondrements* (*giving way of the legs*), tão freqüentes no período pré-atáxico do *tabes*.

No andar tais desordens atingem o máximo. De fato, a cada passo que a doente dá, diz a observação, ela se abaixa e se ergue alternativamente por movimentos bruscos e rápidos e, à medida que progride, esses movimentos (*secousses*) se mostram mais e mais violentos, de mais a mais precipitados. Momentos há em que, à vista da intensidade deles, parece que a doente vai cair por terra; vê-se-a então dar alguns passos para trás a modo de pessoa que tendo esbarrado de encontro a um obstáculo busca recobrar o equilíbrio. Os movimentos (*secousses*) de que se trata, rítmicos como a marcha normal cuja caricatura, por assim dizer, eles são, não consistem somente em movimentos de abaixamento e elevação do tronco.

Procurando analisá-los, verifica-se desde logo o que se segue: no momento em que a doente se abaixa, as coxas dobram sobre as pernas e o tronco sobre a bacia; a cabeça experimenta em relação ao tronco um movimento de flexão e de rotação e os antebraços dobram-se por seu turno sobre os braços. Parece claro que são esses movimentos de flexão, exagerados e bruscos, dos membros inferiores, que substituindo-se aos da marcha normal, ameaçam a cada passo o equilíbrio, ocasionam os movimentos do tronco, da cabeça, dos membros superiores e também esses movimentos de recuo, que até certo ponto podem ser considerados atos de compensação.

A doente em questão, como todas as representantes do grupo, podia sem a menor dificuldade saltar de pés juntos, sobre um pé só, andar de quatro patas etc.

Nesta forma, os movimentos anormais dos membros inferiores quando o indivíduo está de pé, ou quando anda, lembram perfeitamente, em razão da amplitude, as grandes gesticulações de certas coréias; mas imediatamente se distinguiriam logo que a doente deixasse de se conservar em pé, ou de andar.

Em caso algum, se manifestam eles, estando a doente sentada ou deitada. Na realidade em tais casos, estão eles exclusivamente ligados ao mecanismo da posição em pé e da marcha, de conformidade com a definição da astasia e abasia.

Para caracterizar os casos deste grupo, eu proporei que se adote a denominação de abasia coreiforme (tipo de flexão).

Como era fácil prever, as manifestações históricas nesta epidemia não se limitavam à abasia coreiforme pura. A comissão médica refere casos de verdadeira coréia rítmica e tive ocasião de observar diversos casos da forma maleatória. Porém, sobretudo com grande freqüência viam-se associados à abasia coreiforme fenômenos estranhos e de todo ponto análogos aos espasmos saltatórios. O Dr. Souza Leite os menciona; mas em época anterior à sua observação e principalmente no Maranhão, foram muito freqüentes.

Doentes que amparados por duas pessoas progrediam lentamente no seu andar rítmico, estacavam de repente e punham-se a saltar sucessivamente no mesmo lugar, até que no fim de algum tempo aquele estado cedia e prosseguiam a marcha por momentos interrompida.

Assim devia ser. A astasia e a abasia são apenas manifestações de uma nevrose complexa, e embora freqüentemente monossintomáticas, podia se prever que a nitidez e a pureza dos primeiros casos muito se viriam a apagar com os estudos subseqüentes. As novas formas descritas e as tentativas de novas classificações principiam a confirmar essa previsão racional.

Como era natural, a epidemia tornou entre nós esses fatos de observação diária, sendo muito freqüente, na Bahia como no Maranhão, encontrar ao lado de sintomas ordinários da pequena histeria, ataques convulsivos ou outros acidentes, episódios mais ou menos francos da abasia coreiforme.

Deve-se considerar a abasia coreiforme uma coréia histórica? Sustentei essa opinião nas discussões que o estudo da afecção provocou no Terceiro Congresso Médico Brasileiro a que foi apresentado esse trabalho.

É exato que o caráter por excelência da astasia-abasia – desaparecimento completo de todo o movimento no estado de repouso –, parece excluir a abasia coreiforme do número de coréias, porquanto contraria ele um dos três elementos exigidos até aqui para a constituição do grupo nosográfico das afecções coreiformes, a saber: *movimentos de grande raio, movimentos involuntários embora conscientes, e persistência dos movimentos ainda em estado de repouso.*

Mas, se se atender por um lado a que, afora esse fato único, a abasia coreiforme é uma verdadeira coréia rítmica, como o indica o qualificativo empregado pelo professor Charcot para designar a espécie, e se se atender por outro lado a que o caráter da persistência dos movimentos coreiformes, não só tem oferecido modificações como faltado mesmo em muitas outras afecções tidas por verdadeiras coréias; não me parece que seja lícito separar a abasia coreiforme do grupo das coréias rítmicas históricas.

Efetivamente, o Dr. Lannois já havia feito notar que um certo número de casos de coréia rítmica, observados por Charcot e outros, exigia a admissão de

um grupo à parte, pois que esta variedade “se manifesta por *acessos*, espontâneos ou provocados, no intervalo dos quais a tranqüilidade pode ser absoluta, ao passo que no primeiro caso (verdadeiras coréias rítmicas), a coréia rítmica é regularmente *contínua*, cortada somente por exacerbações passageiras”.

Além disso, Lannois coloca no grupo das coréias rítmicas propriamente ditas, ao lado da coréia rítmica histórica, ou grande coréia, os espasmos reflexos saltatórios em que os saltos involuntários só se manifestam quando os pés tocam o chão e não existem em qualquer outra circunstância.

Mais que tudo, porém, o Dr. Lannois transcreve uma observação de Paget, da coréia rítmica saltatória, em que os movimentos desapareciam desde que a doente se sentava, embora fosse então presa de um sentimento de angústia que a obrigava a levantar-se logo.

Creio, portanto, que conviria subdividir o grupo da grande coréia rítmica por acessos e coréia descontínua, ou abasia coreiforme.

Teríamos, assim, a concepção geral do grupo ou das coréias de Lannois, modificado por este modo:

Coréias, rítmicas e arrítmicas

A. Coréias arrítmicas:

I. Coréia de Sydenham, coréia mole, coréia da gravidez, coréia dos velhos, coréia hereditária.

II. Hemicoréia e hemiatetose sintomáticas, atetose dupla.

B. Coréias rítmicas:

I. Coréias epidêmicas; dança de S. Guido, tarentismo, tigrético, *jumpers*, *revivals* etc.

II. Coréias rítmicas propriamente ditas:

a) Coréia rítmica histórica, ou grande coréia compreendendo: a coréia rítmica contínua, a coréia rítmica por acessos e a coréia rítmica descontínua, ou abasia coreiforme.

b) Espasmos reflexos saltatórios.

Causas

Não é fácil enumerar com plena certeza todas as causas que atuaram com eficácia no sentido de conferir um caráter epidêmico a estas manifestações históricas.

O papel salientíssimo que teve nela o contágio por imitação foi suficientemente apreciado quer pela comissão médica da Bahia, quer pelo Dr. Souza Leite.

Parece-me, porém, que ficou de aplicação muito restrita e local a apreciação das causas que prepararam o terreno, sem o qual de nenhum efeito teria sido a imitação, o que naturalmente foi devido a que o Dr. Souza Leite observara casos isolados e a comissão médica só se podia referir àquela parte da epidemia cujo estudo lhe havia sido cometido.

Presente-se, entretanto, que para estabelecer um laço comum entre essas epidemias esparsas pelas diversas províncias, é necessário remontar a causas mais gerais e admitir que pairava no ambiente brasileiro alguma coisa de anormal que, atuando sobre a população do país de modo a enfraquecer o organismo e exaltar as faculdades psíquicas, a predispôs a ponto de casos isolados de abasia coreiforme poderem tomar de um momento para outro as proporções de uma epidemia tão extensa, embora muito benigna.

Em outro trabalho e a propósito de outra moléstia, eu avancei que na minha opinião essa epidemia devia buscar a sua origem em influências mesológicas de ordem física e nos fenômenos sociais complexos que se prendem à fase histórica por que passa o nosso país.

A revolução política a que hoje assistimos teve necessariamente o seu período de preparo e elaboração. Ela, que se assinalou pela aceitação tácita e sem protesto, com que foram recebidas todas as grandes reformas bruscamente realizadas, demonstra forçosamente que a nação não tinha vida calma e regular. E, quer se interpretem os fatos no sentido de uma condenação e surda revolta de longa data preparada contra os erros e defeitos das instituições anteriores, quer no sentido de um indiferentismo e descrença necessariamente mórbidos, porque partiam de um povo ainda no berço, do ponto de vista médico em que me coloco têm eles um valor sensivelmente igual. Ainda mais, ninguém poderá apartar da explicação de todos os acontecimentos da época, a perniciosa influência do escravismo que, depois de ter concorrido para corromper os costumes e entibiar os ânimos, devia trazer com a vitória do abolicionismo as suas desastrosas conseqüências econômicas.

O terreno não estava menos bem preparado pelo lado religioso. Sabem os que estudam a nossa sociedade com observação imparcial que a população brasileira não prima pela pureza e segurança das crenças religiosas. O fato tem a sua explicação racional e científica no mestiçamento, ainda em via de se completar, de um povo que conta como fatores componentes raças em graus diversos de civilização por que se achavam ao tempo de fusão em períodos muito desiguais da evolução sociológica. Daí resultou que no Brasil o monoteísmo europeu teve de entrar em conflito com o fetichismo africano e a astrolatria do aborígene.

Por isso diz com razão o Dr. Sílvio Romero que ainda na psicologia estamos longe de uniformidade. Para mostrar como entre nós a irreligião acotovelava-se a cada passo com o fanatismo fetichista, não precisa mais do que recordar as práticas supersticiosas que mesmo nesta cidade lavram com intensidade nas classes inferiores e a influência mais ou menos direta nos costumes do nosso povo, de usanças africanas, ainda mal dissimuladas na diferença do meio.

Nas classes superiores, estamos habituados a ouvir profligar diariamente as conseqüências desastradas dos métodos de educação seguidos no país.

Se agora, destas influências que são de caráter e aplicação geral a todo o Brasil, se aproximar o fato de se ter circunscrito a epidemia ao Norte, involuntariamente se terá invocado todos os fatores da decadência notória em que se acha esta porção da República.

Em primeiro lugar o clima abrasador que, com a mesma liberalidade, prodigaliza às populações do Norte, a indolência e a anemia.

Em segundo lugar, a repercussão muito mais forte das revoluções político-sociais, por isso mesmo que estavam menos aparelhadas para recebê-las e ofereciam menor resistência. E entre elas figuram o pauperismo, a falta de iniciativa, a emigração, o desalento, a descrença, a decadência enfim.

Em terceiro lugar, as condições sanitárias pouco lisonjeiras das duas cidades em que a epidemia atingiu maiores proporções. A comissão médica não esqueceu a afluência de convalescentes para Itapagipe como causa da extensão da epidemia na Bahia.

Não foi de balde que, no Maranhão como na Bahia, se confundiu a coréia com o beribéri. Como o Dr. Affonso Saulnier, ainda o ano passado o Conselheiro Rodrigues Seixas afirmava na Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, que o *treme-treme* da Bahia, que não é mais do que coréia epidêmica, era uma forma apenas do beribéri, o beriberóide. Esta opinião teve realmente curso aqui na Bahia.

O erro de apreciação que, partindo da grosseira semelhança entre a marcha em *steppage* do beribéri e as desordens motoras rítmicas da coréia epidêmica, confundiu e unificou os dois estados mórbidos, tornou-se no Maranhão uma crença geral para o povo, como mais tarde a coincidência das duas moléstias em um mesmo indivíduo devia induzir aos próprios médicos.

Ora, é prática corrente entre nós aconselhar passeios higiênicos aos beribéricos e freqüente portanto nas recrudescências da epidemia encontrá-los pelas ruas. Em virtude deste hábito, os abásicos supostos beribéricos foram conduzidos em exibição pela cidade, tornando-se uma ocasião freqüente de contágio por imitação e concorrendo por conseguinte para incrementar consideravelmente a epidemia.

Por força exclusivamente desta sugestão enraizada, creio eu, se explicam as coincidências das manifestações da coréia com a época habitual do ano em

que regularmente aparece o beribéri, pois não foi sem razão que a comissão médica da Bahia, a propósito da influência que exerceram nas epidemias da Idade Média os vagabundos que exploravam a caridade pública simulando a coréia, julgou oportuno citar o seguinte judicioso conceito: “Para os indivíduos predispostos à moléstia, tão facilmente exerce a sua influência, a realidade como a aparência do mal.”

Por outro lado, os beribéricos debilitados pela doença e trabalhados pela sugestão que lhes vem da crença na identidade das duas afecções e da vista freqüente de coreícos, copiam naturalmente destes a forma que devem dar à sua moléstia enquanto ainda o permitem os progressos pouco adiantados do mal. Daí nasceram sem dúvida esses casos mistos que tanto impressionaram o Dr. Affonso Saulnier e o levaram a acreditar que os fenômenos coreiformes eram simples manifestações beribéricas.

Invocando, para a explicação desta epidemia, as influências que, em epidemias de outra gravidade e importância, todos os autores têm tido por eficazes, não procuro copiar para o meu país o quadro das calamidades que afligiram a Europa na Idade Média.

A pouca intensidade da epidemia marcou a proporção que guardam entre si as coisas daqueles tempos e as que enumero, e bem avisada andou a comissão médica quando disse “que muitas das causas que influíram naqueles tempos para dar a estas afecções (coreomanias) muito mais gravidade do que tem a epidemia de Itapagipe não existem felizmente mais hoje, ou *pelo menos são entre nós atenuadas.*”

Como estas causas e circunstâncias puderam exercer a sua ação indireta sobre a população de modo a ter na nevrose coreiforme a sua conseqüência, é o que explicam as observações e o ensino da Salpêtrière:

Já vimos, escreve Paul Richer, a influência que exercem na etiologia da histeria *major* as emoções vivas, que em certos casos bastam para determinar a forma dos principais acidentes. O que é pois para admirar que a excitação religiosa tenha provocado em certos períodos de exaltação esses efeitos sobre o sistema nervoso, que em última análise dão nascimento à grande histeria!

O contágio por imitação de uma síndrome nervosa estranha, que as proporções crescentes da epidemia ainda tornaram mais insólita, operando num meio que circunstâncias múltiplas, meteorológicas, étnicas, político-sociais e patológicas, tinham grandemente preparado, tais foram em suma as causas da epidemia coreiforme que percorreu nestes últimos quinze anos o Norte do Brasil e nele reina ainda hoje sob forma de uma endemia muito benigna.