

RESUMO O objetivo do presente artigo é discutir a produção científica da Comissão Técnica presente na Convenção Sanitária de 1887, realizada pelo Império do Brasil e pelas repúblicas da Argentina e do Uruguai na cidade do Rio de Janeiro. Procurou-se evidenciar os espaços institucionais de produção de ciência, os principais personagens – especialmente os médicos – que participaram dos experimentos científicos e a produção científica ligada à Convenção Sanitária. Buscava-se, naquele momento, comprovar se a carne de charque – produto platino largamente consumido no Brasil – servia como meio de transmissão do cólera morbus, epidemia que atingia a América do Sul naquele momento. Os médicos realizaram experimentos no Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional, no Rio de Janeiro, e a documentação encontra-se no Arquivo Histórico do Itamaraty. Percebe-se, com este trabalho, os fortes vínculos entre os interesses da ciência e os vínculos comerciais desses países.

Palavras-chave ciência médica; epidemias; comércio exterior; convenção sanitária.

122

ABSTRACT *The objective of the present article is to discuss the scientific production of the technical Commission in the Sanitary Convention of 1887, organized by the Empire of Brazil and the republics of Argentina and Uruguay in the city of Rio de Janeiro. Its main objective was to emphasize the institutional spaces of science production and its main characters - especially the doctors - that participated in the scientific experiments, as well as the scientific production associated with the Sanitary Convention. At that moment, the main goal was to prove that the salted and dried meat – a product from Argentina and Uruguay that was broadly consumed in Brazil - served as means of transmission of the cholera morbus, an epidemic that reached South America in that moment. The doctors conducted experiments in the Laboratory of Physiology of the National Museum, in Rio de Janeiro, and the documentation is in the Historical File of Itamaraty. One can notice that, based on that work, the strong relation between the interests of science and the economical ones in those countries.*

Key words *medical science; epidemic; foreign trade; sanitary convention.*

“Pesquisadores de uma verdade experimental ainda não comprovada”: a ciência médica na Convenção Sanitária Internacional de 1887 entre Brasil, Uruguai e Argentina

“Researchers of an experimental truth still not proven”: the medical science in the International Sanitary Convention of 1887 between Brazil, Uruguay and Argentina

CLEIDE DE LIMA CHAVES

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia | Uesb

Introdução

A partir dos referenciais da história das ciências, este artigo objetiva discutir a ciência médica que foi produzida durante a elaboração da Convenção Sanitária Internacional de 1887, entre o Império do Brasil e as repúblicas da Argentina e do Uruguai, com a compreensão de que a ciência possa ser historicamente estudada como uma atividade social e sujeita ao contexto em que foi produzida. Procurará evidenciar quais foram os principais personagens que exerceram atividade científica no âmbito da Convenção Sanitária, bem como os espaços institucionais em que esses cientistas estavam inseridos e a produção científica ligada diretamente à Convenção Sanitária Internacional de 1887.

Inicialmente, vale apresentar as antigas e novas abordagens em torno das discussões sobre a história das ciências na América Latina. Os primeiros estudos privilegiaram, por muito tempo, as relações entre os centros de investigação latino-americanos e os centros europeus, seguindo uma periodização clássica, porém já ultrapassada, estabelecida por Georges Basalla, que afirmava que a difusão da ciência ocorria a partir da Europa para o resto do mundo.¹

A historiografia latino-americana do século XIX reproduziu essa visão eurocêntrica e não se interessava por outra tradição que não fosse a européia ocidental, excluindo-se dela a tradição ibérica, pois se considerava que não se havia desenvolvido ali a ciência moderna.

O que é paradoxal é que os historiadores positivistas da América Latina assumiram o desafio de encontrar um lugar para a América Latina dentro da história europeia das ciências. Por isso, dessa fase pode-se inferir que “em vez de historiar a prática científica da América Latina, buscava-se mais historiar a ciência europeia na América Latina”.² Juan Saldaña analisa que esse impasse foi próprio do tempo e da influência historiográfica vivida pelos pesquisadores latino-americanos, que negavam (teoricamente) a América Latina e afirmavam a universalidade da prática científica (pela sua transcendência) e o caráter europeu da sua origem.

As recentes abordagens avaliam que essa historiografia buscou transferir estruturas europeias, como os estados de civilização e progresso, a organização capitalista ou a luta ideológica para a América Latina, espaço em que necessariamente as coisas não ocorreram dessa mesma maneira. Propõe-se aqui que, para fazer a história das ciências na América Latina, “necessita-se de uma metodologia específica para um objeto de estudo também específico. Uma metodologia de história social das ciências e das técnicas capaz de elaborar, mediante a investigação factual, uma imagem de nosso passado que, sem triunfalismos nem derrotismos, seja historicamente correta”.³ A pesquisa documental em arquivos aponta para a escrita dessa nova história social, baseada em acontecimentos da ciência produzida nas Américas, e aponta para a evidência de que a América Latina não estava atrasada, do ponto de vista científico, em relação à Europa ocidental.

Como enfatizou Maria Margareth Lopes, “pouca atenção têm merecido ainda, tanto os estudos comparativos, como os intercâmbios que instituições científicas e naturalistas mantiveram entre si no interior da própria América Latina, particularmente a partir da segunda metade do século XIX”.⁴ Buscar-se-á, portanto, com este trabalho, contribuir para os estudos sobre História das Ciências na América Latina e evidenciar as relações que se estabeleceram entre os médicos brasileiros, uruguaios e argentinos no que se refere à pesquisa científica das epidemias que assolavam essas regiões no final do século XIX.

O contexto do final do século XIX para as ciências médicas

As últimas décadas do século XIX foram de intensas mudanças no que se refere às noções de doença e saúde até então conhecidas. Da velha visão de higiene, determinada por hábitos urbanos, pela ação miasmática do ambiente e até mesmo pela vontade divina, passou-se à teoria da saúde pública sustentada por uma nova epidemiologia, cuja culminação ocorreu nos trabalhos de Pasteur e Koch. A nova saúde pública teve como propósito erradicar as doenças por meio da eliminação dos microorganismos. De acordo com Eduardo Quevedo e Gutiérrez, “esta manera de entender la enfermedad y la acción sobre ella, tendrá una grande importancia para la medicina latinoamericana de finales del siglo XIX y comienzos del XX”.⁵ A nova teoria microbiana, como enfatizou Georges Canguilhem, que comporta “a promessa, para o futuro, de cura e sobrevivência para milhões de homens e de animais, comporta igualmente o anúncio da morte precisamente de todas as teorias médicas do século XIX”.⁶

No entanto, apesar do prenúncio do fim das antigas teorias médicas, no Império Brasileiro e nas repúblicas platinas, como destaca Jaime Benchimol, a entronização do pasteurianismo “não foi uma assimilação passiva de idéias oriundas dos países que detinham a hegemonia econômica e cultural”.⁷ Esse processo foi conflituoso, envolvendo interesses diversos e desestruturando conhecimentos já estabelecidos naquela época.

As teorias contagionistas e anticontagionistas, formuladas como teorias distintas a partir do século XVI,⁸ continuavam sendo debatidas e defendidas por grande parcela dos médicos brasileiros e platinos, e essas discussões encontram-se presentes nas fontes primárias consultadas, como as correspondências entre os representantes dos três países. Para uma parte dos médicos envolvidos, defensora da teoria microbiana e que lutava para substituir as anteriores, interessava a ratificação do novo saber. Aos governos, importava tirar proveito da ciência pasteuriana para salvaguardar o comércio internacional dos seus produtos e o intenso fluxo imigratório europeu do final dos oitocentos.

A Convenção Sanitária de 1887: contexto e aspectos político-econômicos

O século XIX marcou, não só para a América Latina, mas para o mundo ocidental, a intervenção dos poderes públicos na saúde dos povos. As reformas sanitárias e o aparecimento de conselhos gerais de saúde e departamentos sanitários ocorridas na Europa e nos Estados Unidos foram um grande marco na história da saúde pública no Ocidente.⁹ O surgimento de convenções sanitárias entre o Brasil, a Argentina e o Uruguai integram-se, desta forma, ao movimento sanitário iniciado na Europa e nos Estados Unidos e a uma concepção de que somente o poder público poderia solucionar os problemas de saúde da população e os problemas econômicos advindos das doenças epidêmicas.¹⁰

Além do contexto sul-americano de propagação e busca de controle das epidemias, é importante situar, na Europa, a primazia do movimento para a constituição de um código sanitário internacional. Como afirma George Rosen, a segunda metade do século XIX esteve marcada pelas preocupações com o sanitarismo e a urbanização das grandes cidades européias.

*O governo da França enfim tomou a iniciativa de organizar a primeira conferência sanitária internacional, inaugurada a 5 de agosto de 1851 em Paris. Estavam representadas as seguintes nações: Áustria-Hungria, as duas Sicílias, Espanha, os Estados Papais, Grã-Bretanha, Grécia, Portugal, França, Rússia, Sardenha, Toscana e Turquia. Cada estado se fazia representar por dois delegados, um diplomata e um médico, pois se reconhecia à conferência dizer respeito a problemas técnicos e médicos, e administrativos e diplomáticos. O objetivo da conferência era o de remover todos os atrasos desnecessários ao comércio internacional, salvaguardando-se a saúde geral.*¹¹

As Conferências Sanitárias Internacionais ocorridas na segunda metade do século XIX inauguraram nova fase das políticas de saúde pública no Ocidente, a da internacionalização. A mesma preocupação evidenciada nas conferências sanitárias ocorridas entre os países europeus esteve presente nas Convenções Sanitárias latino-americanas, inclusive com a mesma composição de diplomatas e médicos dos países envolvidos.

124

Segundo Quevedo e Gutiérrez, as organizações sanitárias mundiais eram tentativas de prevenir a transmissão de enfermidades de um país para outro. E, em relação ao cólera, “debido a las múltiples dificultades de aunar criterios y conocimientos técnicos, sólo se logró establecer la cuarentena en relación con el cólera en la Séptima Conferencia Sanitaria Internacional de 1892. Como resultado, se redactó la Primera Convención Sanitaria Internacional”.¹²

No entanto a anterioridade das Conferências Sanitárias não resultou na primeira convenção sanitária internacional atribuída ao encontro ocorrido em Veneza no ano de 1892, como afirmam os autores, e sim a que ocorreu em 1887 entre países da América do Sul. A dificuldade relacionada principalmente à soberania dos Estados europeus foi a grande barreira para a formulação de uma convenção sanitária.

Por muito tempo, a historiografia sobre a saúde pública esteve centrada nas análises produzidas pelos historiadores europeus e norte-americanos, que desconheciam ou minimizaram os eventos ocorridos na América Latina. Mesmo os trabalhos feitos no Brasil não consideravam os Congressos latino-americanos fenômenos de grande porte que os pudessem elevar à condição de Conferências Sanitárias Internacionais. Contudo o que fica evidente foi o pioneirismo do Brasil, Argentina e Uruguai em terem regulamentado a primeira Convenção Sanitária Internacional em 1887, tendo validade até o ano de 1893, e estabelecido os períodos de quarentena para o cólera morbus, a febre amarela e a peste bubônica, bem como os meios de desinfecção, e terem ainda realizado pesquisas científicas em relação, especialmente, ao cólera morbus, que era a grande ameaça epidêmica daquele momento e, igualmente, a doença melhor conhecida e diagnosticada através das descobertas de Robert Koch, que descobriu o vibrião causador da doença em 1883, no Egito.¹³

Devem-se pontuar duas abordagens diferentes daquelas que não levavam em consideração os acontecimentos ocorridos na América Latina. O trabalho de Marcos Cueto, historiador peruano, sobre a organização pan-americana de saúde, destacou que os congressos sanitários realizados entre países da América do Sul faziam parte dessas Conferên-

cias Internacionais iniciadas na Europa, quando afirma que “también en América Latina se organizaron eventos por esa misma época, por lo general como un acuerdo entre dos, tres y hasta cuarto países. Entre ellos se destaca una serie de reuniones sobre salud en las que participaron Argentina, Brasil y Uruguay”.¹⁴ E, um outro trabalho, da canadense Anne-Emanuelle Birn,¹⁵ igualmente apontou nessa direção, ao afirmar que “a preocupação européia, em meados do século XIX, em prevenir a propagação de doenças epidêmicas – e as conseqüências econômicas das interrupções do comércio – ecoou em uma série de encontros, realizados em Montevideu e no Rio de Janeiro, iniciados em 1873, visando à padronização de medidas de quarentena e saneamento marítimo”.

Esses dois trabalhos, de alguma maneira, interpretaram as Convenções Sanitárias Americanas em outra perspectiva, mais integradas às discussões que ocorriam na Europa, bem como apontaram para a importância do estudo da sanidade internacional na América Latina.

Não somente a bibliografia, mas também a documentação aponta para um diálogo entre as conferências internacionais. Como exemplo, o protocolo da Convenção de 1887 fazia referência às outras conferências de saúde ocorridas no mundo, com o objetivo de seguir as diretrizes já adotadas:

*Pareceu à Comissão técnica, que as Conferências de Viena, em 1876, de Washington, em 1881, de Roma, em 1885, de Antuérpia, ainda em 1885 e finalmente o recente Congresso do Havre, em 1887, tinham inovado muito em matéria de higiene administrativa e de organização quarentenária; sendo aproveitável, portanto, para a elaboração científica do Convênio, que os três Governos sul-americanos projetam, a cópia riquíssima e instrutiva de preceitos e arestos que as referidas Conferências estabeleceram e firmaram.*¹⁶

A Convenção de 1887 ocorreu num momento em que o saber médico se consolidava e ganhava o respaldo das autoridades administrativas. Esse processo de consolidação da medicina dita “científica” só aconteceu a partir da década de 1880. De acordo com Flávio Edler,¹⁷ somente no fim do século as “elites médicas” teriam conseguido consolidar sua profissionalização, depois de muitos conflitos com os grupos políticos poderosos e dentro da própria corporação médica, fortalecendo assim os laços entre as autoridades governamentais e os médicos que julgavam agir, de forma neutra e imparcial, em nome da ciência.

A convenção sanitária apontava para o conhecimento científico predominante naquele momento, visto que já se especulava cientificamente a respeito das supostas causas dessas doenças e suas formas de contágio. A medicina começava, assim, a alcançar um *status* de ciência confiável e imprescindível para a sobrevivência dos povos.

O Congresso Sanitário de 1887 indicou, dentre outros aspectos, a necessidade de integração entre os três países, que procuravam resolver os seus problemas de ordem econômica e social de maneira coletiva. As relações, inicialmente de caráter bélico, assumiram paulatinamente um caráter socioeconômico e diplomático, até chegar ao fim do século XIX com uma política de cooperação e integração.

A principal motivação para que os três países elaborassem esse acordo sanitário, ocorrido em 1887, foram as medidas proibitivas, de caráter comercial, tomadas pelo Império brasileiro no momento do surgimento de epidemias de cólera nas cidades de Montevideu e Buenos Aires. O Brasil tomou medidas drásticas, como expressa o documento imperial datado de 1886, que proibia a “importação de carnes salgadas de procedência argentina ou oriental [...] em que excetua as carnes existentes em depósito nos saladeiros orientais e preparadas antes do aparecimento do cólera na República Argentina”.¹⁸ Essa medida causou um grande impacto no comércio platino, em especial o uruguaio – principal exportador –, que tinha o Brasil como principal mercado consumidor da carne de charque, produto destinado principalmente à alimentação dos escravos e da população pobre brasileira.¹⁹ Portanto era necessário estabelecer uma negociação “a respeito de medidas sanitárias e direitos de importação no Brasil sobre carnes e outros gêneros”, como assinalou o Barão de Alencar, em nota da Legação Imperial em Buenos Aires ao governo argentino em 19 de setembro de 1887.

A questão da importação da carne de charque platino para o Brasil era muito importante para esses países. A República Oriental do Uruguai, como enfatizou o diplomata uruguaio no Brasil, Carlos Ramirez, “produce e introduce por si sola dos terceras partes del tasajo extranjero consumido anualmente por la poblacion del Império”,²⁰ portanto, urgia

resolver a querela, haja vista que os produtores e comerciantes uruguaios sofriam as conseqüências de não poderem exportar o charque para o Brasil durante quase um ano, entre 1886 e 1887. Vale destacar que o Uruguai, durante o século XIX, se caracterizava como país agro-exportador e dependia quase exclusivamente do mercado externo para a dinamização de sua economia interna.²¹

A partir dessa observação, pode-se questionar uma tese tradicionalmente defendida por alguns historiadores de que a febre amarela recebeu muito mais atenção por parte das autoridades do que o cólera, como afirmou o historiador Sidney Chalhoub. Segundo o autor, a febre amarela era tida pelo saber médico como uma doença que atingia predominantemente os europeus, enquanto, por exemplo, o cólera *morbis* era classificado como moléstia de escravos, apesar de não existir ainda um consenso tão rígido em torno do conhecimento dessas doenças. Como destaca Chalhoub, “todos os esforços e recursos foram dirigidos à febre amarela, enquanto doenças como a tuberculose e a varíola, ambas normalmente associadas a mestiços e pobreza, eram quase completamente negligenciadas”,²² tendo se tornado a questão de saúde pública no Brasil.

A interrupção da importação da carne de charque platina por praticamente um ano, em função da moléstia, e a elaboração de uma Convenção Sanitária Internacional podem ser considerados fortes indícios de que o cólera *morbis* trouxe consigo sérios problemas às autoridades diplomáticas e comerciais, e tornou-se, no fim do século XIX, uma das principais questões da saúde pública para os países latino-americanos. Também não se pode esquecer que o Brasil era um país escravista e necessitava conservar essa mão-de-obra, mesmo com a chegada dos imigrantes e com o processo lento e gradual da abolição da escravidão.

Com o retrocesso da epidemia e com o estabelecimento do regulamento sanitário entre os três países, no fim de 1887, as províncias brasileiras voltaram a abrir seus portos para as embarcações vindas do Prata. Porém a atitude tomada pelo Império de bloquear seus portos aos produtos argentinos e uruguaios havia causado um forte ressentimento na diplomacia platina. “Antes de finalizar el año volvieron a reabrirse los puertos brasileños de acuerdo con la Convención Sanitaria suscrita en Rio de Janeiro por los representantes diplomáticos del Uruguay, de la Argentina e del Brasil. Pero la crisis ganadera no desapareció del todo y el tema abordado por la Asociación Rural continuó por varios meses a la orden del día.”²³

Na Convenção, estabeleceu-se a criação de instituições de controle sanitário nos portos e nas embarcações e exigia-se a contratação de médicos, através de concurso público, nos portos e nos navios de transporte de passageiros, visando aumentar o controle e a vigilância desses países no que se refere às doenças.²⁴

Os personagens envolvidos na elaboração dessa convenção e na confecção do regulamento foram os ministros das relações exteriores dos três países, os cônsules e os médicos – indicados pelas autoridades diplomáticas. A Convenção Sanitária ficou dividida em duas comissões: uma diplomática e uma técnica. Em função de a convenção sanitária ter sido uma iniciativa do Barão de Cotegipe, ministro dos negócios estrangeiros do Brasil, todos os aspectos formais e burocráticos para a confecção da convenção ficaram sob a responsabilidade dos devidos chefes diplomáticos dos três países. E a comissão técnica, nomeada pelos distintos governos para colaborar na Convenção, era formada por médicos dos respectivos governos e tinha como responsabilidade proceder a exames e pesquisas relacionadas às epidemias que atingiam as três nações, especialmente a de cólera *morbis*.

A comissão médica internacional

A delegação uruguaia designou como técnicos para os trabalhos do Congresso Sanitário de 1887 os doutores Elias Regules, catedrático de Higiene na Faculdade de Medicina da Universidade de Montevidéu, e o médico José Arechavaleta, professor de Botânica na mesma faculdade. O Dr. José Arechavaleta fez parte do primeiro grupo de catedráticos a ensinar na faculdade de Medicina de Montevidéu, estabelecida em 1875. Como positivista e defensor

da ciência experimental, ciência nova naquele momento, criou o primeiro laboratório bacteriológico da Faculdade de Medicina do Uruguai, e atuou no campo da higiene pública, especialmente nas epidemias de cólera de 1886.²⁵ Figura importante neste trabalho, ele trouxe uma amostra contendo tubos com culturas do bacilo-vírgula (o vibrião do cólera), para que se realizassem as pesquisas científicas durante o Congresso Sanitário no Rio de Janeiro, em 1887.

Os médicos designados pelo governo argentino para compor a Convenção Sanitária foram os doutores José M. Astigueta e Telémaco Susini (1856-1935). Assemelhando-se com seus colegas uruguaios, faziam parte do corpo docente da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, sendo que o Dr. Susini destacava-se na cátedra de Bacteriologia, tendo fundado, no início da década de 1880, o Instituto Bacteriológico. Ambos também ocuparam o cargo de presidente da Assistência Pública na capital argentina. Portanto eles estavam envolvidos diretamente com a saúde pública e compunham os quadros políticos do governo argentino.

A comitiva brasileira foi formada por três médicos designados pelo governo em 1887, sendo eles os doutores Nuno de Andrade, Francisco Marques de Araújo Góes e João Baptista de Lacerda. Araújo Góes e Lacerda trabalharam juntos em diversos experimentos, especialmente nas pesquisas envolvendo a febre amarela. Esses especialistas faziam parte da primeira geração de médicos no Brasil a se destacar na ciência dos micróbios.

Araújo Góes, João Baptista de Lacerda e Nuno de Andrade eram filiados à Academia Imperial de Medicina. Francisco Marques de Araújo Góes atuava também como lente de história natural do Imperial Colégio D. Pedro II, e Baptista Lacerda chegou a ocupar o cargo de diretor do Museu Nacional, entre 1895 e 1915, ano de sua morte. Nuno de Andrade era professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e, no ano de 1887, estava também no cargo de Inspetor Geral de Saúde dos Portos.

A documentação não explicita quais foram os critérios adotados pelos três governos para a escolha dos médicos. Ao analisar a trajetória de alguns desses indivíduos, percebemos que tinham alguma ligação com seus governos, ora como ocupantes de cargos públicos, ora como atuantes em instituições científicas reconhecidas naquele período.

No caso do Brasil, alguns acadêmicos questionaram a não nomeação de João Batista dos Santos, o Barão de Ibituruna, para a Convenção Sanitária, haja vista ser ele Inspetor Geral de Higiene naquele período, e também por Nuno de Andrade ter sido nomeado em função de exercer o cargo de Inspetor Geral de Saúde dos Portos. Ambos os inspetores faziam parte de uma mesma estrutura burocrática, criada a partir da reforma ocorrida em 1886.

Em 3 de fevereiro de 1886, através do decreto n.º 9554, ocorreu uma reforma dos serviços sanitários, decorrente da precária condição sanitária da capital e das cidades mais importantes do Império. Nessa reforma, os serviços sanitários do Império foram divididos em serviços terrestres e serviços marítimos, sob direção de dois órgãos distintos, sediados no Rio de Janeiro, a Inspetoria Geral de Higiene e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Por isso, dentro da lógica dos acadêmicos, era preciso compor a comissão com a presença dos dois órgãos.

Durante a sessão de 20 de novembro de 1887 da Academia Imperial de Medicina, ocorreu intensa discussão, quando o Dr. Costa Ferraz questionou a ausência do Inspetor de Higiene na referida comissão. O Dr. Araújo Góes buscou justificar a sua presença na comissão, afirmando que “a Inspetoria Geral de Higiene nada tem que ver com as relações internacionais”, e que ele se fazia presente no congresso, “porque já havia feito parte de um congresso igual, realizado em Montevideu, em 1873”.²⁶ De fato, o Dr. Araújo Góes foi o único médico dos três países a participar dos dois congressos sanitários, realizados respectivamente em 1873 e 1887 entre os três países. Havia ali disputas explícitas entre os médicos acadêmicos, e a ocupação de cargo fazia parte do processo da disputa de poder e de reconhecimento dentro e fora da Academia.

A realização dos experimentos da Comissão técnica aconteceu no laboratório de fisiologia experimental do Museu Nacional. O papel desempenhado pelo laboratório de fisiologia foi fundamental para o andamento dos acordos relacionados à Convenção Sanitária. Fundado em 1880, teve como diretores o médico francês Louis Couty (1854-1884) e João Baptista de Lacerda, e sua finalidade era o estudo de substâncias medicamentosas, tóxicas ou alimentares e

de questões relacionadas à higiene, patologia e climatologia.²⁷ É considerado “o primeiro instituto desse gênero que o Estado fundou no Brasil”.²⁸

Na gestão de Lacerda, a partir de 1886, especialmente com as descobertas de Pasteur, os estudos sobre as doenças humanas e dos animais passaram a ter crescente atenção dos especialistas do mundo inteiro, e o laboratório seguiu essa nova orientação e passou a dar ênfase nos “estudos dos seres microscópicos e, tendo recomposto seu material técnico, tornou-se também um laboratório bacteriológico”,²⁹ buscando com isso o fortalecimento e a projeção da instituição em que trabalhava.

Os médicos envolvidos na Convenção Sanitária mostravam a familiaridade com os laboratórios e com a prática da pesquisa científica, quer sejam no Brasil, no Uruguai ou na Argentina, e ganharam destaque nesse cenário internacional João Baptista de Lacerda (1846-1915) e José Arechavaleta (1838-1912), ambos fundadores de laboratórios em seus países, o que dava reconhecimento profissional e social à comissão.

A tradição científica de pesquisa no Brasil não estava localizada nas faculdades de medicina, cujo modelo educacional não priorizava a pesquisa, cujas aulas eram eminentemente teóricas, e onde a medicina experimental havia encontrado pouco espaço. Porém, como alertou Edler, nas últimas décadas do século XIX, com as reformas implementadas nas Faculdades de Medicina do Império, elas passaram a ser “tidas, agora, como o local ‘natural’ para o desenvolvimento científico, e não apenas as sociedades médicas. A luta pela criação de novas cadeiras de clínicas especiais associada à reivindicação do ensino prático para todas as outras disciplinas do curso médico, decorrem do novo consenso quanto à necessidade de se reunir numa mesma instituição as atividades de ensino e pesquisa”.³⁰

Ainda que tenham alcançado um status científico, as faculdades não conseguiram retirar o papel das outras instituições, como os museus, reconhecidos como redutos de produção científica durante todo o período imperial. Como destacou Hebe Vessuri “os museus sul-americanos funcionavam como instituições de pesquisas e como instrumentos de esclarecimento popular”.³¹ O Museu Nacional, no Rio de Janeiro, funcionou, desde 1818 – ano de sua fundação – até o fim do século XIX, como um órgão consultor governamental para os assuntos de geologia, mineração e recursos naturais do Império, decorrendo daí a importância do seu laboratório de análises químicas. Igualmente a biologia tinha seu espaço de pesquisa no Museu, e por isso não surpreende que os experimentos para a Convenção Sanitária de 1887 tenham sido realizados dentro do Museu Nacional no Rio de Janeiro.

Apenas no alvorecer do século XX, ocorreu a saída da biologia e de outras ciências dos museus, no momento em que conseguem a institucionalização de algumas disciplinas como a Arqueologia, a Antropologia, a Etnologia e a Paleontologia na América Latina. Como ressalta Lopes e Murriello, “enquanto os museus continuavam a conservar suas coleções protegidas da influência desastrosa da luz que danificava as cores dos espécimens, novos e especiais prédios eram construídos para os laboratórios dos microcopistas, que exigiam enormes janelas para a ampla iluminação”.³²

Outro espaço de produção científica foi a Academia Imperial de Medicina. Ela, juntamente com o Museu Nacional, no Rio de Janeiro, atuou, ao longo do Segundo Reinado, como um local de debate, produção científica e de reconhecimento entre seus pares. A Academia do Rio de Janeiro tornou-se uma instituição representante da medicina oficial, ao lado das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Criada em 1829 como Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e convertida em academia em 1835, tinha o papel de elaborar pareceres sobre a higiene pública e atender às solicitações das autoridades imperiais, especialmente no caso de epidemias, porém, perdeu paulatinamente essa função consultiva junto ao Estado em matéria de saúde pública, a partir da criação da Junta Central de Higiene, que, pelo decreto n. 828 de 1851, passou a assumir esse papel, porém igualmente de maneira vaga e pontual.

De todo modo, a Academia, até o fim do período imperial, continuou trabalhando em diversas comissões de saúde propostas pelo Império, como na Convenção Sanitária entre o Brasil, Argentina e Uruguai, ocorrida em 1887. Para que os debates da Academia pudessem atingir o público letrado, era publicado um boletim quinzenal, em que se vinculavam as notícias e publicavam-se as atas das sessões de reuniões dos acadêmicos. Na sessão de 3 de novembro de 1887,³³ o acadêmico Dr. Araújo Góes pediu a palavra para informar à Academia a sua participação e a do Dr.

Lacerda no congresso sanitário entre o Brasil e as repúblicas da Argentina e do Uruguai, e trazia consigo dois membros estrangeiros para assistirem à sessão,³⁴ bem como solicitava aos demais acadêmicos auxílio no sentido de esclarecer questões relativas ao contágio e tempo de incubação da febre amarela.

A prática do laboratório

A principal experiência científica realizada pela Comissão foi “para se reconhecer se o charque podia ou não transportar o germe do cólera asiático”.³⁵ De início, evidencia-se aqui, uma estreita relação entre a ciência e a economia desses países. Como afirmou o sociólogo Robert Merton, ao estudar as relações entre a ciência e a economia na Inglaterra do século XVII, “a relação entre a ciência e as necessidades sociais é dupla: direta, no sentido de que algumas pesquisas se realizam premeditada e deliberadamente para fins utilitários e indireta, na medida em que certos problemas e materiais para sua solução impõem à atenção dos cientistas, ainda que estes não necessitem conhecer as conseqüências práticas das quais nascem”.³⁶

Para este estudo, todavia, a relação entre economia e ciência é direta, haja vista que os discursos produzidos por parte das autoridades diplomáticas mostraram uma grande preocupação com a comercialização do charque. Durante o século XIX, a carne seca era importante não apenas do ponto de vista econômico, mas social e cultural, tendo em vista que boa parte da população brasileira havia se habituado a consumir esse produto, cujo maior mercado fornecedor eram as repúblicas da Argentina e do Uruguai. Como afirma Cleide Chaves, “a carne de charque, juntamente com a farinha era item fundamental na alimentação dos escravos. Rico em proteínas, barato, de fácil preparo e de longa durabilidade, aspectos importantes pois a maioria dos produtos se decompunha muito rapidamente devido ao clima tropical, converteu-se em hábito alimentício de todas as camadas sociais cubanas e brasileiras”.³⁷

Portanto, evidencia-se neste estudo, como afirmou o sociólogo uruguaio Luis Eduard Morás “uno de los casos más interesantes de interrelación de epidemias, intereses económicos y conocimiento científico, representado por el conflicto entre Uruguay e Brasil en 1887, cuando este último cerro sus puertos a las importaciones de tasajo procedentes del Río de la Plata”.³⁸ Para ele, não havia apenas o temor da transmissão do cólera, mas também a intenção de implantar uma medida protecionista para o charque rio-grandense, concorrente direto da carne platina, mais barata e de melhor qualidade.

Todos os experimentos com a carne de charque foram relatados pela Comissão em nove protocolos, entre os dias 25 de outubro e 08 de novembro, e em um parecer conclusivo. O primeiro protocolo inicia-se assim:

Aos 25 dias do mês de outubro de 1887, presentes no laboratório de fisiologia experimental do Museu Nacional, os abaixo assinados comissários técnicos por parte dos respectivos governos, a saber: José Arechavaleta, da Republica Oriental do Uruguay; Nuno de Andrade, Francisco Marques de Araújo Góes e João Baptista de Lacerda, do Império do Brasil, resolveram iniciar os trabalhos da honrosa comissão de que foram incumbidos no sentido de averiguar desde já e como preliminar de estudos ulteriores atinentes a questões de administração sanitária comuns nos dois países e a Republica Argentina, quais os gêneros, mercadorias e objetos capazes de reter e transportar germens contagiosos... Decidiram começar pelo exame das condições que oferece a carne seca ou charque como veículo de transporte do germen vivo do cólera morbus, que na opinião dos comissários é, até prova em contrário, o bacilo-vírgula de Koch.

Em relação à concepção de ciência defendida por esses médicos, fica evidente a adoção dos pressupostos de Robert Koch para a realização das experiências com o cólera, como mostra o protocolo n.1 já citado, onde os médicos admitem o cólera como sendo o bacilo-vírgula descoberto por Koch.

Logo no início da investigação científica, eles realizaram culturas do bacilo do cólera com caldo de carne seca, e concluíram que nos tubos infectados com o bacilo, após pouco tempo, “encontrava-se uma quantidade prodigiosa de

microorganismos de formas diferentes, não existindo porém nenhuma forma semelhante a do bacilo-vírgula de Koch".³⁹ No entanto, para que fosse assegurado o resultado do experimento, a maior parte dos médicos concordava em adotar as mesmas fórmulas que o cientista alemão para comprovar suas pesquisas, como aponta no protocolo n.6:⁴⁰ "Para maior segurança na conclusão, decidiram os comissários fazer culturas em placa, pelo método de Koch, semeando o líquido dos tubos acima mencionados, a fim de ver si entre as colônias que ali se vão desenvolver, aparece alguma com os caracteres das colônias do bacilo-vírgula."

Mais adiante, no protocolo n.8, os médicos "concluíram que o bacilo-vírgula com o qual infectaram a carne seca tinha realmente perecido, vindo assim o método de culturas em placas corroborar a conclusão que já haviam antes chegado pelo simples exame microscópico das culturas feitas com o tasajo infectado".⁴¹ Ou seja, através dos métodos mais tradicionais ou dos mais avançados, a resolução do problema era a mesma: a carne de charque não era meio de transporte do gérmen do cólera, o bacilo-vírgula.

A conclusão alcançada pelos médicos que participaram dos experimentos com a carne seca foi a de que as experiências "que parecem assaz concludentes, resolveram declarar, como efetivamente declaram estar convencidos de que o charque ou tasajo não pode transportar o gérmen do cólera asiático, isto é o bacilo-vírgula de Koch".⁴² Essas considerações finais da comissão apaziguaram as relações comerciais entre o Brasil e as repúblicas da Argentina e do Uruguai, pois logo em seguida deliberou-se pela reabertura dos portos brasileiros aos produtos vindos dessas regiões.

No entanto permaneceram em vigor as teses miasmáticas de transmissão das doenças para alguns outros médicos. Cabe observar que o bacilo-vírgula de Koch havia sido recém-descoberto havia cinco anos, sendo um espaço de tempo relativamente curto para que esse novo saber pudesse ter se consolidado. Outras teorias permaneceram vivas entre muitos escolápios, corroborando a tese de Thomas Kuhn de que:

*Quando, pela primeira vez no desenvolvimento de uma ciência da natureza, um indivíduo ou grupo produz uma síntese capaz de atrair a maioria dos praticantes de ciência da geração seguinte, as escolas mais antigas começam a desaparecer gradualmente. Seu desaparecimento é em parte causado pela conversão de seus adeptos ao novo paradigma. Mas sempre existem alguns que se aferram a uma ou outra das concepções mais antigas; são simplesmente excluídos da profissão e seus trabalhos são ignorados.*⁴³

No caso do Brasil, a teoria microbiana levou tempo para ser definitivamente instalada, como afirma Benchimol:

*Entre o momento em que a medicina pasteuriana foi recebida como moda passageira, para uns, uma escola a ser integrada a nosso cadinho eclético, para outros, ou, ainda, como doutrina prepotente e ameaçadora, para grande número de clínicos e higienistas, até o momento em que foi abraçada por todo o campo médico como seu núcleo de certezas decorreu um processo em larga medida protagonizado por um punhado de médicos que se lançaram à caça de micróbios patogênicos e que assumiram todos os riscos envolvidos na postulação de teorias longamente debatidas dentro e fora do país.*⁴⁴

Após a realização dos experimentos no laboratório de fisiologia experimental do Museu Nacional, era necessário estabelecer os meios de prevenção do cólera nas embarcações que circulavam entre os portos do Prata e do Brasil. No início das discussões, ficaram explícitas a coexistência das teorias miasmáticas e microbianas sobre as formas de desinfecção nos navios entre os médicos da comissão. O presidente da comissão técnica, o doutor Nuno de Andrade, elogiou a comissão encarregada de fazer os experimentos com o bacilo do cólera na ata n.4 do Congresso Sanitário Internacional, do dia 9 de novembro de 1887, e fez uma indicação do uso do "ácido sulfuroso nos casos de cólera morbus, pois o seu emprego em uma atmosfera úmida, com formação de gás sulfídrico é de resultado certo".

O Dr. Lacerda, buscando fazer um discurso diplomático, não questionou os conhecimentos do seu colega e superior naquela comissão, porém afirmou que "concorda com o sr. Presidente, embora esteja convencido pelos estudos de Koch, que o gérmen colerígeno não se encontra no ar". Mesmo assim, a comissão técnica aprovou o uso do ácido sulfuroso como desinfetante nas embarcações. Ou seja, miasma e micróbio conviveram por algum tempo na ciência médica sul-americana.

Além desses estudos, duas outras subcomissões foram instituídas em primeiro de novembro de 1887, no âmbito da Convenção Sanitária: uma para o estudo da febre amarela, composta pelo brasileiro Araújo Góes, pelo argentino Telémaco Susini e pelo uruguaio Arechavaleta; e a segunda para o estudo das matérias suscetíveis e dos desinfetantes, contando com os médicos Lacerda, brasileiro, e novamente Susini e Arechavaleta.

No entanto, ao contrário da comissão anterior que pesquisou o cólera, o relato feito pelos médicos sobre a febre amarela baseou-se em especulações e incertezas. Até aquele momento, não se havia ainda descoberto o verdadeiro agente de transmissão da doença. Trabalhava-se sobre os dados empíricos e com as experiências cotidianas com a doença. Alguns brasileiros como Domingos Freire e Batista Lacerda, a partir de 1880, acreditavam na existência de um germe causador da febre amarela, o que os tornou rivais na busca pela vacina contra a doença. Era o auge da utilização dos métodos da bacteriologia pelos médicos, conhecidos como “caçadores de micróbios”.

No ano de 1880, João Batista de Lacerda chegou, inclusive, a propor a reunião de países americanos para se discutir o combate à febre amarela, remetendo-se a Conferência Sanitária Internacional de Constantinopla em 1886, quando os países europeus se reuniram para discutir a epidemia de cólera *morbus*. Lacerda “desejava que o governo brasileiro promovesse conferência similar no Rio de Janeiro, para tratar da febre amarela, com representantes das repúblicas platinas e dos Estados Unidos”,⁴⁵ pois era um assunto urgente para o continente americano.

Efetivamente, na convenção sanitária internacional de 1887 se discutiu a temática, no entanto as respostas para as questões levantadas eram vagas, não se afirmava nada com certeza. Isso se explica, em parte, pela derrota sofrida por Lacerda e Araújo Góes sobre o agente causador da doença. Acreditavam esses médicos que era um “fito-organismo”, ou um vegetal que produzia a febre amarela, sendo introduzido no organismo através do alimento e da bebida. Porém, em 1883, um laboratório na França desmentiria a hipótese dos brasileiros, sugerindo que o vegetal encontrado era apenas uma bactéria já conhecida pelos médicos.

A partir daí, toda cautela passou a existir na discussão sobre as causas da febre amarela, o que fica explicitado no relatório da comissão técnica de 1887. Sobre a primeira questão de quais seriam os veículos do contágio direto de homem a homem, a resposta foi que:

Nada há mais litigioso do que o contágio direto da febre amarela. Os fatos citados em favor do contágio prestam-se igualmente a explicar a propagação da moléstia por meio das roupas e objetos provenientes ou de doentes ou de lugares infeccionados. A comissão, portanto, não podendo pronunciar-se com exatidão, diz que a febre amarela não parece transmitir-se diretamente do homem doente para o homem são.⁴⁶

Sobre o quesito de quais os meios de propagação da doença, a comissão explicitava a mescla de teorias contagionistas e miasmáticas pelos médicos, haja vista o fato de afirmarem que tanto o contato com objetos quanto o ar atmosférico eram veículos propagadores da epidemia. De acordo com a comissão,

As roupas e mais objetos, que serviram a doentes de febre amarela ou estiveram em contacto mais ou menos direto com eles, são veículos de transporte do germen mórbido [...].

Fora desses casos a comissão considera ainda como podendo transportar o agente mórbido o porão dos navios [...]; os cadáveres, em razão dos humores que deles correm e podem infeccionar o meio: os escretos, pelo mesmo motivo: a água e alimentos e o ar: finalmente os insetos no caso de sentirem-se com os escretos.

[...] O ar atmosférico propaga a moléstia em um certo raio que provavelmente não passa de um quilômetro. O fato da rápida passagem dos emigrantes pela cidade em quadros epidêmicos para embarcarem na estrada de ferro Pedro 2º e a manifestação da febre amarela neles, quando chegam a seu destino prova cabalmente que a infecção fez-se pelo ar.⁴⁷

E assim nota-se em todo o relatório a presença de incertezas em relação à febre amarela. Os termos mais recorrentes foram “uma questão que não foi ainda estudada”, “faltam estudos rigorosos”, evidenciando que este era um tema em aberto para a medicina oitocentista, e que só seria desvendado no alvorecer do século XX. Como destacou

Marta de Almeida,⁴⁸ ao estudar os congressos médicos latino-americanos, no 2º Congresso ocorrido em 1904, em Buenos Aires, a temática da febre amarela ainda estava em evidência:

Como se sabe, uma das preocupações epidemiológicas de maior gravidade do final do século XIX e início do século XX foi a febre amarela. No entanto, ela só irá aparecer como tema de debates no 2º Congresso Médico Latino-Americano [...]

Além disso, percebe-se que nesse período, não havia consenso em torno dos diagnósticos e profilaxias existentes. Por isso mesmo, havia interesse entre os cientistas pela primazia da “descoberta” que pudesse decifrar o enigma da doença.

A segunda subcomissão encarregou-se de apresentar as bases para a regulamentação no que se referia aos objetos suscetíveis de transmitir contágios e aos meios e processos de desinfecção aplicáveis às três doenças epidêmicas – o cólera, a febre amarela e a peste do Oriente.

Baseados em outros códigos sanitários, o primeiro princípio estabelecido era o de que “tais moléstias são transmissíveis por intermédio de objetos ou coisas inanimadas, as quais, em virtude desse fato, são considerados suscetíveis ou suspeitos, a Comissão tratou, antes de tudo de discriminar os objetos que deverão ser assim considerados”.⁴⁹ Portanto era preciso levantar os objetos que realmente punham em risco os países de importar as epidemias.

Para discriminar os produtos suscetíveis de transmissão do cólera, a Comissão utilizou as deliberações tomadas no Congresso Sanitário internacional de Roma, ocorrido em 1885:

1º Que sejam considerados objetos suscetíveis de transmitir o contágio do cólera – as roupas, os trapos e todos os objetos que tenham estado e contato com os enfermos, inclusive as malhas, baús ou caixas que hajam servido para guardar esses mesmos objetos.

2º Que atentas às suas naturais condições de dessecamento, e à ausência de todo o contato com os enfermos, as mercadorias, como crinas, peles, plumas, cabelos, palhas, couros secos ou curtidos, cereais, frutas, metais, não devem ser consideradas objetos suscetíveis.

3º Que nesta segunda categoria deve ser também incluído o charque ou tasajo, cuja impropriedade a servir de veículo ao germen cholerígeno ficou experimentalmente provado por uma Comissão formada de membros deste Congresso.

Mais uma vez, o tema da carne de charque era destaque dentro do Congresso e ficava definitivamente resolvido o impasse dos governos uruguaio e brasileiro em relação à epidemia de cólera e a carne platina.

E sobre os meios de desinfecção, a comissão aconselhava, segundo a mesma, com base em princípios aceitos em todos os países que adotam a higiene como ciência:

1º Exposição dos objetos suspeitos ou contaminados ao calor úmido, em uma estufa a vapor apropriada, cujo modelo será escolhido, ao arbítrio da autoridade sanitária, devendo supor-se que esta preferirá dentre os modelos conhecidos aquele que parecer melhor e oferecer maiores garantias para o fim que se tem em vista.

2º Arejamento dos objetos como meio de promover a dessecação deles, criando assim uma condição o deles, criando assim uma condição que parecer melhor e oferecer maiores garantias para o fim que se tem em vista. curtidos, letal para o agente morbígeno.

3º Emprego de agentes químicos, cuja energia destrutiva da vitalidade do micróbio tenha sido reconhecida e comprovada experimentalmente.

Ao mesmo tempo, fazia ressalva para alguns procedimentos considerados ultrapassados e sem eficácia, como o caso das desinfecções para o cólera, haja vista essa doença já ser considerada contagiosa naquela época, e não mais miasmática. Deste modo:

A Comissão rejeita, por inúteis e inconvenientes na prática as fumigações de ácido sulfuroso, ainda, há

bem pouco tempo, consideradas como meio de desinfecção seguro e muito geralmente empregadas; e os motivos que tem, para assim pronunciar-se decorreu principalmente do fato hoje incontestado de que o gérmen cholorigeno não infecta o ar. Entretanto para os navios infestados de febre amarela, esse meio de desinfecção não seria para desprezar.

O posicionamento dos médicos revelou uma mudança importante nos hábitos de limpeza e desinfecção das embarcações até então conhecidos, o que de alguma maneira agradava, além das tripulações dos navios, que eram obrigadas a prestar longas quarentenas e desinfecções nos lazaretos, também às autoridades diplomáticas, que viam nessas modificações a possibilidade de crescimento das relações comerciais entre esses países.

O tema dos objetos suscetíveis de contágio era um ponto nevrálgico do Congresso, pois colocava em questão a existência ou não de produtos comerciais que pudessem transmitir as epidemias, e os médicos sabiam disso, tanto assim que foram bastante modestos nas proibições de determinadas mercadorias, certamente com receio de que essas medidas pudessem afetar a economia dessas regiões.

Evidencia-se ainda com o estudo dessas pesquisas científicas, que os médicos cientistas estavam interligados ao que ocorria em outros laboratórios da América Latina e do mundo, formando uma verdadeira rede. Aqui, pode-se aplicar o conceito de rede apontado por Bruno Latour. De acordo com esse filósofo, “os produtos de um laboratório são produzidos em outros laboratórios. As malhas dessa rede muitas vezes são laboratórios, mas podem ser também escritórios, fábricas, hospitais, gabinetes de advogados de negócios, residências privadas”.⁵⁰

Conforme relata a documentação, os laboratórios de Montevideu e de Assistência Pública, em Buenos Aires, realizaram as mesmas experiências com o mesmo propósito, chegando à mesma conclusão que o do laboratório do Museu Nacional.

O Comissário uruguaio, porém, declarava, que das experiências a que havia procedido em Abril do corrente ano, no Laboratório da Faculdade de Medicina de Montevideu, se devia concluir que o charque é incapaz de transportar o bacilo do cólera.

[...]

*O Sr. Susini também comunica haver chegado a idênticos resultados, conforme notícias recebidas do seu ajudante no laboratório da Assistência Pública de Buenos-Ayres e expõe o processo de pesquisas ali seguido.*⁵¹

No Uruguai, ocorreu a primeira pesquisa com a carne de charque e o bacilo-vírgula do cólera *morbis*, realizada pelo Dr. José Arechavaleta, e depois sucederam as experiências na Argentina e no Brasil. O médico foi solicitado pelos produtores de charque, da Associação Rural do Uruguai, para que desse um parecer, por ser um estudioso da microbiologia, o que o capacitava para defender o seu Governo.

*Los saladeristas, alarmados, se dirigen a Arechavaleta planteándole la cuestión de si, efectivamente, el tasajo podría vehicular el germen colerígeno. Bien documentado a través de sus experiencias anteriores, Arechavaleta inicia otras nuevas, orientadas hacia aquel fin [...]. De ellas resultó acabadamente que el tasajo no podría transportar el vibrión colérico. En un informe al Rector de la Universidad a propósito de aquel estudio aparece la siguiente conclusión que leo textualmente: 5º - Las experiencias realizadas con el tasajo rociado con caldo conteniendo Bacilus Vírgula en pleno desenvolvimiento y que perecieron, prueban que en vez de ser un medio de vida para esos organismos, es, al contrario, uno de muerte.*⁵²

Depois de resolvidas as questões do comércio do charque, a Associação Rural do Uruguai⁵³ realizou uma coleta em dinheiro para presentear o Dr. Arechavaleta com uma casa, pelos serviços prestados “de seus trabalhos científicos” e por ter conseguido fazer com que os portos brasileiros fossem reabertos ao charque uruguaio.⁵⁴

No mesmo período, em função da gravidade da produção e da comercialização do charque oriental, o governo uruguaio encomendou uma experiência idêntica ao laboratório do Dr. Koch, em Berlim, capital alemã. Em nota da Legação Oriental ao Governo Imperial, em 16 de novembro de 1887, afirma-se que “las conclusiones ya formuladas por

aquelles eminentes facultativos coinciden con las que, tres o cuatro dias despues, han obtenido un asenso definitivo em el más renombrado laboratório bacteriologico del mundo. Este resultado es verdaderamente lisongero para los hombres de ciencia de Sud-América”.

No entanto a Comissão técnica da Convenção Sanitária de 1887 determinou que apenas os resultados conseguidos nos experimentos feitos no laboratório de fisiologia experimental do Museu Nacional no Rio de Janeiro teriam validade. Era uma maneira de justificar o longo período de proibição de importação da carne seca imposto aos comerciantes platinos e também, como afirmou Nuno de Andrade:

A situação dos quatro Comissários, que efetuaram a experiências realizadas no Laboratório de Fisiologia do Museu Nacional, era a mais nítida possível. Três deles, os brasileiros, estavam convencidos de que as medidas sanitárias adotadas pelo Governo Imperial em relação ao charque de origem platina, em Novembro de 1886, fundavam-se em uma razão de alta prudência e tornaram-se justificadas pela ausência absoluta de noções científica inconcussas sobre a inocuidade do charque, como portador do gérmen cholerígeno. O Comissário uruguaio, porém, declarava, que das experiências a que havia procedido em Abril do corrente ano, no Laboratório da Faculdade de Medicina de Montevideú, se devia concluir que o charque é incapaz de transportar o bacilo do cólera. [...] Os Comissários brasileiros e uruguaiois, pois, tiveram de colocar-se na situação de pesquisadores de uma verdade experimental, ainda não comprovada.⁵⁵

Daí que a comissão somente considerou os experimentos realizados no Museu Nacional, haja vista que ali se reuniram representantes dos dois países, o que dava às experiências científicas maior credibilidade, de acordo com o Dr. Nuno de Andrade, presidente da comissão.

Obtidas as conclusões experimentais, apressamo-nos em comunicá-las aos outros membros da comissão técnica, os quais, por unanimidade, reconheceram, não só que as experiências realizadas no Museu Nacional do Rio de Janeiro são “os únicos fatos positivos que os induziram a admitir a inocuidade do charque como veículo e contágios” mas ainda que -antes de conhecidos os resultados das referidas experiências, foram prudentes as reservas feitas a respeito da inocuidade aludida e justificadas as providencias sanitárias que em tais reservas se basearam.⁵⁶

134

A questão do reconhecimento entre os pares da comunidade científica é fundamental para o entendimento dos personagens envolvidos na Convenção Sanitária. Os médicos argentinos e uruguaiois faziam parte das instituições de saúde de seus países, e os brasileiros, além de comporem o quadro docente das faculdades de medicina, eram membros da Academia Imperial de Medicina, *locus* privilegiado de reconhecimento profissional. Como afirmou um dos participantes da Convenção, o médico argentino Dr. Telémaco Susini, em carta dirigida a um colega na capital portenha:

Los asuntos de la convencion van como va el mejor de los mundos posibles. Pocas sesiones, poca discusion, mucho estudio, mucha buena voluntad, mucho aprovechamiento. Ahi tiene la sintesis de nuestros trabajos.

Hemos encontrado en nuestros colegas brasileiros – personas todas de alta posicion social y científica – un raro fondo de sinceridad y de elevacion moral. Hasta ahora nada nos han discutido que no sea basado en principios científicos indudables y tendente al completo esclarecimiento de la verdad. Por outra parte, la tarea se concreta, porque no tratamos de una ciencia en que se haga metafísica. Todos hemos entrado en la corriente de las ideas modernas y la convencion tendra que condensarlas como resultado.⁵⁷

Como assinala Thomas Kuhn, o êxito de um cientista se mede “pelo reconhecimento de outros membros de seu grupo profissional”.⁵⁸ E a rede estabelecida entre os laboratórios confirmou o reconhecimento profissional dos médicos da Convenção.

Considerações finais

O historiador Ariosvaldo Diniz, ao analisar a epidemia de cólera ocorrida no Recife, chegou a uma importante conclusão, que remete igualmente às reflexões feitas no nosso trabalho. Segundo ele:

Percebemos como os diferentes discursos médicos construídos sobre a doença demonstraram suas vinculações com os interesses políticos em jogo, desmascarando a pretensa neutralidade da ciência e do progresso. Mas as vinculações políticas desses discursos não foram vistas, aqui, a partir de uma exterioridade ou de uma justaposição, na qual o poder se apropriaria do saber para atingir seus objetivos, mas de imanência, sendo a dimensão política desse saber condição mesma da sua existência.⁵⁹

Salientamos, portanto, que, com o estudo da Convenção Sanitária de 1887, elaborada pelo Império do Brasil e pelas repúblicas da Argentina e do Uruguai, aproximaram-se os médicos e as autoridades político-diplomáticas. Ou seja, o discurso médico-higienista desse período foi utilizado para fins diplomáticos, políticos e econômicos, haja vista que servia para justificar a interrupção ou a continuidade das relações comerciais. Por outro lado, os médicos procuraram, igualmente, estabelecer, junto às autoridades, suas concepções e seus saberes sobre a saúde e a doença.

Consideramos, finalmente, o ineditismo do tema para a história das ciências na América do Sul, já que médicos de três países americanos uniram-se na produção de ciência e na solução de questões econômicas e políticas internacionais.

Notas e referências bibliográficas

Cleide de Lima Chaves é profa de História da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em História Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo recebido bolsa de estágio de doutoramento no exterior (PDEE) da CAPES. E-mail: keuchaves@hotmail.com

- 1 CHAMBER, David W. Period and Process in National and Colonial Science. In: REINGOLD Nathan e ROTHENBERG, Marc (orgs.). Scientific colonialism. Washington: Smithsonian Institution Press, 1987, p. 297-323.
- 2 SALDAÑA, Juan J. Marcos conceptuales de la historia de las ciencias en Latinoamérica. Positivismo y economicismo. In: SALDAÑA, Juan José. El perfil de la ciencia en América. Cuadernos de Quipu, 1. México: Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y de la Tecnología, 1986, p.61.
- 3 Ibid., p.79.
- 4 LOPES, M. M. A mesma fé e o mesmo empenho em suas missões científicas: os museus brasileiros e argentinos do século XIX. Revista brasileira de história. São Paulo, v.21, n.41, 2001, p.56.
- 5 QUEVEDO, E.; GUTIÉRREZ, F. La medicina científica y la salud pública en América Latina durante el siglo XIX. In: SALDAÑA, J. J. (coord.). Historia social de las ciencias en América Latina. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, 1996, p.307.
- 6 CANGUILHEM, Georges. Ideologia e racionalidade nas ciências da vida. Lisboa, Edições 70, 1977, p.62.
- 7 BENCHIMOL, Jaime L. Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999.
- 8 CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p.48-49.
- 9 ROSEN, Georges. Uma história da saúde pública. São Paulo: Hucitec, Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994, p.177.
- 10 Vale ressaltar a existência de uma primeira convenção sanitária internacional entre o Brasil, a Argentina e o Uruguai em 1873. Essa convenção, no entanto, não foi posta em prática e nem ratificada pelos governos participantes.
- 11 ROSEN, op. cit., p.225.
- 12 QUEVEDO; GUTIÉRREZ, op. cit.
- 13 WILKINSON, L. Animals & disease. An introduction to the history of comparative medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- 14 CUETO, Marcos. El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Oficina Regional de Organización Mundial de la Salud, 2004, p.14.
- 15 BIRN, A.-E.: O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. História, ciências, saúde – Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 675-708, jul.-set. 2006, p.679.
- 16 Protocollo n. 38 do Anexo n. 1 do Relatório apresentado à Assembléia Geral Legislativa na terceira sessão da vigésima legislatura pelo ministro e secretário de Estado interino dos negócios estrangeiros Rodrigo Augusto da Silva. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1888, p.49.
- 17 EDLER, Flavio Coelho. As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro 1854-1884. 1992. Dissertação (Mestrado em História). Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. São Paulo.
- 18 Gazeta Médica da Bahia, n. 5, Novembro de 1886.
- 19 Ver sobre o comércio do charque platino no Brasil: MEDRANO, L. I. Z. A livre navegação dos rios Paraná e Uruguai: uma análise do comércio entre o Império Brasileiro e a Argentina (1852-1889). 1989. Tese (Doutorado em História). Universidade de São Paulo, Instituto de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo.
- 20 Relatório do Ministério dos Negócios Estrangeiros do Brasil de 1888, Nota da Legação Oriental no Brasil ao Governo Imperial em 26 de setembro de 1887.

- 21 BARRAN, J. P. História rural del Uruguay moderno. Montevideu: 1967-78.
- 22 CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p.94.
- 23 ACEVEDO, Eduardo. Anales históricos del Uruguay. Montevideo: Barreiros y Ramos, 1934, vs. II, III e IV, p.427.
- 24 Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ, Congresso Sanitário de 1887, vol. 273-2-25,.
- 25 Ver: MARCAIDA, A. G. El profesor D. José Arechavaleta y la creación de la Facultad de Medicina de Montevideu. In: Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina. Sevilla, 1994.
- 26 Arquivo da Academia Nacional de Medicina/RJ, Boletim da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, n.10, anno III, Sessão ordinária em 29/11/1887.
- 27 BENCHIMOL, op. cit., p.172.
- 28 BICALHO, Magdalena de Lacerda. A personalidade de João Baptista de Lacerda. In: Museu Nacional. João Batista de Lacerda. Comemoração do centenário de nascimento 1846-1946. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1951. Apud BENCHIMOL, op. cit., p.172.
- 29 LOPES, Maria Margaret. O Brasil descobre a pesquisa científica: os museus e as ciências naturais no século XIX. São Paulo: Hucitec, 1997, p.181.
- 30 EDLER, op. cit., p.165.
- 31 VESSURI, Hebe. The Institutionalization of western science in developing countries. In: SALOMON, J.J.; SAGASTI F. & SACHS, C. (eds.). The uncertain quest. Science technology and development. Tokyo: New York: Paris: UNU Press, 1994, p.168-200.
- 32 LOPES, M. M.; MURRIELLO, S. E. Ciências e educação em museus no final do século XIX. História, ciências, saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol. 12 (suplemento), 2005, p.23.
- 33 Boletim da Academia Imperial de Medicina, vol. 3, anno 5, 1887-1888. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1888. Arquivo da Academia Nacional de Medicina, RJ.
- 34 Não há nas atas da Academia os nomes dos médicos. Muito provavelmente, em função da data, eram os médicos platinos que já estavam na Corte para os trabalhos na Convenção Sanitária Internacional.
- 35 Arquivo Histórico do Itamaraty/ RJ, pasta Congressos e Conferências Internacionais, vol. 273-2-25.
- 36 MERTON, Robert K. Sociologia, teoria e estrutura. São Paulo: Metre Jou, 1970, p.711.
- 37 CHAVES, Cleide L. De um porto a outro: a Bahia e o Prata (1850-1889). 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador, p.63.
- 38 MORÁS, Luiz E. De la tierra purpúrea al laboratorio social: reformas y proceso civilizatorio em el Uruguay (1870-1917). Montevideu: Ediciones de la Banda Oriental, 2000.
- 39 Arquivo Histórico do Itamaraty/RJ, Protocolo n. 6, 04/11/1887, vol. 273-2-25, pasta Congressos e Conferências Internacionais, Arquivo Histórico do Itamaraty, RJ.
- 40 Ibid., Protocolo n. 6, 04/11/1887, vol. 273-2-25, pasta Congressos e Conferências Internacionais.
- 41 Ibid., Protocolo n. 8, 06/11/1887, vol. 273-2-25, pasta Congressos e Conferências Internacionais..
- 42 Ibid., pasta Congressos e Conferências Internacionais, vol. 273-2-25.
- 43 KUHN, Thomas. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1970, p.39.
- 44 BENCHIMOL, op. cit.
- 45 BENCHIMOL, op. cit., p.178.
- 46 AHI, Congresso de 1887, Relatório da subcomissão da febre amarela, 13/11/1887.
- 47 Ibid.
- 48 ALMEIDA, Marta de. Das cordilheiras dos Andes à Isla de Cuba, passando pelo Brasil: os congressos médicos latino-americanos e brasileiros (1888-1929). Tese (Doutorado em História). Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 2003, p.77-78.
- 49 AHI, op. cit.
- 50 LATOUR, Bruno; WOOLGAR, Steve. A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1997, p.32.
- 51 Arquivo Histórico do Itamaraty/ RJ, vol. 273-2-25, pasta Congressos e Conferências Internacionais, officio de Nuno de Andrade, presidente da Comissão Técnica, ao barão de Cotegipe com relatório e anexos em 25/11/1887.
- 52 PELUFFO, A. José Arechavaleta (1838-1912). In: BLANCO, Horacio Gutierrez (org.). Médicos uruguayos ejemplares. Montevideu: s.e, 1989, p.59.
- 53 A Associação Rural do Uruguai foi fundada em Montevideu, em 1871, era uma agremiação com fortes vínculos com o Estado e tinha como principal objetivo defender os interesses dos pecuaristas e dos produtores de carne de charque.
- 54 MORÁS, op. cit., p.121.
- 55 Ibid.
- 56 Ibid.
- 57 Arquivo Histórico do Itamaraty, Legação do Brasil na Argentina (1887), Jornal La Nación, 15/11/1887.
- 58 KUHN, op. cit.
- 59 DINIZ, Ariosvaldo S. As artes de curar nos tempos do cólera. Recife, 1856. In: CHALHOUB, Sidney; SAMPAIO, Gabriela R.; SOBRINHO, C. R. G. (orgs.). Artes e ofícios de curar no Brasil. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003, p.358.

[Artigo recebido em 11/2006 | Aceito em 03/2008]