

Evolução do conceito clínico de verruga peruana entre 1842 e 1871

Eduardo Sugizaki, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil
Rosangela Barbiani, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil
Fabiane Asquidamini, Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Brasil

Resumo: Neste artigo, uma nova história do conhecimento médico sobre a doença de Carrión é construída. Em uma preliminar revisão da historiografia (existente desde 1885), encontramos o seguinte núcleo narrativo (ainda reiterado, atualmente): 1) até o surgimento da 'febre de Oroya', em 1871, conhecia-se apenas uma doença eruptiva, a verruga peruana; 2) em 1875, a medicina peruana propôs que a verruga peruana e a febre de Oroya deviam ser a mesma doença; 3) em 1885, Daniel Carrión conseguiu experimentalmente unificar os quadros clínicos quando inoculou em si mesmo sangue de um paciente com verruga peruana e morreu com febre de Oroya; 4) a enfermidade passou a denominar-se 'doença de Carrión'. Este artigo questiona alguns dos fundamentos desta versão tradicional. A literatura médica publicada em inglês, alemão e francês mostra que, entre 1842 e 1871, já existia a descrição clínica global da doença. Apenas a literatura médica publicada em espanhol descrevia a doença como dermatose apirética. Descobriram-se também os obstáculos ao conhecimento da doença, que explicam esta divergência. A disparidade e a inconstância dos seus sintomas, os gerais e os locais (tal como febre e erupções, respectivamente): 1) dificultavam a compreensão global de suas manifestações; 2) sugeriam uma complicação constante do paludismo; 3) e barravam a analogia com as febres eruptivas. Diferentemente do que propõe a narrativa tradicional, estes obstáculos foram superados antes e independentemente do aparecimento da noção espúria de 'febre de Oroya'. A superação não veio pela unificação de duas doenças, mas pela percepção de uma coordenação na manifestação dos sintomas heterogêneos. Este racionalismo conseguiu integrar sintomas que um empirismo raso apartava, como fenômenos patológicos isolados, e encaminhar o diagnóstico diferencial clínico entre a verruga e o paludismo. O saldo epistemológico deste trabalho é uma maior compreensão dos mecanismos da construção da unidade nosológica, na Idade Clínica da medicina.

Palavras chave: doença de Carrión, verruga peruana, bartonellosis humana.

Abstract: In this article, a new history of medical knowledge on Carrion's disease is presented. In a preliminary review of historiography (since 1885), we have found the following narrative nucleus (still repeated today): 1) until 'Oroya fever' appeared (1871), only an eruptive disease, the Peruvian wart, was known; 2) in 1875, Peruvian physicians proposed that Peruvian wart and Oroya fever should be the same disease; 3) in 1885, Daniel Carrión succeeded in experimentally unifying the clinical conditions when he inoculated blood from a patient of Peruvian wart in himself and died of Oroya fever; and 4) the disease was then renamed as 'Carrion's disease'. Herein, we question some of the foundations of this traditional version. The medical literature published in English, German, and French show that a global clinical description of the disease was already known in the period 1842-1871. Only the medical literature published in Spanish described the illness as an afebrile dermatosis. Obstacles to the knowledge of the disease were also found, which explain such divergence. Diversity and inconstancy of general and local symptoms (such as fever and eruptions, respectively): 1) made it difficult a comprehensive understanding of manifestations; 2) suggesting a constant complication of malaria; 3) and precluding analogy with eruptive fevers. Differently from what the traditional version suggests, these obstacles were overcome previously and independently from the appearance of the spurious notion of 'Oroya fever'. Overcoming of such obstacles was not achieved by unification of both diseases, but by perception of a coordination of manifestation of heterogeneous symptoms. Such rationalism allowed integration of symptoms that a shallow empiricism kept separated as isolated pathological phenomena, favoring clinical differential diagnosis between Peruvian wart and malaria. This epistemological study contributed to a greater understanding of mechanisms of building of nosologic unity in the Clinical Age of medicine.

Keywords: Carrion's Disease, Peruvian Wart, Human Bartonellosis



Introdução

A historiografia da doença de Carrión nasceu em outubro de 1885, com um artigo de Leonidas Avendaño, o comunicado da morte do estudante Daniel A. Carrión, da Faculdade de Medicina de Lima, em consequência de experimento médico. Segundo a narrativa, o estudante se fez inocular, em 27 de agosto de 1885, com sangue extraído da verruga peruana e desenvolveu a febre de Oroya, razão do óbito, em cinco de outubro. Este resultado teria demonstrado que a febre de Oroya e a verruga não são duas, mas uma só patologia.

As comemorações anuais do falecimento de Carrión, na Sociedade Médica União Fernandina, consagraram a narrativa de Avendaño, transformando seu núcleo, acima apresentado, em fundamento da ‘doutrina unicista’ da medicina peruana, ou seja, a doutrina da unificação da febre de Oroya e da verruga peruana na entidade patológica ‘doença de Carrión’.¹

A reiteração do núcleo da narrativa de Avendaño, na historiografia médica,² estende-se aos novos estudos sobre a doença, inclusive os recentes.³ Porém, paralelamente, desde García-Cáceres (1972), seguido por Cueto (1989; 1996), Cuadra Calle *et al.* (2000) e Murillo *et al.* (2002), desenvolve-se uma historiografia crítica e revisionista da narrativa tradicional. Estes autores perceberam o caráter reiterativo da historiografia médica, mas procuraram analisá-la apenas em relação a aspectos exteriores à evolução do conceito da doença, deixando intacta a estrutura do núcleo da narrativa de Avendaño.

A partir de García-Cáceres (1972), a historiografia médica peruana reconhece que o experimento de Carrión não foi probante, em função de falhas de protocolo. Mas, apesar disso, a historiografia crítica manteve intacta a pretensa veracidade histórica da dialética da febre de Oroya com a verruga peruana, a estrutura lógica do núcleo da narrativa histórica tradicional, que passa a adquirir a seguinte forma: Carrión pode não ter provado a unidade da febre de Oroya e da verruga peruana, mas este dualismo nosológico era o principal obstáculo ao progresso do saber da doença e o experimento de 1885 apontou a solução correta.

Considerando o presente estado da questão, este artigo busca construir uma história da evolução do conceito da verruga peruana, que recobre apenas o período fundador da descrição clínica da doença, entre 1842 e 1871, no qual a literatura médica trabalha apenas com a noção de ‘verruga peruana’. O advento da febre de Oroya na literatura só ocorrerá a partir de Charles Tasset (1872), quando surge o dualismo nosológico.

As primeiras descrições e a celeuma da autonomia nosográfica

Entre 1842 e 1871 a descrição clínica dos fenômenos patológicos da verruga peruana é levada a cabo.⁴ Archibald Smith (1842),⁵ tipifica a doença como exclusiva dos vales andinos intermediários, entre a Costa e a Serra. A seguir, o médico suíço e naturalista viajante, Tschudi⁶ publica o importante artigo de 1845, *As verrugas*, que não chegou a tornar-se conhecido no Peru. Na década posterior, aparecem dois novos trabalhos, a tese de Nicolas Malo defendida no Chile

¹ Matto, 1886; Chávez, 1887; Larrea y Quesada, 1887; Medina, 1888; Arce, 1889; Patron, 1889; Antunez, 1890; Castillo, 1894; Patron, 1894; Bello, 1895; Campodónico, 1895; Mimbela, 1897; Odriozola, 1898; Arce, 1918.

² Valdizán *et al.*, 1921; Valdizán, 1925; Monge, 1925; Rebagliati, 1940; Pesce, 1957; Lastres, 1957; Carrasco Reyes, 1988; Matallana, 2001.

³ Urteaga-Ballón (1993); Maguiña Vargas (1993, p. 5); Maguiña Vargas (1998, p. 26); Velásquez Acosta (1999, p. 1); Maguiña Vargas *et al.* (2000); Panchas Chávez (2001, p. 10); Saettone-León (2004); Garrido Chacon (2004, p. 16-7); García *et al.* (2005); Gonzáles R. *et al.* (2007); Walker *et al.* (1981).

⁴ A rápida descrição da doença feita por Stevenson (1825, p. 347) não chega a ser médica.

⁵ O médico escocês publica uma resenha da tese de Salazar (1858), de quem traduz três casos clínicos (Smith, 1858a). Neste mesmo ano Smith (1858b), publica *A geografia das doenças nos climas do Peru*, que Villar traduz para o espanhol e faz publicar em Lima (Smith, 1858c).

⁶ Tschudi escreve o artigo com base em 50 casos observados durante sua estada de quatro anos e meio nos territórios peruanos.

em 1852 (e publicada em Lima, em 1895), e a de Tomas Salazar (1858), defendida no Peru⁷. Cada um destes autores desconhece seus predecessores e, portanto, há quatro descrições clínicas independentes.

Esta primeira leva de descrições clínicas da verruga dá ensejo a um debate internacional entre a medicina da expressão alemã e a francesa. August Hirsch considerou os trabalhos de Smith (1842) e Tschudi (1845) e o breve resumo da tese de Salazar (com três dos seus casos clínicos traduzidos para o inglês por Smith, 1858a) suficientemente coerentes para garantir à verruga um lugar em sua nosografia. Foi a primeira inclusão da doença no rol de entidades autônomas, num grande tratado de patologia médica (o primeiro volume do *Manual de patologia histórico-geográfica*, de 1860).

Quatro anos depois, Alfred Le Roy de Méricourt, professor da Escola de Medicina Naval e primeiro diretor de redação dos recém-fundados *Arquivos de Medicina Naval*, escreve uma nota editorial explicativa sobre uma rápida referência do relatório médico-militar de Duplony (a serviço da fragata *La Constantine*) à verruga peruana. O editor traduz, nesta nota explicativa, o capítulo que Hirsch (1860, p. 391-394) dedicara ao assunto e aproveita para enviar ao médico alemão seguinte seta acerbamente crítica:

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

Para finalizar sua nota, Le Roy de Méricourt convoca os camaradas da marinha francesa “a estudar com cuidado os atingidos de *verruga* que tiverem ocasião de encontrar”, pois isto – diz ele, sem conhecer diretamente as referências bibliográficas de Hirsch (1860) e sem ter observado doente algum – “não deixará subsistir nenhuma doença especial, logo que as pesquisas tiverem estabelecido um diagnóstico preciso”.

Neste debate, Hirsch tinha a seu favor as primeiras descrições clínicas da doença. Em posição diametralmente oposta a de Le Roy de Méricourt, Malo (em 1852), médico chileno que sofreu a doença em uma estada no Peru, conclui sua tese de doutoramento afirmando que “a verruga é uma enfermidade única e desconhecida em sua essência, de marcha regular e quase sempre fixa e que termina de um mesmo modo”. Na década anterior, Tschudi (1845), principal fonte de Hirsch (1860), havia dado a descrição clínica do ciclo completo do desenvolvimento da doença, com seu carácter *sui generis*, e conclui que “quase não há afecção com que [a verruga peruana] possa confundir-se”.

O ceticismo de Le Roy de Méricourt acabou motivando o aparecimento da tese *Estudo sobre a verruga, doença endêmica nos Andes peruanos*, de Paul-Louis-Victor Dounon (médico da marinha francesa, a serviço da fragata *Astrée*, na Estação do Pacífico), que passa três meses em viagem pela região endêmica. Esta tese estava destinada a permanecer a mais importante monografia sobre o assunto, na Idade Clínica do saber da doença.

A tese de Dounon é decisiva porque ela dá conta de suprimir a acusação de Le Roy de Méricourt segundo a qual a entidade nosográfica de Hirsch não passa de um sincretismo de outras entidades da nosografia. Mas a tese é importante também porque assume a discussão sobre um debate teórico entre a verruga febril (de Smith e Tschudi), e a verruga apirética (de Malo e Salazar).

⁷ Salazar relata ter visto a afecção em 21 enfermos de verrugas, dos quais escolheu apenas sete como casos clínicos descritos na tese. Suas observações são todas estritamente hospitalares e com erupção visível. Nada parece indicar que Salazar tenha tido um conhecimento direto da doença, nas regiões onde ela é endêmica. Ele trai o desconhecimento limenho de toda a bibliografia anterior à sua tese, ao afirmar: “Não se encontrando esta enfermidade descrita por nenhum autor, tudo o que se diz acerca dela será o resultado de minhas investigações clínicas”.

Para compreender este debate, entretanto, é necessário escalar a leitura comparada das cinco descrições clínicas (Smith, Tschudi, Malo, Salazar e Dounon), segundo uma estrutura epistemológica. Para construir, *a posteriori*, uma síntese da descrição clínica dos cinco autores, partiremos das descrições mais consensuais e avançaremos, gradualmente, para os fenômenos que obtiveram menor consenso. Ao fazê-lo, procuraremos levantar as razões das divergências. Nosso objetivo será o de apreender, das diferenças entre os autores, os obstáculos que a doença oferece ao saber médico.

As convergências

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

Smith (1842), Tschudi (1845), Malo (em 1852), Salazar (1858) e Dounon (1871) utilizaram o nome ‘verrugas’ (em espanhol) para designar a doença. Smith (1842) escreve em inglês, mas mantém a palavra ‘verrugas’, em língua espanhola, para nomear a doença. O mesmo fazem Tschudi, que escreve em alemão, e Dounon, que o faz em francês. Smith (1858a, p. 280-1), na resenha da tese de Salazar, também enfatiza a diferença da verruga do Peru em relação à verruga comum (‘wart’): “as verrugas nunca eram incolores como a água, mas de aparência avermelhada, em cima, [...] e nunca tão pálidas nem ásperas como verrugas comuns europeias”. Doença exótica pela aparência, a manutenção do nome responde pela inexistência de palavra inglesa, alemã ou francesa que ofereça uma representação adequada ou aproximada daquela formação sem similar em qualquer outra parte do mundo. Malo, que escreve em espanhol para leitores chilenos, também preserva a forma de denominação usada pelas comunidades atingidas, mas está obrigado a enfatizar a diferença entre a doença que conheceu no Peru e a verruga comum, já que a mesma palavra espanhola é usada para designar a ambas. Salazar, que escreve para peruanos, enfrenta o problema da sobreposição, na mesma palavra, do uso nacional e do uso espanfônico e propõe um nome médico, *verruca andicola*. A inovação, entretanto, nunca chegou a ser usual na medicina.

Assim, o ponto de partida da descrição da doença adere à exclusividade designativa da aparência *sui generis* do tumor cutâneo, que Smith (1842) caracteriza como “erupção de excrescência verrucosa livre e delicada, muito frágil e fácil de sangrar quando bruscamente tocada”. Malo a descreve a verruga peruana como pápula ou bolsa sanguínea. Salazar cita o uso popular da expressão ‘verruga de sangue’, também conhecida por Tschudi, que a traduz por *Blutwarze*, uma forma de destacar a diferença com a verruga comum.

Em última análise, a autonomia nosológica se funda sobre esta exclusividade visível da erupção, já que o diagnóstico diferencial, segundo Tschudi (1845), “é assegurado somente pela aparição dos botões característicos”. Daí a formulação de Malo, segundo a qual a fase eruptiva constitui “o estado patognomônico e característico das verrugas”. Dounon (1871, p. 13) confirma as observações dos seus predecessores, dizendo que “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais” e, com base nisto, se considera “assegurado da existência desta afecção como espécie mórbida particular”, opondo-se a Le Roy de Méricourt (Dounon, 1871, p. 2).

A individualização clínica da doença faz-se acompanhar, em Smith, Tschudi, Malo, Salazar e Dounon pelo reconhecimento dos estreitos limites da área endêmica, já que a doença só pode ser adquirida em certas localidades situadas no interior de certa faixa de altitude, latitude e longitude da costa ocidental da Cordilheira Andina, excluídos os cumes e as bases. Assim, a verruga peruana está confinada a alguns dos vales andinos ocidentais, conhecidos como *quebradas*. Sobre isso, Dounon corroborou a observação de Tschudi de que é suficiente não entrar na zona endêmica da doença, restando um povoado antes dela, distante poucos quilômetros, para não ser atingido.

Isso leva os autores a considerar a doença como não contagiosa. Dounon (1871, p. 13) observou que, “nos hospitais de Lima, os doentes são colocados em enfermarias comuns; têm relações diretas com os outros enfermos, enfermeiros e irmãs de caridade” sem que o contágio seja jamais observado, apesar de condições tão favoráveis.

Mas, a erupção da verruga típica, signo distintivo e suporte da autonomia, é apenas um momento da doença. Por isso, todos os autores pensam que é preciso afastar a verruga peruana de dermatoses comuns e localizadas já que os sintomas gerais que a acompanham evidenciam um comprometimento de toda a economia. Porém, os autores não estão acordes quanto à descrição destes sintomas gerais, como se verá a seguir.

As algias (musculares e ósseas) e as câimbras

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

É importante destacar que somente Salazar não estabelece o caráter crítico da erupção para os sintomas gerais que a precedem, como o fazem os três outros autores. Esta diferença incide sobre a compreensão da relação entre os sintomas gerais e os localizados e determina um conceito diverso da doença. Salazar pensa que a doença afeta toda a economia, mas não atenta para as relações recíprocas entre os sintomas e, por isso, não apreende uma lógica em seu desenvolvimento.

Como nenhum dos observadores considera possível estabelecer um período fixo para que as dores ósseas e musculares dêem lugar à erupção, a observação de que a erupção alivia as algias é o único fator vinculante entre as duas categorias de sintomas, os gerais e os localizados (a erupção).

As divergências

Como Salazar não observa a relação crítica entre as algias e a erupção, aquilo que levou os outros autores a vincular as duas classes de fenômenos, a pertença das algias à doença fica fragilizada, em sua concepção da doença. Mas isso não é tudo. A partir deste ponto, a distância entre Salazar e os demais autores aprofunda-se.

Para Smith, a doença “é introduzida por mais ou menos piroxia” e Tschudi considera que distúrbios de temperatura acompanham todo o seu desenvolvimento. Salazar, ao contrário, define a doença como apirética. Para Tschudi e Malo, há sintomas de invasão, anteriores às algias e com elas relacionados, especialmente a forte perda de forças físicas. Para Salazar, ao contrário, a fase anterior às algias é assintomática. Assim, a concepção da doença de Salazar se destaca da dos outros por apresentar-se centrada na erupção e decapitada dos fenômenos de instalação (transtornos de temperatura e enfraquecimento acentuado).

No extremo oposto da verruga apirética de Salazar, Tschudi afirma que “a febre existe sempre, mesmo se é medíocre e com exacerbações pouco pronunciadas”. Para o médico suíço, a febre é um fenômeno essencial porque a alteração térmica é pensada como reação orgânica à causa patológica desconhecida. Sincronizada com o desenvolvimento da doença, a reação “é sempre mais favorável quando a febre é moderada e, sobretudo, quando ela diminui após a

aparência da erupção”. É por isso que a febre é, para Tschudi, o principal signo orientador do prognóstico, a cada fase da doença.

Malo, como Salazar exclui a febre dentre os sintomas próprios da verruga. Por outro lado, Malo, no sentido oposto a Salazar, observou sintomas prévios às dores musculares e ósseas, que atingem a economia em seu conjunto: “Abatimento geral, languidez, dificuldade para os movimentos, morosidade para todos os atos da vida, enfraquecimento geral, perda do apetite, desgosto pelos alimentos e bebidas, insônia...”. Malo considera que este quadro de abatimento geral tem relações sincrônicas com os demais sintomas.

Tschudi também faz referência ao sintoma do abatimento geral, situando-o entre as primeiras manifestações da doença. Também observa que a doença produz o pulso pequeno e duro a agravar-se quando do aumento dos transtornos de temperatura ou das dores ósseas. Relata que as forças do doente diminuem mais, se a febre toma um caráter tórpido e o paciente pode progredir para a fraqueza extrema e falecer.

Salazar, ao contrário de Tschudi e de Malo, não considera que o abatimento seja um sintoma próprio da doença porque pensa que a debilitação e a febre, se existem, são resultantes de doenças precedentes.

Assim, os autores posicionaram-se de maneira menos confluyente em relação à febre e ao enfraquecimento. No extremo oposto da verruga apirética, Tschudi observa que, por sobre a individualidade dos casos, há relações constantes de coordenação entre a febre e as dores ósseas; a febre e a erupção; a febre e o enfraquecimento geral; a febre e as alterações do pulso, mas ele foi o único a pensar a febre como reação orgânica.

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

A elucidação das divergências: o problema da complicação palúdica

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

A contribuição de Dounon, entretanto, é maior que arbitrar a oposição entre a verruga febril (de Smith e Tschudi) e a verruga apirética (de Malo e de Salazar). A tese do médico naval francês oferece elementos para compreender as razões da polêmica ao discutir o problema da relação entre a febre da verruga peruana e a febre palúdica.

É bem verdade que, antes de Dounon, há uma sugestão da existência do problema, na tese de Salazar. Este, a despeito de ter definido a verruga como apirética, foi o primeiro autor a observar a incidência da febre intermitente em casos de verrugas. A febre intermitente ocorre nos casos terceiro (Pablo Flores), sexto (Aniceto de La Cruz) e sétimo (Manuel Giraldo) dos seus sete casos clínicos, mas Salazar não discute a observação. Ele nem mesmo sugere se a febre intermitente é ou não palúdica. Não elabora a razão pela qual há uma incidência tão expressiva de febre intermitente nos seus casos clínicos. Salazar é claro apenas em uma coisa: define a verruga como apirética, o que condena a febre intermitente a não passar de uma complicação.

Smith descreveu a verruga e as febres terças e biliosas dos vales intermediários do Peru, mas tratou cada doença de maneira estanque. Tschudi e Malo não abordaram o problema das relações entre febre da verruga, febre intermitente e paludismo.

Pois bem, Dounon homologa a observação inédita de Salazar (1858) a ponto de adotar, como seu, o caso clínico de Aniceto de La Cruz da tese de Salazar. Trata-se de caso fatal de um doente atacado por erupção visível da verruga e, simultaneamente, por febre intermitente, com grave alteração do pulso e forte enfraquecimento geral. Porém, para além da mera observação, que já havia sido feita por Salazar, Dounon empreendeu a tarefa que o médico peruano declinou: elaborar teoricamente a relação entre a febre intermitente, o paludismo e a verruga peruana.

Em primeiro lugar, Dounon estabelece que a febre intermitente seja uma complicação palúdica da verruga. A literatura médica, neste período, é quase unânime em identificar a febre intermitente com o paludismo. Dounon esclarece que “a febre dos pântanos tem, nas alturas [das quebradas andinas], exatamente os mesmos limites que a verruga”. Ademais, ambas as doenças atacam preponderantemente após o fim do período chuvoso. São estes fatores de geografia médica que autorizam a conclusão de Dounon: “a febre intermitente vem frequentemente complicar a verruga e agravar o prognóstico da doença”.

Mas Dounon vai além e observa que a caquexia palúdica também complica a verruga, de maneira que “a anemia, da qual o paciente está atacado, lhe permite resistir muito menos aos desperdícios que ele terá de suportar” com a verruga. Em decorrência da anemia palúdica, “o marasmo chega mais rapidamente que nos casos simples” (Dounon, 1871, p. 11-2).

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

Dounon, entretanto, não adensa sua reflexão sobre o obstáculo à observação clínica e não chega a propor o diagnóstico diferencial entre a verruga e o paludismo. Empurra a discussão para outro plano, o da discussão hipotética da etiologia. Faz notar que as duas doenças dependem, para produzir os sintomas iniciais, de um período de incubação; concebe a verruga como não contagiosa, outra analogia com o paludismo. Em nome das semelhanças clínicas e da coincidência na geografia médica, Dounon aproxima etiológicamente as duas doenças: elas teriam causas análogas.

Porém, ao não se confrontar com o problema do diagnóstico diferencial entre os sintomas coincidentes da fase pré-eruptiva da verruga e os do paludismo, Dounon deixa na sombra uma questão decisiva. Se sintomas semelhantes existem nas duas doenças e elas podem atacar simultaneamente, na mesma região peruana, é possível que estes sintomas não pertençam à verruga, mas resultem de uma complicação quase constante desta doença por febre palúdica (Dounon, 1871, p. 11-2).

Compreende-se, agora, que a verruga de Salazar (1858) seja apirética para excluir os sintomas duvidosos por sua ambiguidade, o enfraquecimento e a febre intermitente, que podem sugerir um ecletismo arbitrário entre a verruga e o paludismo. Salazar adota a estratégia defensiva e apega-se à erupção que, por sua especificidade, garante a autonomia nosológica do mal. É bom lembrar que Le Roy de Méricourt (1864) acusou a verruga peruana de Hirsch (1860)

de ser um sincretismo arbitrário. Para esquivar-se deste abismo, Salazar (1858) conceberá a verruga como apirética.

Se Tschudi e Dounon postularam a verruga febril, apesar da dificuldade do diagnóstico diferencial da fase febril pré-eruptiva, eles o fizeram porque esta lhes pareceu a posição mais coerente com a concepção da verruga como afecção essencialmente generalizada. O que, do ponto de vista de Tschudi, não poderia ser concebido sem uma reação do organismo, cuja febre é o principal signo. Do ponto de vista de Dounon, erigir uma concepção geral da verruga peruana ampara-se no trabalho de analogia com patologia conhecidas.

Dounon faz a verruga equilibrar-se sobre duas analogias. Já se apresentou a relação entre a verruga e o paludismo. A segunda analogia é com a piã (*pian*). À primeira vista, Dounon escolheu privilegiar a segunda analogia porque o nome médico que dá à verruga peruana é ‘piã hemorrágica’ (*pian hémorrhagique*). Com este novo nome, a verruga é alocada numa família nosográfica inventada por Dounon, aquela de “formas quase idênticas, encontradas em outras regiões tropicais”: *yaws* da África, boubas do Brasil, *gallao* da Guiné, framboesia das Antilhas e Guiana e o botão de Amboina (Dounon, 1871, p. 48).

Analogia, entretanto, não é identificação. Para Dounon, a verruga não é a piã. Para o médico naval francês, no interior desta família nosográfica, a verruga preserva a autonomia, porque é uma doença mais aguda e a erupção, mais vascularizada, dá lugar a hemorragias inexistentes na piã.

É bem verdade que, ao dar prioridade à analogia com a piã, Dounon (1871, p. 13) levou em conta, sobretudo, a erupção. Afinal, considera análogos a forma, a localização e o volume das erupções da verruga e da piã. O peso decisivo é dado a uma analogia que privilegia a erupção coerentemente com a definição da doença: “a verruga é essencialmente constituída pela erupção de tumores especiais”. Porém, isto não impediu que, ao tratar da analogia etiológica com o paludismo, outra definição fosse concebida: “A verruga, afecção essencialmente generalizada, é devida, nós o cremos, à infecção da economia por um miasma muito análogo àquele que determina a febre palúdica” (Dounon, 1871, p. 11). Assim, na analogia da verruga com o paludismo, destaca-se o caráter generalizado da infecção, que põe em evidência a febre e o enfraquecimento; na analogia da verruga peruana com a piã, destaca-se o caráter eruptivo.

Mas a tese de Dounon não se divide em duas visões opostas e inconciliáveis da verruga. Há algo, na analogia da verruga com a piã, que se coloca a meio caminho da analogia entre a verruga e o paludismo. Para além de serem ambas dermatológicas, a verruga peruana e a piã têm sintomas prodrômicos análogos: inapetência, agitação, dores, calafrios e o calor febril (Dounon, 1871, p. 48-52). Em ambas, os sintomas gerais diminuem após a erupção. Em ambas, o desenvolvimento é mais lento e difícil nos casos anêmicos, nos quais há prognóstico fatal, num quadro de marasmo. Entretanto, Dounon destaca a diferença essencial entre as duas doenças: o processo eruptivo da verruga começa de maneira normalmente generalizada, enquanto a piã começa por uma só lesão localizada, a piã mãe (*mama-pian*), a partir da qual a doença se espalha. Dounon aproxima-se, assim, de Smith (1842) para quem a verruga “parece ser uma variedade indígena de *yaws*”, nome pelo qual a medicina de expressão inglesa se refere à *pian* dos franceses.

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

Assim, Tschudi e Dounon decidem em favor da verruga febril. Em Tschudi, a febre é sintoma necessário da reação orgânica. Em Dounon, a febre é sintoma necessário em toda analogia patológica possível da verruga.

Olhar retrospectivo, a partir da atualidade do saber da doença (a título de conclusão)

A revisão aqui realizada da literatura médica (1842-1871) sobre a verruga peruana mostrou que houve um obstáculo ao conhecimento clínico da doença: o sintoma patognomônico aparece ao olhar apenas num estágio avançado do desenvolvimento da enfermidade. Neste desenvolvimento, enquanto a erupção não advém, os signos clínicos que a antecedem podem não pertencer à doença mesma, tal como sugeriu Salazar (1858). Dounon (1871) assume a perspectiva de Tschudi (1845) contra o conceito redutivo de Salazar e legitima a unidade da erupção com a febre. Contra Le Roy de Méricourt (1864), Dounon consagra a autonomia nosológica da doença. A solução do obstáculo é providenciada pelas seguintes observações: a) a erupção é crítica para os sintomas gerais precedentes; b) o transtorno de temperatura, por sua sincronia com todos os demais sintomas, é o índice do prognóstico. Desta forma, retiram-se os fenômenos patológicos do isolamento a que Salazar (1858) os relegara. Assim, relações recíprocas vinculam processos díspares de um fenômeno global que pode ser aceito como entidade patológica exclusiva, tal como havia reconhecido Hirsch (1860).

Porém, um problema sério, que já se vislumbrava em Salazar (1858), foi desenvolvido em Dounon, mas permaneceu irresoluto, em 1871. As dificuldades para o estabelecimento da unidade nosológica da verruga peruana não advém exclusivamente da pluralidade de seus signos dispersos. Há o problema da complicação palúdica. Sintomas próprios da verruga, febre intermitente e caquexia, são também sintomas do paludismo. Dounon (1871) não propõe um diagnóstico diferencial com o paludismo. Ora, considerando que ambas as enfermidades comumente sobrepõem-se endemicamente em alguns espaços das quebradas andinas, corre-se o risco de considerar como sintoma pré-eruptivo da verruga peruana aquilo que poderia não passar de frequente complicação palúdica.

Na atualidade, este problema está dirimido: febre intermitente e caquexia (decorrente de anemia) são sintomas comuns entre a verruga e o paludismo e as duas doenças podem complicar-se pela sobreposição das zonas endêmicas. A solução biomédica do problema começa a desenhar-se quando o estudante de medicina da Faculdade São Fernando, em Lima, Alberto Barton (1898) demonstrou competentemente que as diferentes formas do hematozoário de Laveran (1881) podem ser encontradas na corrente sanguínea de pacientes com erupção visível da verruga peruana. Depois, uma comissão da Escola de Medicina Tropical da Universidade de Harvard, que visitou o Peru em 1913, fez o mesmo achado que Barton (Strong *et al.*, 1915, p. 81). Finalmente no mais sistemático e rigoroso dos estudos sobre as complicações da verruga peruana, Ricketts (1948) confirma que o agente da verruga peruana, a *Bartonella bacilliformis*, coexiste com o agente do paludismo em três de 15 casos da doença, em fase anêmica inicial, anterior à fase pré-eruptiva. Ricketts encontrou também a complicação palúdica em três casos sobre cinco em que a *Bartonella bacilliformis* se desenvolvia no estágio pré-eruptivo da doença. De 40 casos de *bartonellosis* humana no estágio eruptivo, Ricketts encontrou 23 complicados com paludismo.

Entre Dounon (1871) e Barton (1898), entretanto, o saber clínico havia dado um passo decisivo adiante, a solução do problema do diagnóstico diferencial entre a verruga peruana e o paludismo. Browne (1872-3), cirurgião da marinha americana, depois de visita às obras da construção da ferrovia para Oroya, propôs distinguir os ataques febris da verruga dos ataques intermitentes do paludismo pela observação da simultaneidade entre os paroxismos da febre e os paroxismos das dores ósseas e reumáticas. A não coincidência dos paroxismos das duas classes de sintomas indica que a intermitência febril deve ser devida a uma complicação palúdica. Este critério foi proposto também por Daniel A. Carrión, no manuscrito póstumo *Apontamentos*, publicado em 1886, sem conhecimento do texto de Browne (1872-3),

Se, pois, observamos febre contínua, remitente ou intermitente, dores articulares e musculares, acompanhando-se de câimbras, em um indivíduo que vem de Matucana, por exemplo, podemos

assegurar quase sem temor de equivocarnos, que é a verruga que temos diante da vista. (Segundo Carrión, 1886, pp. 21-22)

Embora a solução do diagnóstico clínico diferencial entre a verruga peruana e o paludismo só tenha sido proposto após Dounon (1871), a estrutura da contribuição de Browne (1872-3) e de Carrión (1886) esquadrihou-se pelos mesmos princípios lógicos que permitiram a Tschudi (1845) e a Dounon (1871) construir a propositura da unidade e autonomia nosológica da doença. De Tschudi a Carrión (1886), o conhecimento clínico da doença avançou quando o olhar a empiricidade deixou-se coordenar por uma racionalidade que articula os dados segundo relações que os vinculam e ordenam. Isto sugere que uma doença, em uma nosografia, é um conceito cuja evolução é permitida por sua distância do real, que se visa dizer. A construção da entidade nosológica é assegurada por regras datadas da comunicação científica. Estas regras, no período estudado, são aquelas que se desenham no interior de uma Idade Clínica da medicina moderna (Foucault, 1963).

Pelo presente estudo, pode-se concluir que, no período estudado (1842-1871), antes do advento da febre de Oroya e do dualismo nosológico que esta noção inaugura, existiu uma compreensão unitária e global dos principais fenômenos clínicos do desenvolvimento da verruga peruana, numa linhagem de pensamento médico que liga Tschudi e Dounon.

O dualismo nosológico poderia ter nascido no regaço da doença elaborada por Tschudi e reelaborada por Dounon? A princípio, a resposta deve ser negativa. Um dualismo nosológico da Idade clínica do saber da doença teria bem mais chances de nascer e vingar entre os herdeiros da verruga apirética de Salazar (1858). A febre de Oroya apareceria, neste caso, como a febre que precisa ser acoplada à verruga apirética para que se pudesse alcançar o conceito global e unitário da doença. Porém, estas conjecturas sobre as possibilidades do nascimento do dualismo nosológico só poderão ser competentemente esclarecidas num estudo da evolução do conceito da doença no período que se inicia por volta de 1872, objeto para outro trabalho.

REFERÊNCIAS

Fontes

- Alcedan, M. (1886). “Enfermedad de Carrión”. *La Crónica Médica* 3 (34), 31 outubro, p. 381-91
- Antunez, D. D. (1890). “Verruga peruana o enfermedad de Carrion”. *La Crónica médica de Lima* 7 (83), 30 novembro, p. 290-305.
- Arce, J. (1889). “Fiebre de la Oroya”. *La crónica médica* 6, p. 233 e seguintes. Lima.
- (1918). “Lecciones sobre la verruga peruana o ‘enfermedad de Carrión’ (Catedra de enfermedades tropicales. Curso de 1917)”. *Anales de la Facultad de Medicina de Lima*, tomo I, p. 21-55.
- Avendaño, L. (1885). “Daniel A. Carrión”. *La Crónica Médica de Lima* 2 (22), p. 396-401.
- Barton, A. (1898). Investigation del hematozoário de Laveran y del bacilo de Eberth en la fiebre tifo-malaria. In: *Anales médicos gaditanos*, vol. XVII, p. 151-8.
- Bayle (1869). *Essai sur les causes des fièvres paludéennes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- Bello, E. (1895). “Caso de verruga meníngea”. *La Crónica Médica* 12, p. 106-8.
- Bouillet, J.-F.-A. (1864). *Sur les causes des fièvres intermittentes*. Paris: A. Parent. (Tese)
- Broussais, F. (1803). *Recherches sur la fièvre hectique*. Paris: Méquignon.
- Browne, J. M. (1872-3). “Verrugas and Oroya fevers”. *Transactions of the Session of the Medical Society of the State of California*, p. 173-82.
- Bustamante, A. (1875). “De los distintos efectos de la malaria”. *La Gaceta Médica* 1, p. 150-3, 157-9, 206, 214-6, 222-4.
- Campodónico, E. (1895). Caso interesante de verruga peruana o verruga infecciosa. *La Crónica Médica* 12 (147), p. 43-4.
- Carrión, D. A. (1886). *Apuntes*. Em: Medina, Cassimiro *et al.*, *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión* (p. 13-22), estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima: Imprenta del Estado.
- Castan, A. (1864). *Traité élémentaire des fièvres*. Paris: Asselin; Montpellier: Coulet.
- Castillo, J. C. (1894). “Verruga peruana”. *La Crónica Médica* 11 (259), p. 275, 289, 305.
- Chávez, E. M. (1887). *Anemia perniciosa*. Lima: Imprenta y librerías de Benito Gil (tese).
- Coutanceau (1837). “Fièvre hectique (verbete)”. Em: Adelon *et al.*, *Dictionnaire de médecine* (p. 86-93). Paris: Béchét jeune, 2^a. ed., tomo 15.
- Dounon, P.-L.-V. (1871). “Étude sur la Verruga, Maladie endémique dans les Andes Péruviennes”. *Archives de médecine navale* 16, p. 255-310.
- Fabre *et al.* (1850). *Dictionnaire des dictionnaires de médecine français et étrangers*. Paris: Germer Baillière, tomo 4 e 6.
- Hirsch, A. (1860). *Handbuch der historish-geographischen Patologie*. Erlangen: Ferdinand Enke, vol. I.
- Kelsch, A. (1880). “Contribution a l’histoire des maladies palustres. De la melanemie”. *Archives générales de médecine* 7 (6), p. 385-413.
- Larrea y Quesada, A. (1887). “Contribución al estudio de la verruga peruana”. *La crónica médica* 4, p. 391-398. Lima.
- Laveran, C. L. A. (1881). *Nature parasitaire des accidents de l’impaludisme. Description d’un nouveau parasite trouvé dans le sang des malades atteints de fièvre palustre*. Paris: J.-B. Baillière.
- Le Roy de Méricourt, A. (1864). “Veruga. Note de la Rédaction. Contributions a la Géographie médicale. Station de l’Océan Pacifique”. *Archives de Médecine Navale* 2, p. 191-4.
- Littré, É. *et al.* (1873). *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l’art vétérinaire et des sciences qui s’y rapportent*. Paris: J.-B. Baillière. 13^a. ed.

- Malo, N. (1895). “Verruga peruana. Tesis presentada a la Universidad de Chile, el día 2 de noviembre de 1852”. *La crónica médica* 12 (157), p. 201-11.
- Matto, D. (1886). “Discurso”. *La crónica médica* 3 (34), p. 377-88.
- Medina, C. et al. (1886). *La Verruga peruana y Daniel A. Carrión*, estudiante de la Facultad de Medicina, muerto el 5 de octubre de 1885. Lima: Imprenta del Estado.
- (1888). “Homenaje a Carrión”. *La Crónica Médica*, p. 223.
- Mimbela, P. S. (1897). “La Curva Térmica de la enfermedad de Carrión”. *La crónica médica* 14, p. 357-65.
- Negro, A. C. (1860). “¿Hay fiebres palúdicas?”. *El siglo médico* 7, p. 342-3.
- Odrozola, E. (1898). *La maladie de Carrión ou la verruga péruvienne*. Paris: G. Carré e C. Naud.
- Pancorvo, N. (1875). “Fiebre de la Oroya”. *La Gaceta Médica* 1 (21), p. 167-9, 4 setembro.
- Patron, P. (1889). “La verruga de los conquistadores”. *La Crónica Médica de Lima*, p. 101-5.
- (1894). “La enfermedad mortal de Huayna Capac”. *La Crónica Médica de Lima* 11, p. 179-183.
- Requin, A.-P. (1851). *De la spécificité dans les maladies*. Paris: Bermer Bailliére.
- Salazar, T. (1858). “Historia de las verrugas”. *Gaceta Médica de Lima* 2 (38), p. 161-4, 175-8. (Tese)
- Smith, A. (1842). “Practical observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra (III. Diseases of the Intermediary Valleys of Peru)”. *Edinburgh Medical and Surgical Journal* 58 (152), p. 59-71.
- (1858a). “Verruca-andicola”. *The medical times and gazette* 17, p. 280-1, London.
- (1858b). “The geography of diseases in the climates of Peru”. *The Edinburgh New Philosophical Journal* 7 (nova série), p. 43-62.
- (1858c). “Geografia de las enfermedades en los climas del Perú”. *Gaceta Médica de Lima* 2, (41, 42, 43, 44, 45), pp. 202-3, 216-9, 232-4, 248-50, 261-6 (Tradução do inglês para o espanhol por L. Villar).
- Stevenson, W. B. (1825). *A historical and descriptive narrative of twenty years’ residence in South America*. London: Hurst, Robinson, and Co. (Vol. I).
- Strong, R. P. et al. (1915). *Report of the first expedition to South America*. Cambridge: Harvard University Press.
- Tasset, C. (1872). “Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes perniciouses paludéennes, et la verrue péruvienne”. *Le Moniteur Scientifique*, Paris, Tomo IV, p. 451-69.
- Tschudi, J. J. von (1845). “Die Verugas. Eine in Peru endemische Krankheit”. *Archiv für physiologische Heilkunde* 4, p. 378-90. Stuttgart.
- (1846). *Peru, Reiseskizzen aus den Jahren 1838-1842*. St. Gallen: Verlag Scheitlin und Zollikofer, vol. I (2 volumes).
- (1872). “Die Verrugakrankheit in Peru”. *Wiener medizinische Wochenschrift* 22, p. 245-50.
- Velez, A. (1861). *Anatomia Patológica de las verrugas*. Tesis 609. Lima: Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de S. Marcos (manuscrito).

Bibliografia

- Aldana, L. (1948). *Estados biológicos de la bartonella en la enfermedad de Carrion*. Lima: Impr. de la S. de G. J. P.
- Alzamora y Castro, V. V. (1940). “Enfermedad de Carrión. Ensayo de etiopatogenia”. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 18 (23), p. 9-50.
- Bachelard, G. (1972). “A atualidade da história das ciências”. *Tempo brasileiro*, n. 28A, janeiro-março, 2ª ed., p. 22-6.
- Canguilhem, G. (2002). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 5ª ed.

- Carrasco Reyes, V. J. (1988). *La enfermedad del estudiante de medicina Daniel Alcides Carrión*. Relato-interpretación retrospectiva. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Cuadra Calle, M. *et al.* (2000). “Enfermedad de Carrión: inoculaciones de seres humanos con *Bartonella bacilliformis*, una revisión”. *Anales de la Facultad de Medicina* 61 (4), p. 289-94.
- Cueto, M. (1989). *Excelencia científica en la periferia*. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú (1890–1950). Lima: Ed. do autor.
- (1996). “Tropical Medicine and Bacteriology in Boston and Peru: studies of Carrión’s Disease in the Early Twentieth Century”. *Medical History* 40, p. 344-64.
- Delaporte, F. (1990). *Le savoir de la maladie*. Essai sur le choléra de 1832 à Paris. Paris: PUF.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- (1971). *Nietzsche, la généalogie, l’histoire, Hommage à Jean Hyppolite*. Paris: PUF, p. 145-172.
- García-Cáceres, U. (1972). *Historia crítica de Daniel Carrión y de la medicina de su época*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tese).
- *et al.* (1991). “Bartonellosis, an immunodepressive disease and the life of Daniel Alcides Carrión”. *American Journal of Clinical Pathology* 95 (4), suplemento 1, p. (s)58-(s)66.
- García, J. *et al.* (2005). “Pénfigo crónico benigno familiar (enfermedad de Hailey-Hailey) con bartonellosis (enfermedad de Carrión)”. *Folia dermatológica peruana* 16 (2), p. 71-4.
- Garrido Chacon, M. M. (2004). *Características clínicas epidemiológicas de bartonellosis aguda y sus formas graves complicadas en pediatría en el hospital general de Jaén*. Enero 2002-junio 2004. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (mimeo).
- González, R. C. *et al.* (2007). “Bartonellosis (fiebre de La Oroya o verruga peruana) ¿Enfermedad ocupacional?”. *Medicina y seguridad del trabajo* 53 (209), p. 35-41, Madrid.
- Lastres, J. B. (1957). *Daniel A. Carrión*. Lima: s/casa editorial.
- Maguiña Vargas, C. P. (1993). *Estudio clínico de 145 casos de Bartonellosis en el Hospital Nacional Cayetano Heredia: 1969-1992*. Universidad peruana Cayetano Heredia. Lima (mimeo). (Tese)
- (1998). *Bartonellosis o enfermedad de Carrión: Nuevos aspectos de una vieja enfermedad*. Lima: A.F.A. Editores Importadores.
- *et al.* (2000). “Bartonellosis new and old”. *Infectious Disease Clinics of North America* 14 (1), p. 1-22.
- *et al.* (2008). “Actualización de la enfermedad de Carrión”. *Rev. Med. Hered.* 19 (1), p. 36-41.
- Matallana, G. D. (2001). *Daniel Alcides Carrión. Mártir de la medicina peruana. Héroe Nacional*. Lima: Fondo Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Monge, C. (1925). “La enfermedad y la muerte de Carrión”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Fascículo extraordinario, p. 86-91.
- Murillo, J. *et al.* (2002). “Daniel Alcides Carrión y su contribución al imaginario cultural de la medicina peruana”. *Anales de la Facultad de Medicina* 63 (2), p. 57-75.
- Panchas Chávez, P. E. (2001). *Enfermedad de Carrión (bartonellosis) en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología (OGE), Instituto Nacional de Salud (INS).
- Pesce, H. (1957). “Carrión y su positivismo científico. Discurso de orden”. *Anales de la Facultad de Medicina* 40, p. 773-84.
- Rebagliati, R. (1940). *Verruga peruana (Enfermedad de Carrión)*. Lima: Torres Aguirre.
- Ricketts, W. E. (1948). “Intercurrent infections of Carrion's disease observed in Peru”. *American Journal of Tropical Medicine* 28 (3), p. 437-51.
- Saettone-León, A. (2004). “Verruga Peruana”. *Dermatología Peruana*. 14 (2), p. 121-33. Lima.
- Urteaga-Ballón, O. *et al.* (1965). “Ciclo biológico de reproducción de la *Bartonella bacilliformis* en los tejidos de pacientes de verruga peruana o enfermedad de Carrión”. *Arch. Peruanos Patol. Clin.* 19, p. 1-84.
- (1993). “Carrión’s Disease”. Kiple, Kenneth F. (org.), *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge University Press, p. 631-5.

- Valdizán, H. *et al.* (1921). *Biblioteca Centenario de Medicina Peruana. Documentos peruanos referentes a la enfermedad de Carrion*. Lima: Sanmarti.
- (1925). “Apuntes para la historia de la verruga peruana”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Número extraordinário, 1 outubro, p. 34-44.
- Velasquez Acosta, P. M. (1999). *Enfermedad de Carrón: Reflexiones sobre el agente etiológico, fisiopatología, manifestaciones clínicas y alteraciones hematológicas en el niño*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (mimeo).
- Walker, S. T. *et al.* (1981). “Bartonella bacilliformis: colonial types and erythrocyte adherence”. *Infection and Immunity* 31 (1), p. 480-6.

SOBRE OS AUTORES

Eduardo Sugizaki: É licenciado e mestre em filosofia e doutor em história pela Universidade Federal de Goiás, bacharel em teologia pelo Instituto de Filosofia e Teologia de Goiás, doutor em filosofia pela Universidade da Picardia Júlio Verne (França). Lecionou filosofia política e ética na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (de 1997 a 2008). Para sua participação nesta pesquisa, este autor contou com a bolsa de pós-doutoramento do Programa de Bolsas Reuni de Assistência ao Ensino (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES), através do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Rosangela Barbiani: É professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Fabiane Asquidamini: Foi orientanda de Pós-Graduação lato sensu do Prof. Eduardo Sugizaki e, atualmente, é orientanda da Profa. Rosangela Barbiani, em Pós-Graduação stricto sensu em Saúde Coletiva, na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).