

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Eder Schmidt

**Charcot e a Escola da Salpêtrière:
a afirmação de uma histeria neurológica**

Juiz de Fora

2017

Eder Schmidt

**Charcot e a Escola da Salpêtrière:
a afirmação de uma histeria neurológica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: História e Filosofia da Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Richard Simanke.

Juiz de Fora

2017

Eder Schmidt

**Charcot e a Escola da Salpêtrière:
a afirmação de uma histeria neurológica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Área de concentração: História e Filosofia da Psicologia.

Aprovada em: _____ de _____ de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Richard Simanke– Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora/MG

Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira
Universidade Estadual de Campinas/SP

Profa. Dr. Cristiana Facchinetti
Fundação Instituto Oswaldo Cruz/RJ

Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro
Universidade Federal de Juiz de Fora/MG

Prof. Dr. Sidnei Vilmar Noé
Universidade Federal de Juiz de Fora/MG

Lucélia, Henrique e Guilherme, minha
motivação para tudo, inclusive para essa tese.
Eu a dedico a vocês.

AGRADECIMENTOS

Difícil fazer chegar minha gratidão a todos que contribuíram para a conclusão desse trabalho, desde o Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani, que me indicou o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, até os Professores que aceitaram compor a presente banca, Doutores Sidnei Vilmar Noé, Mário Eduardo Costa Pereira e Cristiana Facchinetti, a quem agradeço também pelas pontuações quando da qualificação.

Agradeço ao Prof. Dr. Richard Theisen Simanke, meu orientador, antes de tudo por ter aceito essa função. Obrigado por me ajudar a definir melhor o tema dessa tese e por suas oportunas intervenções, dividindo comigo sua experiência.

Aos professores que me acompanharam ao longo do curso, especialmente ao Prof. Dr. Saulo de Freitas Araújo, cujo apoio me permitiu, ainda que timidamente, arriscar um estudo histórico.

Agradeço ao Dr. Olivier Walusinski, pela pronta resposta a cada uma de minhas perguntas, pelas contribuições no campo da história da neurologia francesa, pelos textos enviados e indicados. E, também, por ter me avalizado junto ao Prof. Dr. Emmanuel Broussole, da Universidade de Lyon I que, por sua vez, se disponibilizou a me receber.

Nem sei como agradecer ao Prof. Dr. Mário Sérgio Ribeiro, membro da presente banca. Obrigado, Mário, pela leitura atenta, pela discussão rigorosa de cada parágrafo e de cada capítulo, sempre passando ao largo de qualquer condescendência, como lhe é peculiar. Você sabe que, sem a sua ajuda, meu trabalho teria sido mais pobre.

Aos amigos Leila Guimarães Lobo de Mendonça, Heitor Lobo de Mendonça e Marco Antônio Gasparetto, pelo apoio.

À minha secretária, Sra. Valéria Xavier Campos Leonel, pela ininterrupta ajuda, sincera preocupação e calorosa torcida ao longo da elaboração dessa tese.

Aos meus sogros, Célio e Lúcia, pelo expressivo apoio durante todo esse período.

Bernardo, Laura e Helena: obrigado pelo constante interesse.

Edmundo e Eliana souberam bem avaliar o que esse trabalho representava para mim. Sua cumplicidade fez com que me sentisse mais forte.

Minha gratidão aos meus pais, há tanto tempo ausentes, mas eternamente presentes. Além de tudo o que devo a ambos, devo, ainda, ao Professor Schmidt a fascinação pela docência.

Henrique e Guilherme, cuja gradativa inserção no mundo eu acompanho com orgulho e felicidade, foram comoventes em suas tentativas de entender o que eu tanto fazia em frente a aquele laptop. Pronto! Podemos, de novo, viver livremente o prazer de estarmos juntos.

Porém, ainda mais do que a todos, é a você, Lucélia, que eu tenho a agradecer. Obrigado por sua compreensão, sua presença, seu amparo, seu encorajamento nos momentos de dúvida. Obrigado por ter, muitas vezes, arcado sozinha com as demandas dos meninos, nas viagens que não fui ou nos fins de semana sem programa. Obrigado por estar sempre ao meu lado, e do meu lado. Sua confiança incondicional, sua generosidade e sua paciência foram fundamentais para a concretização desse projeto.

RESUMO

Na literatura especializada sobre a história da histeria, a carreira do neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893), chefe do serviço de patologias do sistema nervoso no hospital da Salpêtrière, em Paris, é comumente descrita como uma progressão a partir de importantes equívocos iniciais na compreensão do quadro histérico, até uma tardia antecipação das concepções psicanalíticas. A tese ora apresentada é a de que a leitura de sua obra sobre a histeria não autorizaria tal afirmativa: a noção charcotiana da doença se manteve plenamente inserida no campo da clínica do sistema nervoso. Em outras palavras, não é possível identificar no texto de Charcot nenhuma pretensão de aproximar a histeria da esfera das doenças mentais. Foi realizada uma revisão cronológica de sua obra referente à histeria, empreendendo-se uma análise de sua abordagem do quadro a partir da lógica interna dos conceitos que a fundamentaram. Os escritos do autor se constituíram como a fonte primária e principal para esta pesquisa. Foram também utilizados como fontes, textos de seus principais colaboradores, e de comentadores que se dedicaram à sua biografia e à sua obra. Os anos de 1870 e 1893 demarcaram o recorte temporal do presente estudo, precedido por um exame das teorias anteriores formuladas a respeito da histeria, desde sua compreensão como uma alteração do cérebro e dos nervos, até ser tomada por Charcot como objeto de interesse científico. A conclusão é a de que, na obra de Charcot, os fenômenos históricos são sistematicamente remetidos à neuroanatomia e à neurofisiologia. Os novos conhecimentos expressos por ele nas teorizações referentes à doença se mantêm consistentemente dentro dos limites da neurologia.

Palavras-chave: Histeria; Charcot; Neurologia; História da medicina.

ABSTRACT

In the scholarship on the history of hysteria, the career of the French neurologist Jean-Martin Charcot (1825-1893), director of the section of pathologies of the nervous system at the Salpêtrière Hospital in Paris, is commonly described as the progression from important early misconceptions in the understanding of the hysterical condition to a belated anticipation of psychoanalytic conceptions. This dissertation proposes that a close reading of Charcot's work on hysteria disavows such interpretation and that his conception of hysteria remained fully inserted in the clinical field of the nervous diseases. In other words, it is not possible to identify in Charcot's texts any intent to bring hysteria closer to the field of mental pathology. A chronological revision of his work on hysteria was undertaken, and an analysis of his approach to this disease was made based on the internal logic of the underlying concepts. Charcot's own writings were the primary and main source for this research. Other sources were the works of his main collaborators and the scholarship dedicated to his biography and work. The years between 1870 and 1893 defined the timeframe of this study, preceded by an examination of previous theories formulated about hysteria from the time it began to be related to a change in the brain and nerves until it was taken by Charcot as an object of scientific interest. The conclusion is that, in Charcot's work, hysterical phenomena are systematically referred to neuroanatomy and neurophysiology. The new knowledge expressed in Charcot's theories about this disease remains consistently within the limits of neurology.

Keywords: Hysteria; Charcot; Neurology; History of medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema psicodinâmico de Charcot.....	124
-----------------	---------------------------------------	-----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 A RELEMBRANÇA DE CHARCOT.....	13
1.2 CHARCOT, HISTERIA E <i>WHIG HISTORY</i>	14
1.3 A DOENÇA PROTEUS.....	15
1.4 QUESTÕES DE MÉTODO E ESTRUTURA DO TRABALHO.....	16
2 A HISTERIA DE LE POIS A CHARCOT.....	19
2.1 O CÉREBRO E OS NERVOS.....	19
2.1.1 Charles Le Pois.....	20
2.1.2 Thomas Willis e Thomas Sydenham: a “neurologia” e o <i>Epistolary Discourse</i>	22
2.2 ESPÍRITOS E VAPORES.....	26
2.3 SAEM OS VAPORES; VOLTA A HISTERIA.....	27
2.4 UMA VÍSCERA COMO QUALQUER OUTRA.....	29
2.5 A MEDICINA DAS PAIXÕES.....	31
2.5.1 Pinel e a histeria.....	33
2.6 A SALPÊTRIÈRE EM ALGUNS QUADROS.....	34
2.6.1 Origens.....	34
2.6.2 Um espaço médico.....	37
2.6.3 O Hôspice Civil.....	37
2.7 GEORGET E BAYLE: ORGANICISTAS <i>VERSUS</i> ORGANICISTAS.....	38
2.8 O ÚTERO INERVADO.....	41
2.9 CHARLES LASÈGUE E PIERRE BRIQUET.....	42
2.9.1 Lasègue, o crítico da “Escola da Salpêtrière”	43
2.9.2 Briquet: uma neurose do encéfalo.....	44
2.10 UM ESPECIALISTA PARA CUIDAR DA HISTÉRICA.....	47
2.10.1 As especialidades médicas na França.....	48
2.10.2 O alienismo como especialidade.....	49
2.10.3 A clínica do sistema nervoso como especialidade.....	52
2.11 EM BUSCA DE UMA HISTERIA ANATOMOFISIOLÓGICA.....	54
2.12 A <i>NÉVROSE</i>	56

3 CHARCOT E SUA MEDICINA.....	58
3.1 VIDA E FORMAÇÃO.....	58
3.2 O ENSINO MÉDICO FRANCÊS ATÉ O SÉCULO XIX.....	59
3.3 A FACULDADE DE MEDICINA DE PARIS EM 1843.....	62
3.4 A ACADEMIA E O HOSPITAL.....	63
3.5 O INÍCIO DA CARREIRA MÉDICA.....	66
3.5.1 Rayer, o amigo influente.....	67
3.5.2 Vulpian, o amigo acadêmico.....	70
3.5.3 Bourneville, o amigo militante – o anticlericalismo.....	71
3.6 O RETORNO À SALPÊTRIÈRE.....	75
3.6.1 O museu patológico vivo.....	75
3.6.2 Corpos, microscópios e correntes elétricas.....	76
3.6.3 Novas palavras: électrique, électriser, électrisation.....	77
3.6.4 A escola neurológica da Salpêtrière.....	78
3.6.5 O legado de Delasiauve.....	79
3.6.6 As aulas públicas.....	80
3.6.7 A presença de Charcot.....	81
 4 DO OVÁRIO AO INCONSCIENTE.....	 83
4.1 O MÉTODO ANATOMOCLÍNICO.....	83
4.2 A HISTERIA DOMADA.....	84
4.2.1 O modelo canônico.....	88
4.3 O PRIMADO DOS OVÁRIOS.....	92
4.4 METALOTERAPIA, METALOSCOPIA, IMÃS E AFINS.....	93
4.5 UM MESMERISMO POSITIVO?	98
4.5.1 Da alquimia à química.....	101
4.5.2 Controvérsias.....	104
4.6 INVISÍVEL, MAS, AINDA ASSIM, ANATOMOPATOLÓGICO.....	106
4.7 O ESTUDO DAS AFASIAS.....	110
4.8 A PSICOLOGIA DO TRAUMA E A HISTERIA VIRIL.....	111
4.8.1 “A histeria existe, então, no homem?”	111
4.8.2 Porczenska e Pinaud – o trauma esmiuçado.....	113

4.8.3 Uma fisiologia para o trauma.....	117
4.8.4 O resgate das “causas morais”	118
4.9 A PSICOLOGIA NA SALPÊTRIÈRE.....	119
4.9.1 Diferentes leituras para aqueles “três quartos”	120
4.9.2 A psicologia científica.....	121
4.9.3 Projeto de um inconsciente para neurólogos.....	123
4.10 AO FIM E AO CABO, ANEUROLOGIA.....	125
 5 A TÍTULO DE CONCLUSÃO: UMA HISTERIAESTRITAMENTE	
NEUROLÓGICA.....	127
5.1 APESAR DE UMA INTRIGANTE CONTRADIÇÃO.....	127
5.2 DE VOLTA À COERÊNCIA.....	129
5.3 LALÉGÈRE DÉFAILLANCE.....	130
5.4 A MEDICINA DO SISTEMA NERVOSO EM UMA LEITURA	
PSICOLÓGICA.....	131
5.4.1 Charcot e a psicogênese.....	131
5.4.2 Lesão dinâmica e trauma.....	133
5.4.3 Histeria e sexualidade.....	133
5.5 CONCLUSÃO.....	135
 REFERÊNCIAS.....	136
 APÊNDICE A – Cronologia.....	154

1 INTRODUÇÃO

Citada nos textos médicos desde o século XVI, interpretada pelos psicanalistas em documentos do Antigo Egito, a histeria extrapolou o contexto da clínica onde surgiu, transformando-se em significante usual para o exagero, o escândalo, o histriônico, o dramático, o falso, o incontrolado. O termo remete, também, à convulsão, à paralisia, à privação dos sentidos, a uma armadilha que ameaça perturbar o trajeto seguro da prática médica. Por outro lado, enfocando apenas a prática médica, Eric Slater, em um artigo clássico, argumenta que ela jamais teria existido (SLATER, 1965).

Excluída dos principais manuais classificatórios em saúde mental, como a 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) editado pela Organização Mundial da Saúde, ou da 5ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, editado pela *American Psychiatric Association* (2014), ela permanece viva no imaginário popular, sem perder sua competência para rotular pessoas e situações. E, mesmo que tenha sido excluído, o termo permanece presente no linguajar informal dos clínicos, que parecem não ter ainda encontrado um outro que defina tão bem determinadas circunstâncias com que se deparam no cotidiano da clínica.

Quanto a essa exclusão, uma das principais alegações é a de que, do século XIX até os dias de hoje, o quadro veio se tornando cada vez mais infrequente o que levanta a hipótese de que ele simplesmente tenha deixado de existir. Stone et al. (2008, p.12) apresentam evidências de um número menor de referências ao quadro. No entanto, questionam a suposta desaparecimento da histeria indagando se não teria sido o interesse dos médicos na ocorrência histórica o que havia diminuído desde então. Uma outra reflexão sobre esse alegado desaparecimento, e que segue a mesma linha, é proposta por Akagi e House (2002) que consideram que os estudos sobre a histeria têm sido negligenciados. Para eles, o transtorno, tão presente na literatura médica do século XIX, apenas se tornou invisível aos nossos psiquiatras, o que tem levado a uma ausência de propostas para seu enfrentamento.

Porém, parece mais pertinente a visão de Mark Micale (1995, p.4) ao enfatizar que a histeria que não mais se encontra é apenas a do tipo clínico descrito ao longo da segunda metade do século XIX. Ele se referia, principalmente, ao “grande ataque histérico” descrito pelo neurologista francês Jean-Martin Charcot (1825-1893) ao longo de duas décadas de trabalho junto à sua equipe no *Hôspice de la Vieillesse – Femmes*, no que ficou conhecido como a “Escola da Salpêtrière”.

1.1 A RELEMBRANÇA DE CHARCOT

Reconhecendo em Sigmund Freud e Jean-Martin Charcot os dois nomes mais diretamente ligados à histeria, Micale observa que, do ponto de vista histórico, os destinos de cada um não poderiam ser mais divergentes. A histeria freudiana teve um início na obscuridade, despertou controvérsias por um longo tempo, acabando por dominar o pensamento psiquiátrico por cerca de meio século. As ideias de Charcot, pelo contrário, alcançaram rapidamente uma notável adesão e reconhecimento internacional, para entrarem em rápido declínio logo após a sua morte, em 1893 (MICALE, 1995, p.88).

O pouco que foi lembrado de Charcot contrapôs o respeito por sua obra em neurologia ao quase escárnio por seu trabalho com a histeria. Objeto da crítica de leitores apressados, ele foi acusado de transformar em espetáculo suas aulas sobre o tema, de ter-se entregue a práticas facilmente associáveis ao charlatanismo, e de ter-se deixado ludibriar pela histeria e pelas histéricas. Em uma visão presentista, sua abordagem da histeria é frequentemente descrita como uma progressão a partir de importantes equívocos, até uma tardia aproximação das concepções psicanalíticas. Nessas abordagens, seu feito maior parece ter sido receber Freud em suas aulas durante alguns meses, além de ter uma parte dessas aulas traduzidas por ele para o alemão.

Do descrédito ao ostracismo, Charcot foi homenageado por Souques e Meige com uma biografia, em 1939, por Guillaín, em 1955¹, com *J.M. Charcot (1835-1893): Sa vie, son œuvre*, mas só voltou a ser verdadeiramente mencionado a partir de 1953, com o lançamento da Edição Standard das obras de Freud, onde está presente em um sensível obituário, em alguns dos artigos iniciais e em várias notas de rodapé, quase sempre em referência à histeria². Quanto à doença histérica, a partir da segunda metade do século XX importantes historiadores a tomaram como tema, a exemplo de Ilza Veith, em 1965, com *Hysteria: The History of a Disease*, Étienne Trillat, em 1986, com *Histoire de l'hystérie*, com Mark Micale, em 1989, com *Hysteria and its Historiography: A Review of Past and Present Writings*, e em 1995, com *Approaching Hysteria*.

Naturalmente, a partir do momento em que foi escolhida a histeria como objeto de um estudo, esse estudo acabou por levar ao nome de Jean-Martin Charcot, aquele a quem o quadro esteve imediatamente ligado na segunda metade do século XIX. Em 1992, Charcot foi

¹ Ano da primeira edição francesa.

² A biografia escrita pelo ex-aluno Andrei Lubimoff, *Le Professeur Charcot: Étude scientifique et biologique*, publicado em 1894, antecedeu a decadência da figura de Charcot que sobreveio à sua morte.

tema de Alain Lellouch em *Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie*, e, em 1995, de Christopher Goetz, Michel Bonduelle e Toby Gelfand, em *Charcot: Constructing Neurology*. A partir de 1993, ano do centenário de sua morte, buscou-se um resgate da imagem do *Maître* e de seu trabalho no *Hôspice de la Salpêtrière*, em observações críticas de sua abordagem da histeria baseadas em documentos institucionais, registros acadêmicos ou arquivos de família, retratando seu trabalho de maneira fundamentada e contextualizada.

Além de Lellouch e Goetz, Bonduelle e Gelfand estão entre seus principais comentadores Gladys Swain e Marcel Gauchet (*Le vrai Charcot*); Julien Bogousslavski (*Hysteria: the rise of an enigma*); Olivier Walusinski, em sua página sobre a história da neurologia francesa, entre outros. Mark Micale, ao abordar a histeria, inclusive a histeria masculina, se refere com frequência a Charcot, assim como a maior parte dos autores que se dedicam ao quadro histórico.

1.2 CHARCOT, HISTERIA E *WHIG HISTORY*

Tomando a histeria como objeto de um estudo histórico, Micale (1990a, p.38) inicia seu *Hysteria and its historiography: the future perspective* com uma observação geral da historiografia dedicada à psiquiatria. Para ele, a “história da psiquiatria” teve seu início por volta dos anos 1950, em trabalhos realizados pelos próprios psiquiatras que avaliavam o passado da especialidade de maneira presentista, “ênfatizando a substituição de práticas cruéis e crenças supersticiosas por uma ciência médica racional e humanitária” (MICALE, 1990a, p.34).

Esse modelo historiográfico já havia sido descrito por Herbert Butterfield, em 1931, e nomeado “*Whig history*”. Para o autor, o que caracteriza a interpretação *whig* da história é o estudo do passado tomando como referência o presente, em uma forma de anacronismo que acaba por se constituir em uma obstrução ao entendimento histórico. “Através deste sistema de referência imediata aos dias de hoje, personagens históricos podem facilmente e irresistivelmente ser classificados como os homens que promoveram o progresso e os homens que tentaram dificultá-lo” (BUTTERFIELD, 1965, p.11). Para Butterfield, há uma tendência a que toda interpretação histórica se torne *whig*, como se houvesse um imã que atraísse a visão do historiador nesse sentido, de maneira que “se formos meramente honestos, mas não formos também cuidadosamente autocríticos, tendemos facilmente a sermos desviados por essa falácia fundamental” (BUTTERFIELD, 1965, p.5).

Rafael Huertas estende as advertências de Butterfield à história da psiquiatria, quando se pretende que o pensamento psiquiátrico atual seja o resultado do linear e progressivo desenvolvimento da “ciência psiquiátrica” em si. Para ele, avaliar uma teoria, uma categoria diagnóstica ou um psiquiatra em referência a uma pretensa “verdade científica” ou a uma norma moral significa empreender uma interpretação anacrônica da história (HUERTAS, 2001, p.13).

Sem desconsiderar as limitações que possa haver quanto à aplicação das teorias de Butterfield, essas advertências se mostram muito pertinentes quando se pretende abordar a condição histórica. Ser “cuidadosamente autocrítico”, contornar a tendência apontada por ele, implica um afastamento da visão médico-psicológica atual, mas, também, do imaginário social contemporâneo, uma vez que o termo, inegavelmente, extrapola o discurso da clínica.

É necessário, ainda, que se evite a tendência a se encaixar a histeria em um pretenso *continuum* paralelo ao desenvolvimento do saber médico que, partindo de concepções equivocadas derivadas de um saber rudimentar impregnado de falsas crenças, chegaria a uma visão culta, realista e definitivamente esclarecedora de seus meandros. Esse modelo, que pode ser identificado em Veith, Trillat e em tantos outros, percorre, usualmente, um caminho que começa na medicina egípcia, segue por Hipócrates, pelo obscurantismo da Idade Média, pelos vapores do Iluminismo, até chegar à Salpêtrière, a Charcot, e daí a Freud. Embora notoriamente seja o trajeto mais conhecido, ele é amplamente questionável do ponto de vista historiográfico. Além do risco de se empreender uma leitura da história categorizando personagens e instituições como “os amigos e os inimigos do progresso”, não se abordaria, durante todo o percurso, uma mesma coisa. Como aponta Micale, nenhuma outra categoria médica se mostrou tão elástica ao longo da história: “Em uma leitura através de textos médicos do passado, logo percebemos que a histeria, através dos tempos, veio sendo definida de formas extremamente diversas” (MICALE, 1990a, p.41). Essa é também a opinião de Gérard Wajeman, para quem “não há nada que não tenha sido dito a respeito da histeria: ela é múltipla, ela é una, ela é nada; ela é uma entidade, uma disfunção, uma ilusão; é verdadeira e enganosa; orgânica ou, talvez, mental; ela existe, ela não existe” (WAJEMAN, 1976, p.77).

1.3 A DOENÇA PROTEUS

As observações de Micale e Wajeman retomam o argumento de duas das mais clássicas afirmativas sobre a histeria. Em sua resposta à indagação do médico William Cole sobre ela, no que é conhecida como o seu “*Epistolary Discourse*” sobre a doença, de 1682,

Sydenham afirmava: “Um dia seria pouco para contarem-se todos os sintomas pertencentes a doença histérica, tão variados que eles são e tão contrários uns aos outros que Proteus não teve mais formas e nem o Camaleão tão grande variedade de cores” (SYDENHAM, 1717, p.307). Quase dois séculos mais tarde, em “*Des hystéries peripheriques*”, de 1878, Ernest-Charles Lasègue reforçava a advertência de Sydenham: “A definição da histeria nunca foi dada e jamais o será. Os sintomas não são suficientemente constantes, conformes, ou iguais em duração e intensidade, para que uma mesma descrição possa compreendê-los todos” (LASÈGUE, 1878, p.655).

Micale, no entanto, entende que as décadas de 1870 e 1880 apresentaram uma exceção a essa característica fluidez sintomatológica, quando Charcot conseguiu impor ao conceito um grau significativo de estabilidade nosográfica. Em sua concepção, a doença se manifestaria através de um conjunto de alterações motoras e sensoriais, principalmente anestésias, hiperestésias, paralisias e contraturas, amplamente observadas, descritas e remetidas a hipóteses neuropatológicas.

1.4 QUESTÕES DE MÉTODO E ESTRUTURA DO TRABALHO

Em um momento em que a noção de especialização na medicina francesa ainda se consolidava, e os campos das doenças mentais e doenças do sistema nervoso ainda tinham fronteiras não muito bem definidas, Charcot apresentou aos olhares médico e mundano uma histeria à parte do alienismo e plenamente caracterizada como patologia do sistema nervoso. Utilizando a neuropatologia como apoio para a compreensão da doença, a Escola da Salpêtrière, em contrapartida, extraiu dos estudos e experimentos em torno da histeria uma parcela significativa do conhecimento das doenças neurológicas surgido ao final do século XIX.

A tese que ora se defende é a da inserção plena da histeria charcotiana no campo da clínica do sistema nervoso, recusando qualquer pretensão da parte de Charcot de dirigi-la à esfera das doenças mentais. Tal alegação se afirma pela leitura de seu texto, tomado como fonte primordial. Nele, é possível perceber que os fenômenos abordados como histéricos são invariavelmente remetidos à neuroanatomia e à neurofisiologia, e os novos conhecimentos gerados, seja pela prática ou por teorizações referentes à doença, se mantêm dentro dos limites da mesma clínica, ao contrário do que propõem leituras – nesse sentido, presentistas – como aquelas empreendidas por Veith e Ellenberger.

Os estudos de Charcot sobre as patologias do sistema nervoso começaram logo após seu ingresso na Salpêtrière, em 1862 (BOUCHARA, 2013, p.33). Desde a sua chegada até seu envolvimento com a histeria, seu trabalho se constituiu em um exercício altamente produtivo, marcado por excelentes descrições clínicas, principalmente de alterações dos movimentos (CLARAC; MASSION; SMITH, 2009, p.363). Sua dedicação à caracterização e à compreensão anatomofisiológica das patologias motoras do sistema nervoso, suas contribuições para o estudo das localizações cerebrais ou das afasias fez com que seu nome fosse associado a, pelo menos, quinze epônimos médicos (CLARAC; MASSION; SMITH, 2009, p.363). A leitura da obra de Charcot, em sua contemporaneidade, não oferece elementos para que se suponha que a histeria tenha vindo a ser, para ele, uma ponte entre a neurologia e outras disciplinas.

Os anos de 1870 e 1893 demarcarão o recorte temporal do presente estudo sobre a histeria segundo Charcot e a “Escola da Salpêtrière”. O marco inicial, 1870, é o ano em que as reformas na estrutura física do *Hôspice* desalojaram as pacientes da enfermaria do alienista Louis Delasiauve, anexando ao serviço de Charcot cerca de cento e cinquenta mulheres, entre epiléticas “não dementes” e grandes histéricas, que até então dividiam a enfermaria desativada (BONDUELLE, 1997, p.168). A partir daí, a patologia se tornou parte importante do trabalho teórico e prático de Charcot, até sua morte, em 1893, marco do encerramento do período coberto pela pesquisa.

No entanto, a alocação da histeria no sistema nervoso é bastante anterior a esse período, tendo sido proposta pelo médico francês Charles Le Pois, ainda em 1618. Para situar o conceito de histeria para a medicina francesa quando do comprometimento de Charcot com a patologia, será traçada, no segundo capítulo da tese, um acompanhamento daquilo que foi nomeado como tal, partindo de Le Pois, até a década de 1870. Sendo o cenário dos acontecimentos discutidos nesse trabalho, o *Hôspice de la Vieillesse – Femmes*, a Salpêtrière fará parte desse levantamento histórico, desde sua idealização, em 1612 por Maria de Médici, até vir a ser o campo das observações e consequentes teorizações de Charcot sobre a histeria e palco das *Leçons du Mardi e du Vendredi*, as mais célebres exposições sobre o tema.

Um apanhado sobre a vida de Charcot, dados de sua biografia, a situação do ensino médico francês quando de seu ingresso na Escola de Medicina de Paris, assim como sua trajetória acadêmica, seu trabalho na Salpêtrière e o contexto clínico, social e político no qual ele formulou suas teorias serão o objeto do capítulo seguinte, Charcot e sua medicina.

O quarto capítulo abordará as ideias de Charcot sobre a histeria, o desenvolvimento e a articulação de seus conceitos e de seus fundamentos teóricos, tomando como base suas

publicações, a transcrição de suas aulas e a transcrição dos trabalhos apresentados em sessões de sociedades científicas. Os desdobramentos de suas ideias, sob a forma de artigos de autoria de discípulos e pares, igualmente servirão de apoio à exposição de suas teorias.

No capítulo final serão utilizados os elementos apresentados ao longo dos capítulos anteriores em defesa da tese proposta.

A tese será sustentada através de uma pesquisa histórica, pretendendo-se uma análise da abordagem da histeria por Jean-Martin Charcot a partir da lógica interna dos conceitos que a fundamentaram.

A metodologia empregada incluirá uma abordagem cronológica dos textos charcotianos a respeito do tema, principalmente no capítulo quarto. Sua vasta produção constituirá a base para a exposição de seu pensamento sobre a histeria, além de permitir a apreensão de algo da pessoa Jean-Martin Charcot diluído nos textos. Essa será a fonte primária e principal dos dados em discussão.

Também como fontes primárias, naquilo em que elas contribuírem para a linha principal da pesquisa, será feita a leitura das proposições dos principais colaboradores e discípulos de Charcot, dos personagens e das ideias que compuseram o que ficou conhecido como a “Escola da Salpêtrière”. Essas fontes serão utilizadas, principalmente, nos capítulos terceiro e quarto.

As fontes secundárias serão textos de comentadores que se dedicaram ao estudo da biografia de Charcot, de sua obra relativa à histeria, bem como ao estudo da história da própria histeria e de sua presença na Salpêtrière, no período coberto pelas discussões. Obras dos autores citados mais acima se constituirão na maior parte dessas fontes secundárias, dando sustentação aos capítulos segundo e terceiro.

Todas as traduções necessárias ao desenvolvimento da tese foram efetuadas pelo autor. Os títulos foram mantidos no original para simplificar uma eventual consulta, assim como alguns termos técnicos, cuja tradução poderia comprometer o seu sentido. Também para as instituições e os cargos foi mantida a sua nomeação de origem.

Considerando-se que outras traduções poderiam ser infieis ao original, o vocábulo *Leçon* recebeu uma tradução literal, *aula*, ainda que algo de sua circunstância se perca no termo em português. Sua eventual utilização, longe de se constituir em um galicismo dispensável, foi feita em passagens que ele contextualizaria melhor.

2 A HISTERIA DE LE POIS A CHARCOT

Histeria, histérico e histérica são termos e conceitos que perpassam a história da medicina, desde um tempo que varia de acordo com o recorte que se queira fazer, o que pode abarcar milênios. Da mesma maneira, variaram os quadros clínicos a que os termos se associam e, como ocorre com tudo o que a medicina considerou doença, variaram as teorias construídas para basear a abordagem a eles. Como um capítulo dentro da história do pensamento médico, o rastreamento dos quadros ditos histéricos, a forma como foram conceituados e sua relação com os fundamentos do pensamento médico vigente foi o tema para historiadores como Glafira Abricossóff (1897), Ilza Veith (1973), Étienne Trillat (1991), entre muitos outros.

Pode ser longa a história da histeria. A perspectiva daqueles autores, como exemplos, nos leva por caminhos que, embora possam ser interessantes, estendem-se para muito além dos objetivos dessa tese. Torna-se, portanto, obrigatório que se delimite o período a ser observado, considerando-se que essa delimitação garantirá um mínimo de similaridade em meio à multiplicidade de apresentações às quais o conceito “histeria” foi aplicado. Aqui, o que se pretende é delinear os quadros com que o médico Charcot, na França, em 1870, esperava vir a se confrontar, quando recebeu as pacientes de Delasiauve, entre elas, as histéricas.

2.1 O CÉREBRO E OS NERVOS

Em sua *Dissertation sur l'Hystérie* para obtenção do grau de Doutor em Medicina pela Faculdade de Paris, Auguste Lepecq de la Cloture (1831) observava ser curioso que uma mesma afecção tenha sido vinculada, ao longo dos tempos, a tão diversas sedes. Ele aludia às incontáveis tentativas empreendidas pelos autores que o antecederam no sentido de se alcançar o sítio daquela doença inalcançável, suscitando tantas e tão passionais indagações: a sede da histeria é o útero, o encéfalo, outros órgãos? Mas, é interessante notar que, defendendo uma sede ou defendendo um quadro, praticamente todos os autores afirmaram estar apresentando amplas e profundas observações de inúmeros casos, abordados através de métodos inquestionáveis e, ao mesmo tempo em que afirmavam a ruptura com alguma tradição, invocavam grandes nomes da medicina como avalistas de suas teorias. Como aponta a historiadora Sabine Arnaud, através dos mesmos caminhos os autores acabavam por chegar a visões totalmente díspares (ARNAUD, 2012, p.132).

2.1.1 Charles Le Pois

A tese aqui defendida é a de que Charcot, durante todo o tempo em que lidou com ela, teria afirmado a histeria como uma patologia do sistema nervoso. Mas ele, certamente, não foi o primeiro a fazê-lo. Teria sido o médico francês Charles Le Pois, ou Carolus Piso (1563-1633), quem propôs pela primeira vez uma teoria cerebral para a histeria relacionando-a à epilepsia (ABRICOSSOFF, 1897, p.25; VEITH, 1973, p.131; SAUCERROTTE, 1884, p.15-16). Como dito acima, não cabe aqui um levantamento dos caminhos percorridos pelo termo “histeria”, ou “histérico”, até Le Pois, mas é pertinente que se reconstrua a trajetória da histeria enquanto entidade nosológica sediada no encéfalo, entre Le Pois e Charcot. Para tanto, o período a ser observado começa com a publicação de *Selectiorum observationum et consiliorum de praetervis hactenus morbis affectibusque praeter naturam*, por Le Pois em 1618, e se estende até 1870, ano em que Charcot recebeu as pacientes de Delasiauve, dando início ao seu capítulo próprio na história da doença.

Le Pois era médico do rei Henrique II, junto a quem intercedeu no sentido de que fosse criada, em 1617, uma faculdade de medicina em sua cidade, Pont-à-Mousson, da qual ele foi o primeiro diretor. Apesar de ter redigido várias obras, Le Pois teve apenas uma traduzida para o francês³, permanecendo as demais em latim, como a obra de 1618 (ABRICOSSOFF, 1897, p.24). Nela, Le Pois abordava o papel da corrupção do fluido seroso – aquele que seria o mais aquoso dos humores animais – na determinação de doenças nos diversos sistemas, inclusive no cérebro e nos nervos.

A limitação imposta pelo idioma deixa como alternativa o recurso às fontes secundárias, com todas as restrições que possam ser feitas à sua utilização. Entre essas fontes estão *L'Hystérie aux XVII^e e XVIII^e siècles*, de Gláfira Abricossoff (1897), *Eloge Historique de Charles Le Pois* (Carolus Piso), de Constant Saucerrote (1884), *Dissertation sur l'hystérie*, de Auguste Lepecq de la Cloture (1831), *Histoire critique de l'hystérie*, de Henri Cesbron (1909) e *Histoire de l'hystérie*, de Ilza Veith (1973), além de fragmentos do original. A abordagem de Abricossoff parece ser a mais bem apoiada no texto original, não só pelos diversos trechos literais da obra latina que ela transcreve e traduz, mas também pelo fato de que as outras fontes fazem citações claramente retiradas de *L'Hystérie aux XVII^e e XVIII^e siècles*.

³ Essa obra foi *Discours de la Nature, causes, et remèdes tant curatifs que préservatifs des maladies populaires accompagnées de Dysenterie, et autres fins de ventre* (LE POIS, 1623).

Na abertura de sua discussão sobre a doença epilética, à qual associava a histeria, Le Pois afirmava ser possível concluir que os sintomas histéricos, cuja determinação era erroneamente atribuída à matriz⁴, teriam sua origem na cabeça e na medula espinhal por via idiopática, e não simpaticamente a partir do útero ou outras vísceras. Para ele, a fermentação do fluido seroso causaria uma compressão do cérebro e das raízes nervosas, principalmente do sexto e sétimo pares de nervos, o que levaria aos movimentos anormais por todo o corpo (LEPOIS, 1618, p.101). Em citação traduzida por Abricossoff, ele negava a teoria uterina hipocrática, afirmando: “Se todo o corpo todo enrijece, se distende, e convulsiona, não é porque a cabeça é vencida pela doença em si, mas porque o início dos nervos está comprometido, e as meninges do cérebro, de que os nervos são a expansão, estão afetadas e enrijecidas” (ABRICOSSOFF, 1897, p.26). Não sendo uterina, a doença afetaria ambos os sexos: “Os sintomas denominados vulgarmente histéricos são, quase todos, comuns a homens e mulheres” (ABRICOSSOFF, 1897, p.25).

Se, por um lado, suas teorias discordavam de Hipócrates quanto à sede uterina da histeria, igualmente discordava de Cláudio Galeno de Pérgamo (130-210) quanto à importância etiológica da abstinência sexual. Para Galeno, a histeria afetaria, principalmente, mulheres cuja vida sexual ativa é interrompida pela viuvez. Com o prazer sexual, homens e mulheres liberariam uma substância a que ele denomina indiscriminadamente *esperma*. Em algumas pessoas, essa substância estaria impregnada por humores nocivos e sua retenção pela castidade seria a causa do quadro histérico em ambos os gêneros, embora as mulheres fossem mais propensas a ele (GALIEN, 1856, p.687). Além desse, a retenção do sangue menstrual seria, para Galeno, outro importante fator etiológico da histeria. Le Pois discordava, apresentando o caso de uma freira, uma *nobilissima virgo*, tomada por uma grave histeria, cujas regras, no entanto, se mostravam bastante regulares.

É justamente da discussão desse caso clínico que Abricossoff retira um esclarecedor resumo das ideias de Le Pois sobre a doença histérica. O fragmento encontra-se à página 143 do tratado original, tendo recebido, da parte de Abricossoff, a seguinte tradução:

Vamos, então, resumir os fatos e concluir. Os cruéis sintomas, comumente chamados histéricos, que acometeram essa jovem nobre, não são devidos, nem à retenção das regras na matriz, nem ao fluido uterino corrompido (ou ao esperma feminino ou outro líquido semelhante), e nem a problemas das vísceras, do fígado, por exemplo, e do ventrículo (estômago), mas, sim, a uma coleção líquida acumulada na parte posterior da cabeça, e ali criada, de

⁴ Na literatura francesa sobre a histeria, o termo *matrice*, em português *matriz*, aparece com frequência, significando *útero*.

modo a inchar e distender a origem de todos os nervos, prolongando as convulsões, não só as partes externas, mas também internas; e, em seguida, fazendo-a perder o sentido, essa massa líquida altera as partes onde se acumula. Ele vem das vísceras e principalmente do baço, como também todas as outras partes do corpo. Assim com um rio resulta da concorrência de pequenos riachos que se juntam para formá-lo, o mesmo ocorre em relação aos seios que se encontram na superfície do cérebro e terminam na parte de trás da cabeça, que acumulam o líquido, não só porque existem espaços livres para que ele se acumule, mas por causa da posição em declive da cabeça. O calor das partes faz com que o líquido se aqueça, atinja a origem dos nervos, e, acabe por distendê-los, mais na parte superior do que na parte inferior da cabeça; em seguida, aumentando cada vez mais, distende e destrói os feixes nervosos, depois os músculos e finalmente espalha seus estragos por todos os órgãos, internos ou externos (ABRICOSSOFF, 1897, p.27-28).

2.1.2 Thomas Willis e Thomas Sydenham: a “neurologia” e o Epistolary Discourse

Mark Micale (2008, p.23) observa que os desdobramentos da Revolução Científica, iniciada no século XVII, abriram linhas de investigação sobre o corpo e a mente cujo foco prevalente era colocado sobre o sistema nervoso, e o enfoque dado por Le Pois, destacando o papel do cérebro e das raízes nervosas na etiologia do quadro histérico, era significativo desse desvio. A partir daí, o olhar dirigido à histeria, até então referida em larga escala à anatomia e fisiologia do aparelho reprodutivo feminino, sofreu também importantes alterações. Paralelas às antigas explicações ginecológicas, teorias apoiadas nas descobertas sobre o cérebro e o sistema nervoso dirigiram as especulações etiológicas sobre a doença para uma fase “nervosa”. Segundo Andrew Scull (2009, p.25), essa alteração de uma concepção uterina para outra neurológica ganhou força nas últimas décadas do século XVII, principalmente a partir de dois importantes nomes da medicina inglesa: Thomas Willis (1621-1675), professor de Filosofia Natural em Oxford, e Thomas Sydenham (1624-1689), o “Hipócrates inglês”, ambos, médicos da elite londrina.

Willis teria sido o proponente do termo “neurologia”, utilizando-o no capítulo XIX de seu *Cerebri Anatome* (WILLIS, 1666, p.174)⁵. Suas concepções clínicas para a histeria, bem como para as demais afecções mentais envolvendo o cérebro e os nervos se apoiavam em uma anatomia enriquecida pelas técnicas mais recentes de abertura do crânio e de dissecação do encéfalo, assim como em novos métodos de tingimento de peças, etc. (CONRY, 1978, p.199). Em uma fisiologia iatroquímica, de certa forma original⁶, ele desconsiderava a fisiologia

⁵ No original, o vocábulo é apresentado na grafia grega, νευρολογία, em referência à sua “ciência dos nervos”.

⁶ Ainda que apoiada em van Helmont (PAGEL, 1982, p.200) ou, antes, em Paracelso (PAGEL, 1982, p.81).

humoral de Cláudio Galeno, ainda que, como era corrente, se valesse da noção galênica de “espíritos animais”. No entanto, recusando a ideia galênica dos quatro humores, Willis entendia que os movimentos do corpo e da alma seriam regidos pelas reações químicas entre as partículas constituintes do próprio corpo: “Espírito, Enxofre, Sal, Água e Terra” (WILLIS, 1684, p.2). A razão de tudo deveria ser buscada nas variedades da fermentação ao reagirem entre si.

Fermentação é um conceito central na iatroquímica de Willis, desenvolvido em *A medical philosophical discourse of fermentation*, de 1684. Ali, ele nos lembra que o termo é derivado “de efervescência, como fermento de fervura, ou crescendo quente” (WILLIS, 1684, p.1). Ele aponta o processo na confecção do pão, do vinho, da cerveja, mas o estende a todas as coisas que incham ou se expandem. Seria, então, “o efeito de turgescência imposto a um corpo natural por partículas desse corpo que se agitam” (WILLIS, 1684, p.1).

O Espírito Animal seria forjado no cérebro, e levado a pontos distantes, a grande velocidade. Willis comparava o cérebro, o crânio e os nervos anexos a um alambique, no qual o sangue rarificado pelo calor e conduzido a partir do coração seria submetido à fermentação. Suas partículas sutis, contidas pelo crânio e pelas meninges, escapariam pelos nervos supostos, durante muito tempo, como condutores ocultos agindo sobre todo o corpo. As partículas mais grosseiras derivadas desse processo, não podendo escoar pelos nervos, seriam transportadas pela circulação sanguínea, podendo ser purificadas em outros órgãos, como o baço. Caso não o fossem, sua ação sobre o corpo seria a causa das diversas doenças (WILLIS, 1684, p.12-13). Para Willis, “nós não apenas nascemos e somos nutridos por meio de fermentos; mas também morremos (por meio deles): cada doença atua suas tragédias pela força de algum fermento” (WILLIS, 1684, p.14).

Quanto às partículas envolvidas na fermentação, Willis as conceitua, em linhas gerais, da seguinte forma:

Espíritos são substâncias altamente sutis, partículas etéreas do mais divino sopro que nosso Pai Natureza colocou nesse mundo sublunar (...). De seu movimento procedem a animação dos corpos, o crescimento das plantas, o amadurecimento das frutas, dos licores e de outras preparações. Eles determinam a forma e a figura de todas as coisas, prefixadas pela designação divina (...). A perfeição e a estabilidade de todas as coisas consistem na plenitude e na exaltação dos espíritos, e a queda e o declínio, em sua falta ou defeito (WILLIS, 1684, p.3).

O Enxofre seria volátil, porém mais espesso do que os espíritos, e dele dependeriam características como o calor e a consistência das coisas. O Sal seria de natureza mais espessa

do que o Espírito ou o Enxofre, não seria volátil e determinaria a compactação e solidez das coisas, bem como seu peso e durabilidade. A Água seria o principal veículo para o Espírito e o Enxofre, viabilizando a associação entre eles e com o Sal. Quanto à Terra, ela preencheria os pequenos espaços e vacuidades deixadas pelas demais partículas, uma vez que esses espaços impediriam que elas se associassem, além de desempenharem a função de retenção do que for por demais volátil (WILLIS, 1684, p.3-6).

Abordando os quadros convulsivos, Willis apontou que, por serem nomeados de maneiras diversas, como histeria, hipocondria ou cólica, seriam presumidas diferentes origens para uma mesma apresentação, que ele preferia denominar, simplesmente, convulsões. Elas poderiam se originar por um comprometimento principal das raízes nervosas, pelo comprometimento das extremidades nervosas pela *matéria morbífica*⁷, ou pela invasão do ducto de alguns nervos pela matéria morbífica que se espalharia pelo corpo (WILLIS, 1685, p.256). Nas doenças cefálicas (WILLIS, 1685, p.448) haveria um desarranjo dos espíritos localizados no cérebro, levando a um comprometimento das funções animais cuja magnitude poderia chegar ao comprometimento da “alma racional”. Diferente da “alma corporal”, que rege as funções do corpo, mortal e comum aos homens e aos animais brutos, a “alma racional, superior e imaterial”, seria imortal e atribuída exclusivamente aos seres humanos, habilitando-o à “inteligência, ao julgamento, ao discurso e outros atos de razão” (WILLIS, 1683, p.38. Uma vez que ela fosse afetada, surgiriam alterações da memória, dos conceitos e do pensamento (WILLIS, 1685, p.448).

Quanto à histeria, Willis a conceituava como uma doença convulsiva, cujas causas se refeririam à compressão do cérebro e das raízes nervosas. Para Willis, essa compressão se daria pela explosão dos espíritos animais, secundária ao seu acúmulo, seja por um comprometimento próprio dos espíritos, ou por uma força aumentada da matéria morbífica. O comprometimento dos espíritos poderia partir de uma paixão súbita, como o medo, a raiva, a tristeza, entre outras. Já o aumento da força da matéria morbífica ocorreria em situações de febre, escorbuto ou outras afecções crônicas, podendo, também, ser devido a uma fraqueza hereditária do cérebro e das raízes nervosas (WILLIS, 1685, p.298). A afecção histérica poderia, além disso, surgir de uma interrupção na circulação do fluido nervoso por um tumor.

⁷ No original *Morbisick matter*, um elemento frequente na literatura médica do século XVII, sendo também citado nas hipóteses etiológicas propostas por Thomas Sydenham e outros. Seu emprego indica tratar-se de um humor gerador de doenças nos diversos órgãos e sistemas, e em seu enfrentamento é fundamental a sua expulsão do corpo através da purgação, seja pela drenagem, sangria, vômitos, diurese, sudorese, etc. (N.A.).

Em virgens ou viúvas, ela poderia surgir pela retenção do humor seminal, “o que deve ser evitado pelo método apropriado” (WILLIS, 1685, p.299).

Willis tinha em Thomas Sydenham seu grande rival contemporâneo que, inclusive, duvidava abertamente de sua competência como médico (ANSTEY, 2011). No entanto, por estarem ambos imersos no mesmo estilo de pensamento, as proposições de um e outro guardavam pontos em comum, especialmente quanto à importância etiológica dos vapores e dos espíritos animais. Também para Sydenham, a desordem dos espíritos seria a causa da doença, viciando e corrompendo os humores (SYDENHAM, 1717, p.308).

Em sua resposta ao médico William Cole, no que é conhecida como seu *Epistolary Discourse* sobre a doença, Sydenham também afirmava que os vapores histéricos nas mulheres, hipocondríacos nos homens, ou, de maneira geral, os vapores, seriam desdobramentos dos movimentos irregulares dos espíritos animais pelo corpo, incidindo desordenadamente sobre áreas corporais de maneira contrária às leis da economia animal, causando espasmos, dor ou o mal funcionamento dos órgãos (SYDENHAM, 1717, p.308). A maior ou menor dificuldade na circulação dos vapores dependeria da constituição do corpo em ser mais ou menos compacta, o que tornaria as mulheres mais propensas à histeria:

A Natureza conferiu a elas um corpo mais delicado e fino, tendo-as designado apenas para uma vida fácil e para realizar o suave ofício do amor (...), mas deu aos homens corpos robustos, para poderem arar e adubar a Terra, matar as feras por comida e coisas semelhantes (SYDENHAM, 1717, p.308).

Portanto, “são muito poucas as mulheres (...) que estão inteiramente livres do assalto dessa doença, à exceção daquelas acostumadas a uma vida laboriosa e dura; e, ainda, muitos homens que vivem uma vida sedentária, apegados aos estudos, são afetados pela mesma doença” (SYDENHAM, 1717, p.302).

No entanto, para Sydenham, em se tratando da afecção histérica, um outro fator deveria ser levado em conta: as paixões, que, embora mencionadas por Willis, ganhavam muito maior importância no *Epistolary Discourse*. Ali, ele chamava atenção para “as agitações violentas da alma produzidas pelo repentino assalto da raiva, tristeza, ou por alguma outra paixão semelhante” (SYDENHAM, 1717, p.307). Sydenham aconselhava um levantamento das condições afetivas da paciente sempre que os dados clínicos parecessem extraordinários:

(...) eu tenho sempre o grande cuidado de lhes perguntar se o mal do qual elas se queixam não as ataca principalmente quando elas estão tristes ou quando seus espíritos estão afetados por alguma outra paixão. Se elas concordam, então eu me sinto plenamente satisfeito quanto à doença pertencer a essa categoria de que falamos (SYDENHAM, 1717, p.307).

2.2 ESPÍRITOS E VAPORES

O conceito de “espíritos animais”, com que Willis e Sydenham trabalhavam remonta da Antiguidade, já tendo sido proposto por Galeno em “Dos lugares afetados”, Livro quarto (GALIEN, 1856). Charles Daremberg, em *Oeuvres Anatomiques, Physiologiques et Médicales de Galien*, em 1856 (GALIEN, 1856), traduziu essa entidade como *pneuma Psychique*. O pneuma, ou espírito, seria uma força vital que se mostraria de três formas o espírito físico, o espírito vital e o espírito animal. O espírito animal preencheria a cavidade suposta nos nervos, e Galeno os via como responsáveis pelas funções sensitivas e voluntárias (GALIEN, 1856, p.562). O comprometimento de sua circulação seria percebido através de um prejuízo nessas funções (GALIEN, 1856, p.739). Os espíritos seriam originados em uma rede de vasos situados na base do cérebro, a *rete mirabile*⁸.

O conceito galênico foi utilizado por Descartes, em *Les passions de l'âme* (DESCARTES, 1649): “sabemos que todos os movimentos dos músculos, como também todos os sentidos dependem dos nervos, que são como pequenas redes ou como pequenos tubos que vêm do cérebro e contem em si um tipo de ar ou vento muito sutil, chamado ‘espírito animal’” (DESCARTES, 1649, p.12). Os espíritos animais seriam pequenos corpos compostos pelas partes mais vivas e sutis do sangue, que penetrariam nas cavidades do cérebro, refluindo através dos nervos para os músculos, determinando todas as formas de movimentos corporais (DESCARTES, 1649, p.14-15).

Willis e Sydenham foram alguns dos autores que abordaram a histeria em referência à noção de espíritos animais, que se desdobrou na noção de vapores. Apesar de o anatomista Andreas Vesalius, em 1543, em seu *De humani corporis fabrica*, ter declarado a inexistência da *rete mirabile*, pelo menos em humanos (VONS; VELUT, 2016, p.14), a ideia de que as diversas formas de comprometimento da função motora eram decorrentes das variações no fluxo de espíritos ou vapores emanados das estruturas encefálicas permaneceu como fator etiológico até o final do século XVIII.

⁸ A *rete mirabile* foi descrita por Daremberg como *plexus reticulé*, em *De L'Utilité des Parties du Corps, IX: Du Crane, de L'encéphale et des Nerfs Craniens* (Galien 1856, p.575-579).

Em 1726, o médico suíço Jean Viridet, sustentava a noção galênica afirmada por Descartes e reafirmada por Willis, e conceituava os nervos como tubos que “do cérebro, conduzem os espíritos animais a todas as partes, para nutri-las e movimentá-las” (VIRIDET, 1726, p.24). Os vapores nocivos surgiriam pela suspensão do curso dos espíritos animais, desaparecendo assim que esses espíritos tivessem seu movimento regularizado, o que poderia exigir um tempo maior ou menor (VIRIDET, 1726, p.38).

O anatomista Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), discutindo os sítios e as causas das doenças a partir da anatomia, afirmava, em 1761, que na afecção histérica, embora a origem dos paroxismos pareça estar no hipocôndrio, “a propagação dos movimentos nocivos era feita, sem dúvida, através dos nervos e membranas” (MORGAGNI, 1769, p.629).

Na descrição de Joseph Raulin (1708 – 1784), os vícios hereditários, o excesso de “coisas não naturais”, como bebidas e comidas, a alterações na quantidade das excreções, ou as paixões da alma determinariam a produção de vapores que, por sua vez, levariam, pouco a pouco, à perturbação generalizada ou a disfunções localizadas (RAULIN, 1758, p.37-38). Sendo o útero apenas um dentre os vários locais cuja função poderia ser alterada dando origem aos vapores, a doença seria comum a homens e mulheres. Quanto a isso, ele afirmava que, se os médicos da Antiguidade vivessem em seu tempo eles ficariam surpresos em ver – como ele via todos os dias – homens vaporosos com a sensação de *globus* igual à das mulheres (RAULIN, 1758, p.X-XI). No entanto, por entender o útero como um órgão amplamente vascularizado e rico em anastomoses, orifícios e anexos por onde circulam líquidos diversos, Raulin considerava alto o risco de que ele viesse a sofrer alguma obstrução, gerando vapores e suas consequentes afecções (RAULIN, 1758, p.176-181).

Porém, pouco a pouco, os vapores foram deixando de designar apenas aquelas emanções patogênicas decorrentes de fermentações para nomearem, também, os quadros clínicos a eles associados. Ainda seguindo Raulin, o termo “vapores” também remeteria a um quadro clínico composto por movimentos convulsivos ou espasmódicos, localizados ou generalizados, em bloco ou sequenciados, seguidos de variados sintomas cuja magnitude seria determinada pela sensibilidade e pelo tônus da parte afetada, bem como pela intensidade e pela qualidade dos vapores desencadeantes (RAULIN, 1758, p.1-2). Para ele, entre as diversas possibilidades fenomenológicas dos vapores estariam incluídos os ataques de riso ou de choro, as quedas, a perda da consciência e dos movimentos, as alterações afetivas e da sensibilidade.

2.3 SAEM OS VAPORES; VOLTA A HISTERIA

Segundo Sabine Arnaud, embora o termo *histérico* apareça pela primeira vez na literatura francesa em 1568, e em referência a problemas uterinos, sua utilização até o início do século XIX é esparsa, sendo encontrado em obras cujas edições se distanciam em décadas (ARNAUD, 2014, p.14). Porém, em 1816, o clínico Jean-Baptiste Loyer-Villermay (1776 – 1838), discípulo de Philippe Pinel, publicava um tratado a que intitulava *Traité des maladies nerveuses ou vapeurs et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie*, estabelecendo, explicitamente, uma sinonímia entre “vapores histéricos” e “histeria” (LOUYER-VILLERMAY, 1816, p.1). Antes disso, em 1810, no volume 3 de sua *Nosographie philosophique, ou, La Méthode de l'analyse appliquée a la médecine* (PINEL, 1810), Pinel havia optado pelo termo “histeria”. A partir de uma lógica curiosa, tanto Pinel, em sua *Nosographie* (1810, p.285), quanto Loyer-Villermay, em seu influente verbete *Hystérie* (LOUYER-VILLERMAY, 1818, p.227) para o Dicionário Panckoucke (LOUYER-VILLERMAY, 1818), se valeram de um argumento, por assim dizer, etimológico para afirmar a sede uterina da doença: a histeria é uma doença do útero, já que *hysterus* significa útero! Na visão de Arnaud (2014, p.13), pretendendo ou não, Pinel e Loyer-Villermay teriam sido os responsáveis pela introdução do termo histeria na medicina francesa, contribuindo para que os vapores perdessem seu lugar como entidade nosológica.

Esse abandono dos “vapores” como entidade nosológica coincidia com o abandono dos vapores como fator etiopatogênico. Apesar do título escolhido para sua obra, no capítulo sobre a histeria Loyer-Villermay raramente utilizou a denominação “vapores histéricos” para o quadro, não fazendo qualquer referência aos vapores como agentes etiológicos na patologia histérica.

Se a “neurologia” de Willis, ou as teorias de Le Pois, concediam um papel destacado para os nervos na etiopatogenia, não só da histeria, mas das doenças em geral, essa etiopatogenia, porém, ainda que original, estava apoiada na ideia de um desarranjo sistêmico, como esteve desde Galeno. As proposições dos anatomistas na passagem do século XVIII ao XIX implantaram as bases para uma outra compreensão das doenças, entendendo-as como produtos de um desarranjo localizado. Nesse sentido, a “neurologia” de Willis, pouco ou nada tem a ver com a “clínica das patologias do sistema nervoso” da segunda metade do século XIX.

Desde o final do século XVII, a partir do interesse pela anatomia patológica despertado pela obra de Morgagni, a compreensão das diversas doenças deixava de focar os sistemas e os fluidos e se dirigia às alterações dos órgãos, associadas do ponto de vista causal

aos sintomas percebidos na clínica (ACKERKNECHT, 1982, p.134). Com isso, o crescente interesse no cérebro e no sistema nervoso trouxe a compreensão da atividade mental e das paixões para o âmbito de uma “neurologia” ainda incipiente. Como adverte Lanteri-Laura (2004), o conhecimento do cérebro ao final do século XVIII ainda era bastante rudimentar e quanto menos dele se conhecia, mais era possível dotá-lo de papéis. Para George Rousseau (2004, p.15), esse período marcaria o início das discussões quanto ao vínculo entre as paixões e o cérebro, estabelecendo novas indagações quanto à ação do moral sobre o corpo.

2.4 UMA VÍSCERA COMO QUALQUER OUTRA

Em 1790, o médico e filósofo Pierre Jean George Cabanis (1757 – 1808) foi nomeado pela administração de Paris membro da comissão encarregada de “examinar com atenção o estado dos hospitais, e de realizar as reformas convenientes” (CABANIS, 1790, p.4), o que o levou a tomar conhecimento das condições impostas aos alienados neles internados, pesadamente criticadas em suas *Observations sur les hôpitaux* (CABANIS, 1790). Provavelmente, em função disso, ele teria ficado entusiasmado ao saber da existência na clínica do Dr. Jacques Belhomme do “tratamento moral”, uma estratégia para o tratamento da loucura conduzida por Philippe Pinel (1745– 1826) e pelo enfermeiro Jean Baptiste Pussin (1745 – 1811), que propunha uma abordagem mais respeitosa do paciente. O método consistia, basicamente, em uma proposta pedagógica que buscava influenciar o louco, através do convencimento, da argúcia ou da ameaça, no sentido de que ele substituísse ideias anômalas por pensamentos razoáveis e, portanto, partilháveis. Teria sido essa proposta de uma abordagem ampla e respeitosa ao alienado o que teria aproximado Pinel e Cabanis, ambos frequentadores do salão literário de Madame Helvétius (MEYER; TRIADOU, 1996, p.81), ponto de reunião de intelectuais parisienses à época da Primeira República (1792 – 1804).

No entanto, se, por um lado, reforçar as proposições de Pinel quanto à aplicação do tratamento moral seria um gesto de coerência com sua proposta de reformulação dos hospitais e das relações entre a medicina, as instituições e o louco, por outro lado aquelas hipóteses para a alienação se distanciavam, por vezes, das proposições eminentemente anatomofisiológicas para o funcionamento mental que ele começava a divulgar a partir de 1795, e que compuseram sua obra mais citada, *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme*, de 1802. Nela, ele se propôs a entender os mecanismos através dos quais as ideias eram formadas (CABANIS, 1805).

Para Cabanis, a sensibilidade orgânica seria a fonte de todas as faculdades intelectuais e afetivas: “essa expressão ‘faculdades do homem’ seguramente, não é mais do que o enunciado mais ou menos geral das operações produzidas pela dinâmica de seus órgãos” (CABANIS, 1815, p.337). Cabanis apontava o cérebro como uma víscera alocada na caixa craniana, destinada a produzir o pensamento, associando signos às impressões que o invadiam, comparando-as, combinando-as e elaborando julgamentos e atitudes: “Para se fazer uma ideia exata das operações das quais resulta o pensamento, deve-se considerar o cérebro como um órgão particular destinado especialmente a produzi-lo, assim como o estômago e os intestinos a operar a digestão” (CABANIS, 1815, p.127). O pensamento íntegro seria dependente da integridade do cérebro, e os problemas mentais indicariam a presença de alterações no órgão (CABANIS, 1815, p. XLIII).

No entanto, Cabanis lembrava que a anatomopatologia nem sempre revelava essas alterações (CABANIS, 1815, p.55), e a observação da ausência frequente de achados anatomopatológicos relacionáveis à alienação o levaria a recusar o cérebro como determinante único da loucura, estendendo a outros órgãos a possibilidade de lhe dar origem (CABANIS, 1815, p.57). Além disso, ainda que em uma breve passagem, ele reconhecia, também, a existência de manias e delírios “mais do domínio da higiene moral do que da medicina propriamente dita” (CABANIS, 1805, p.454), referindo-se, então, à experiência de Pinel com o tratamento moral, em Bicêtre e na Salpêtrière⁹ (CABANIS, 1805, p.455). Contudo, Cabanis não deixava de advertir quanto à possibilidade de o termo “moral” despertar ideias vagas e até mesmo falsas, apoiando afirmativas que “fazem a delícia de visionários e ignorantes” (CABANIS, 1805, p.456).

O materialismo do *Rapports* exerceu uma grande influência sobre o pensamento médico e científico no início do século XIX. Segundo Serge Nicolas (2002, p.44), em seu *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale* (PINEL, 1809), Pinel iria partilhar da visão de Cabanis sobre a medicina, e os sucessores de Pinel, “os primeiros atores da psiquiatria francesa nascente” (NICOLAS, 2002, p.45), dariam sequência às ideias apresentadas no *Rapports*.

O *Traité* foi o grande texto psiquiátrico de Pinel, com uma primeira edição datada de 1801, e uma outra, revista e ampliada, de 1809. Não há, especificamente, ao longo da obra, uma abordagem da histeria, mas, quanto à alienação mental como um todo, Pinel observava que não se poderia negar um componente hereditário, embora as causas mais frequentes

⁹Com um elogio ao “engenheiro e respeitável Pussin”.

fossem morais (PINEL, 1809, p.12-13). Ele afirmava a existência de um vínculo entre as paixões e os estados mórbidos, o que tornaria possível um tratamento *moral*.

2.5 A MEDICINA DAS PAIXÕES

Philippe Pinel (1745–1826) dividiu sua formação médica entre a Faculdade de Toulouse e a de Montpellier, chegando a Paris em 1778. À época, uma determinação, ainda de Luís XIV, proibia o exercício da medicina em Paris por quaisquer médicos não graduados pela Faculdade de Medicina parisiense, o chamado *médecin étranger*, a menos que fizessem parte da equipe médica da família real, ou legalizassem sua situação através da prestação de exame junto a uma banca proposta pela Faculdade (CAIRE, 1995). Na condição de *médecin étranger*, e impedido, portanto, para o exercício da medicina, Pinel ministrava aulas particulares de matemática e traduzia autores médicos para o francês, como exemplo, William Cullen e Giorgio Baglivi. Regularizando sua situação profissional, em 1782, obteve dois anos depois uma colocação na *Maison Belhomme*, do alienista Jacques Belhomme, onde ocorreu seu primeiro contato com a loucura, da qual ele não conhecia sequer um mínimo (WALUSINSKI, 2016a, p.616). Foi também ali que ele conheceu Pussin, a partir de quem apreendeu as bases para o tratamento moral que desenvolveu e transformou em sua estratégia de intervenção clínica.

Foi trabalhando na clínica de Jacques Belhomme, e em grande medida orientado por Pussin, que Pinel adotou como estratégia o tratamento moral (NICOLAS, 2002, p.42)¹⁰. O método, seus fundamentos e sua sistematização foram mais tarde apresentados em *Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés* (PINEL, 1798), e no *Traité*. Ao ter sua atenção despertada pelo método, Cabanis, como membro destacado do Comitê de Hospitais criado pela administração de Paris, resolveu nomear Pinel *médecin-en-chefe* no *Hôspice* de Bicêtre, em 1793, transferindo-o, em 1795, para o *Hôspice National des femmes*, a Salpêtrière, também como *médecin-en-chefe*. Através de outro decreto, Pinel se tornou, em 1794, Professor de Medicina Interna na recém-fundada *École de Santé de Paris*, futura *Faculté de Médecine* (CAIRE, 1995, p.246).

¹⁰ Quanto a Pussin, Pinel não poupa elogios, creditando o sucesso do tratamento moral às “qualidades raras” de seu supervisor (PINEL, 1809, p.309). Curiosamente, ele havia dirigido, anos antes, um elogio às mesmas “qualidades raras” a Marguerite Jubeline Pussin, esposa de Jean Baptiste, personagem também importante na condução do tratamento moral (PINEL, 1798, p.33).

Como aponta André Paradis (1993, p.75), o que levou o revolucionário Cabanis a investir tão enfaticamente nas propostas de Pinel teria sido a expectativa de que através do tratamento moral o cidadão insano pudesse recobrar sua sanidade readquirindo seus direitos civis. Para a historiadora Sabine Arnaud, 2014, a Revolução teria levado a classe médica a reconsiderar seu papel social, assumindo sua responsabilidade pela da saúde do cidadão e nesse sentido, a expectativa de Cabanis era a de que o tratamento moral pudesse ser o caminho para a reversão dos efeitos de condições sociais desfavoráveis que, prejudicando a aquisição da capacidade de administração da vida instintiva, teriam levado à alienação.

Entusiasta das primeiras ideias da Revolução e, ao que parece, inspirado por seu texto fundamental, a “Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão”, Pinel (assim como Cabanis) se manteve à parte do movimento, entre setembro de 1793 e julho de 1794, durante o período de grande violência revolucionária e de execuções em massa conhecido como “Terror”. Ainda que não fosse um ativista, vivendo em um período turbulento e de grandes reviravoltas políticas sua convicção republicana o transformava, ora em adepto, ora em inimigo dos diferentes regimes que se alternavam no poder da França.

Em Bicêtre e na Salpêtrière, Pinel efetuariam uma transformação radical na abordagem dos alienados, tendo como base o modelo de tratamento sugerido por Pussin (WEINER, 1997). O mesmo modelo foi implantado na Salpêtrière, onde Pinel desempenhava tanto as funções de clínico, quanto as de alienista exercendo suas atividades em dois espaços do grande asilo: a Enfermaria Geral, que visitava cotidianamente e onde ministrava suas aulas de clínica, e a 5ª divisão, para alienados, ambos os pavilhões construídos nas reformas de 1780. Ele contava apenas com um médico auxiliar, Augustin Beauvais, além de alguns alunos, entre os quais Jean-Étienne Dominique Esquirol (1777-1840), que veio a ser efetivado como médico em 1811, além de Pussin (WEINER, 1997, p.37).

Considerado por Erwin Ackerknecht (1982, p.139), Patrick Vandermeersch (1991, p.356), Jan Goldstein (2009, p.101), entre vários outros pesquisadores, como o fundador da moderna psiquiatria, poucos personagens foram objeto de tantas distorções da parte dos historiadores quanto Pinel. A começar pela narrativa épica da retirada das correntes que aprisionavam os alienados de Bicêtre, conforme apresentado por seu primogênito Scipion Pinel. Incapacitado de se manifestar pelas sequelas de seguidos acidentes vasculares, Pinel não tomou conhecimento, em 1823, da publicação do episódio alegadamente retirado de suas próprias anotações e, quando Scipion apresentou a versão completa à Academia Real de Medicina, em 1836, ele já havia falecido há dez anos.

Segundo o clássico relato, em pleno “Terror”, Pinel pediu permissão ao Comitê de

Saúde Pública para libertar das correntes inicialmente doze loucos furiosos, a serem seguidos por outros. Georges Couthon, um assessor de Robespierre, teria ido a Bicêtre com a intenção de se certificar da ausência de inimigos do regime escondidos entre os loucos¹¹ e, após dar a Pinel sua permissão, o advertiu de que, tão logo se vissem libertos, eles investiriam sua fúria contra o próprio libertador. Ainda segundo o relato, o primeiro a ser libertado teria sido um violento capitão inglês que, ao contrário de atacar quem quer que seja, foi até um espaço aberto, olhou para o céu e disse: “Como é belo!” (CHAMBERS; CHAMBERS, 1849, p.170).

Não há, atualmente, qualquer dúvida quanto à inveracidade do relato, tido como um mito detalhadamente construído por Scipion para benefício próprio (WALLACE; GACH, 2008, p.282). Apesar de descrever de maneira minuciosa a aplicação do tratamento moral em Bicêtre (PINEL, 1798), Pinel não fez referência a nada que possa aludir aos fatos narrados por Scipion. Tampouco existe qualquer registro institucional da cena descrita, bem como de seu contexto. O que há nas primeiras linhas do Prefácio à segunda edição de seu Tratado é o registro da retirada das correntes na Salpêtrière, segundo ele, três anos após Pussin tê-lo feito em Bicêtre (PINEL, 1809, p.I).

2.5.1 Pinel e a histeria

As observações de Pinel sobre quadros mentais caracteristicamente femininos se encontram no terceiro volume da *Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, uma obra de medicina geral publicada em três volumes, em 1798. Discorrendo sobre as “neuroses genitais da mulher”, Pinel afirmava que o quadro histérico, não só se apresentava de formas variadas, como também em diferentes graus de intensidade, o que determinaria a linha de tratamento. No primeiro grau ele incluía o *globus histericus*, tensão abdominal, resfriamento de extremidades, rubor ou, às vezes, palidez da face. No segundo, as crises seriam mais intensas, com o ingurgitamento do peito, do pescoço e da face, dificuldade de respiração até a sufocação, resfriamento extremo dos pés, pulso fraco, obnubilação ou perda da consciência, e movimentos convulsivos dos membros, do tronco e da cabeça. No terceiro grau, os ataques alcançariam à máxima gravidade, com suspensão quase absoluta da circulação e da respiração, resfriamento do corpo, palidez, insensibilidade, imobilidade, podendo chegar a um estado de morte aparente, em crises que durariam de dois a

¹¹ Walusinski (2016a, p.616) faz referência à possibilidade de que Belhomme, junto com Pinel e Pussin, tenha, realmente, abrigado em sua clínica perseguidos pelo tribunal revolucionário criado no início de 1793.

três dias, o que levou Pinel a advertir quanto à possibilidade de consequências funestas se o sepultamento for precipitado (PINEL, 1810, p.284).

Para ele, a sede da histeria era o útero, e tinha entre suas causas ocasionais uma sensibilidade física ou moral aumentada, o abuso dos prazeres venéreos, as emoções vivas e frequentes, as conversas e leituras voluptuosas, e da privação dos prazeres do amor depois de tê-los apreciado por um longo tempo, bem como a diminuição ou supressão da menstruação, a leucorreia, ou surgir no pós-parto (PINEL, 1810, p.283)¹².

2.6 A SALPÊTRIÈRE EM ALGUNS QUADROS

É praticamente impossível abordar o objeto dessa tese – Charcot e a histeria – sem que se descreva a arena onde teve origem aquela díade. Em outros hospícios eram internadas as histéricas, e em outros hospitais era desenvolvida a neurologia, mas foi a Salpêtrièrè, no terço final do século XIX, que apresentou a velha doença ao recém neurologista, fixando uma figura à outra, e as duas ao seu espaço. Desde então, não se pode contar a história de um sem remetê-la aos outros.

2.6.1 Origens

A Salpêtrièrè foi parte do complexo conhecido como *Hôpital Général* idealizado por Maria de Médicis em 1611. Alocada no início de suas atividades em galpões pertencentes ao *petit Arsenal* construído no século XVI por Luís XIII, seu nome se refere à destinação original dos galpões como local de fabricação do salitre, *salpêtre*, um dos componentes da pólvora (BOUCHER, 1883, p.29-30).

Sua criação corresponde a um capítulo da luta do *Ancient Régime* contra a mendicância, flagelo cujas origens, bem como as estratégias para enfrentá-lo, remontavam à Idade Média. Ainda naquele período, a prática da caridade advinda do Estado, dos religiosos ou como iniciativa individual, provia de alimentos e roupas os pobres que circulavam pelas maiores cidades do Reino, aplacando precariamente sua carência (FOSSEYEUX, 1934,

¹² Os tratamentos propostos, naturalmente, variariam de acordo com a etiologia das crises, e a principal estratégia, além do banho morno, do nitrato de potássio e da cânfora, seria o afastamento das causas determinantes, principalmente tudo o que pudesse despertar a sexualidade, como os banhos coletivos, os bailes, os locais onde se reunissem pessoas do sexo oposto, e a cantárida. Paralelamente, seriam prescritos a alimentação vegetariana, o exercício moderado, mas constante, e a eventual mudança para uma casa de campo (PINEL, 1810, p.278). As características pessoais da paciente, sobretudo, deveriam ser levadas em consideração, uma vez que, tanto um modelo de vida excessivamente austero, quanto um temperamento ardente poderiam conduzir à patologia. Neste último caso, Pinel reeditou uma prescrição milenar: o casamento (PINEL, 1810, p.283).

p.409). Ao longo dos séculos XIII e XIV esboçou-se uma ação assistencial em que a população indigente era contabilizada e referida como beneficiária da assistência através de uma insígnia, em geral uma cruz de tecido vermelho ou amarelo, aderida às vestimentas (TURREL, 2003, p.94). Ainda que tais tentativas não tenham se mostrado eficazes ou duradoras, elas continham o princípio assistencial que viria a ser seguido nos próximos séculos.

A partir do século XVI, as cidades francesas viram surgir instituições municipais destinadas à caridade pública, na maior parte das vezes denominadas “*Bureau des Pauvres*”, outras vezes “*Aumône Générale*” ou “*Charité*”. Em Paris, o “*Bureau des Pauvres*”, criado em 1544 era um departamento incumbido de administrar a caridade oficial, o que incluía a administração de dois hospitais, o *Trinité*, destinado às crianças pobres, e o *Petit Maisons* que acolhia idosos, enfermos, sífilíticos e loucos.

Por mais bem intencionada que fosse, e a despeito das estratégias de identificação de seus segurados cadastrados, essa proposta assistencial se revelava pouco eficaz, uma vez que era, no mínimo, neutralizada pelas guerras e revoluções próprias do período, que levavam à miséria uma larga camada da população. Ante a massa de indigentes que continuava a circular por Paris em sua regência, Maria de Médicis, viúva de Henrique IV, decidiu, em 1612, criar um asilo, a *Notre Dame de la Pitié*, através do qual pudesse atender tanto à vocação cristã de assistência aos pobres, quanto à necessidade de livrar as ruas de Paris de seus mendigos. No entanto, diferente da previsão de seus fundadores que contavam com o alojamento de milhares de desvalidos, a instituição não iria muito além do confinamento e da oferta de alimentos e abrigo para crianças, velhos e prostitutas.

As origens do *Hôpital Général* são em grande medida hipotéticas, uma vez que os documentos que a ela se referem foram quase que totalmente destruídos no incêndio do prédio da *Assistance Publique*, em 1871 (BOUVET, 1947). Com a insuficiência do empreendimento de Maria de Médicis e a consequente persistência de uma vasta população de rua, sua nora, Anne d’Autriche, viúva de Luís XIII e Regente pela minoridade de Luís XIV foi convencida pelo futuro santo Vicente de Paulo e por membros da sociedade ultracatólica “Companhia do Santo Sacramento” de que a dignidade da vida parisiense passava obrigatoriamente pelo combate aos elementos mais nocivos da sociedade, os mendigos e inválidos que circulavam em massa pelas ruas (CARREZ, 2007, p.1039). Em 1651, o projeto de estabelecimento de um asilo geral apoiado pela Companhia e por personagens da corte foi apresentado pela Regente ao Parlamento. A meta era organizar o Hospital Geral ao redor da antiga Pitié que viria a ser a sede da administração geral do asilamento da população de rua em Paris.

Em 27 de abril de 1656 foi assinado por Luís XIV o Decreto de criação do *Hôpital Général*, uma instituição bem diferente do que se pode entender atualmente como um hospital, cuja finalidade era confinar mendigos, inválidos, cegos, idosos, prostitutas: os arruinados de todos os gêneros. O *Hôpital Général* era composto pelas *Grandes Maisons*: hospitais *Pitié* (onde se encontrava a administração geral e a moradia do Médico-Chefe), *Salpêtrière*, *Scipion* e *Bicêtre*. Faziam parte dele, também, as *Petites Maisons*: *Enfants Trouvés*, *Enfants Rouges*, *Saint-Esprit*, *Vaugirard* e *Sainte-Pélagie* (DELAUNAY, 1906, p.72). Pelo decreto, todos os pobres mendicantes, inválidos ou não, de todas as idades e de ambos os sexos deviam se dirigir ao Hospital *Notre Dame de la Pitié* para serem encaminhados aos asilos componentes do Hospital Geral: crianças à *Pitié*, homens a *Bicêtre* e mulheres à *Salpêtrière*. Em caso contrário, seriam levados à força pela autoridade policial. O chicote seria a pena para os contraventores primários, as Galeras para os reincidentes masculinos e o banimento para as mulheres reincidentes.

Ao final do século XVII, a *Salpêtrière* acolhia entre quatro e cinco mil internas (BONDUELLE, 1997, p.165). Na realidade, ela funcionava como abrigo de mulheres tidas como moralmente desclassificadas ou portadoras de alguma deficiência, além daquelas ditas loucas incuráveis que habitavam os alojamentos subterrâneos. Pela falta de espaço, cada leito era destinado a seis mulheres, duas na cabeceira, duas nos pés e duas no chão (BOUCHARA, 2013, p.33). Mas, era também a moradia de outras que trabalhavam em serviços domésticos, em oficinas ou no comércio, sendo que algumas lá permaneceram por toda a vida, às vezes passando a desempenhar cargos administrativos (BONDUELE, 1997, p.165).

As mulheres internadas por questões referentes à moral pública passaram a ser enviadas à *Salpêtrière* partir de 1684, embora elas já houvessem se tornado objeto de preocupação do Estado há mais de cem anos, em razão da expansão da sífilis. Para sua reclusão foi construída a *Maison de la Force*, dividida em setores. Havia um abrigo comum destinado às prostitutas, a *grande-force* para mulheres detidas por ordem do Rei, e a prisão para aquelas já condenadas pela justiça. Muitas delas fizeram parte dos vários contingentes marginais enviados para a América, especialmente para Quebec. Havia, também, a correção para mulheres libertinas, em geral internadas compulsoriamente pela família através de uma “*lettre de cachet*”, documento expedido diretamente pelo Rei, determinando sua internação para que fossem moralmente recuperadas. Após a revogação do Editto de Nantes, em 1685, algumas mulheres protestantes foram também internadas nesse espaço (BOUCHER, 1883, p.45).

Ao longo do século XVIII, as reformas nas dependências da *Salpêtrière* se sucederam,

dando ao asilo uma arquitetura mais definitiva. Na década de 1780, foi construída a Enfermaria Geral, projetada para receber e tratar as moradoras com doenças agudas que anteriormente eram conduzidas ao *Hôtel-Dieu*. Foram construídos, também, uma farmácia e um anfiteatro de anatomia. Ao mesmo tempo, as condições das alienadas melhoravam, com a construção de novas celas, mais seguras e mais arejadas, assentadas sobre um aterro, o que deixava os prédios mais à salvo das inundações e as pacientes acorrentadas mais à salvo das mordidas de ratos (BOUCHARA, 2013, p.33). Pode-se dizer que essas transformações marcaram o início da medicalização da Salpêtrière.

2.6.2 Um espaço médico

O primeiro médico da Salpêtrière foi Raymond Finot que para lá foi indicado em 1691, após mais de 25 anos como médico do Hospital Geral, sucedido pouco depois, ainda no século XVII, por Ferme-Lhuys, que lá permaneceu até 1715. As indicações se sucederam sem maiores problemas, até 1762, quando da nomeação de Jacques Gaulard, *médecin étranger* formado pela Faculdade de Reims. Embora datada de março de 1707, a obrigatoriedade da graduação em Paris havia sido até então desconsiderada, sendo, porém, reclamada quando da indicação de Gaulard, dando início a uma querela entre representantes da escola da capital e membros de faculdades das províncias. Para os parisienses, obviamente cabia à sua escola nomear o corpo clínico da Salpêtrière, o que era considerado pelos provincianos como um abuso (BOUCHER, 1883, p.68).

Querelas à parte, o que parecia ficar evidente é que, apesar de tudo, a Salpêtrière começava a despertar a atenção de uma classe médica atenta ao seu potencial para além do mero confinamento. O próprio Charcot, ao ingressar no *Hôspice* parece tê-lo feito em função desse potencial, que ele pretendia dirigir para os estudos das doenças do sistema nervoso (SWAIN, 1997, p.28).

2.6.3 O Hôspice Civil¹³

Com a criação, em 1801, do *Conseil Général des Hôspices*, o *Hôpital Général* se transformou em *Hôspices Civils*, e a população da Salpêtrière era reduzida de 8.000 para

¹³ É interessante notar que o vocábulo *Hôspice*, ao contrário do que sugere, não define uma instituição psiquiátrica nos moldes do *hospício* da língua portuguesa e, sim, a uma instituição mais ampla. Seriam estabelecimentos públicos destinados também aos idosos necessitados e a pacientes crônicos não psiquiátricos.

4.000 mulheres, mas ainda não totalmente esvaziada do vasto contingente de moradoras sãs e produtivas na instituição. Quanto às prostitutas, elas foram transferidas para outros espaços. Porém, enquanto a população de mulheres saudáveis diminuía e a de enfermas com diagnósticos diversos se mantinha, o número de pacientes alienadas aumentou. Por determinação do governo revolucionário, a partir de 1802 todas as mulheres diagnosticadas como loucas na região de Paris deveriam ser enviadas à Salpêtrière. Isso representou uma sobrecarga de trabalho para o corpo de funcionários, tornando-se objeto de uma queixa dirigida por Pinel ao responsável pelo hospício, Louis Thomas d'Aubigny. Nela, Pinel descreveu a população de alienadas sob sua assistência: 150 no tratamento da mania e mais 100 com diagnósticos diversos, além das 200 na Enfermaria Geral, às quais, acompanhado por sua escassa “equipe”, atendia diariamente (WEINER, 1997, p.39).

Já percebida como um espaço médico, a partir de 1802, com o ingresso dos estudantes da Faculdade de Medicina de Paris na instituição, a Salpêtrière começava a se caracterizar, igualmente, como um espaço acadêmico. Pouco a pouco, a elite da medicina parisiense representada pelo corpo docente da faculdade passava a atuar, também, no hospital (BASE DE DONNÉES INTERNATIONALE DU PATRIMOINE DU GENIE CIVIL, 2013). Apesar disso, quando foi criada a cadeira de Clínica das Doenças Mentais para a Faculdade de Paris, em 1875, ela foi alocada no asilo de alienados de *Sainte-Anne*, e não no *Hôspice de la Vieillesse – Femmes*.

2.7 GEORGET E BAYLE: ORGANICISTAS *VERSUS* ORGANICISTAS

Apesar de Pinel e seus discípulos – e à frente de todos Esquirol – partirem da ausência de evidências de organicidade na alienação para sustentarem uma estratégia de tratamento que, conforme acreditavam, poderia resgatar as faculdades intelectuais e afetivas pelo alienado, de fato, as discussões sobre a histeria se desenvolviam sobre um panorama ainda mais amplo. A desimportância do útero, a importância das paixões e a abrangência do encéfalo como fundamentos da doença deixavam muito espaço para questionamentos.

As novas questões trazidas pelo desenvolvimento das técnicas de investigação em medicina, na passagem do século XVIII ao XIX, tornaram ainda mais complexas as discussões teóricas. Paralelo à disputa entre “uterinos” e “encefálicos”, esses últimos, por sua vez, se dividiam entre os propositores de uma etiologia “moral”, ou “funcionalista”, e os defensores de uma etiologia “mecanicista” ou “neurológica”. Esse antagonismo poderia ser representado por dois autores, ambos discípulos de alienistas. Por um lado, Etienne Georget

(1795 – 1828), discípulo de Pinel e Esquirol na Salpêtrière, insistia na força dos fatores afetivos e ambientais, as “causas morais”. Por outro, Antoine Bayle (1799 – 1858), discípulo do também alienista Antoine-Athanase Royer-Collard no hospício de Charenton¹⁴, apoiado em evidências neurológicas para a etiologia da paralisia geral, afirmava uma condição plenamente organogenética para a alienação em geral (POSTEL, 2007, p.221-222).

Georget era um enfático defensor dos desencadeantes morais, bem como do tratamento moral. Em sua obra *De la folie* (GEORGET, 1820) ele afirmava estar convencido de que, em noventa e cinco por cento dos casos, o início da doença poderia ser relacionado a alguma comoção moral (GEORGET, 1820, p.160).

A patologia histérica seria um estado mórbido do cérebro, sem febre, caracterizado na maior parte das vezes por uma suspensão geralmente incompleta das funções intelectuais, sensoriais e morais, com movimentos convulsivos, sem que, no entanto, o corpo apresente qualquer alteração fora das crises (GEORGET, 1821, p.262). Para Georget, o surgimento dos quadros mentais dependeria de causas predisponentes e causas eficientes, ou ocasionais (GEORGET, 1820, p.143)¹⁵. Quanto à histeria, entre as causas predisponentes, ele apontava para a irritabilidade do cérebro que, em seu entendimento, poderia ser causada tanto por fatores físicos, como o calor, o frio ou os ruídos, quanto pelo abuso de substâncias como o café, o chá ou outras bebidas. Quanto às ocasionais ele citava que as fortes emoções, principalmente o medo, o sofrimento ou as decepções repetidas e a masturbação seria um forte determinante, principalmente na adolescência (GEORGET, 1821, p.263).

Mas, para Georget, também as causas morais teriam a propriedade de irritar o cérebro, se confundindo, portanto, com as causas predisponentes. Entre elas o medo de não conseguir um marido, a sensação venérea repetitiva, ou “a paixão do amor com os medos, os tormentos, as angústias e as excitações permanentes que ela incita” (GEORGET, 1821, p.265).

Bayle era médico do hospício de Charenton, de onde recolhia os dados sobre os quais trabalhava. Em uma crítica às teorizações originadas em Bicêtre e na Salpêtrière, ele ressaltava o fato de que, diferente daqueles hospitais, Charenton atendia pacientes de ambos os sexos e pertencentes à camada mais abastada da população parisiense, o que contribuía

¹⁴ O Marques de Sade foi internado em Charenton em 1801. Durante a maior parte de sua estadia, o diretor da instituição foi Royer-Collard que, revoltado com o comportamento libertino do Marquês nas dependências do hospício, negava sua insanidade, pleiteando sua transferência para uma prisão, o que nunca ocorreu. Alphonse François de Sade morreu em Charenton, em 1814, ainda sob a direção de Royer-Collard (SCHAEFFER, 2000, p.483).

¹⁵ É importante esclarecer que os autores, à época, se referiam a causas predisponentes e causas ocasionais, nem sempre dando a elas o sentido a que as associamos hoje. Isso pode ser percebido em Georget, e também em Briquet, como se verá à frente. O que se encontra nessa tese é a tradução literal dos termos utilizados nos textos originais.

para uma observação mais completa da alienação mental. Sendo de opinião que os quadros mentais seriam entendidos através da anatomia patológica, ele dava às autópsias (ou à época, “abertura de corpos”), um lugar de destaque em sua metodologia. Na Introdução de seu *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes: maladies mentales*, de 1826, ele criticava nominalmente Georget, afirmando que seria mais importante e mais útil abordar a doença mental do ponto de vista das lesões primitivas do órgão (BAYLE, 1826, p.XIV). Incluindo, ainda, Pinel Esquirol em seu comentário, ele lamentava que em suas obras esses autores tivessem se contentado em descrever as doenças mentais vendo-as como puramente neuróticas, sem irem a fundo em suas causas cerebrais (BAYLE, 1826, p.XX).

Convencido de que os principais dados para a compreensão da natureza da doença mental viriam através da anatomia patológica (BAYLE, 1826, p.IX), Bayle reuniu alguns resultados de autópsia que associavam a paralisia geral a uma aracnoidite crônica (BAYLE, 1826, p.XXII), em um experimento que se tornou o contraponto organicista para as “causas morais” propostas por Georget. Acima de tudo, seus achados funcionaram como inspiração para que vários médicos passassem a buscar outras associações equivalentes, fortalecendo um emergente ponto de vista organogenético no campo da alienação mental.

Não que Bayle renegasse outras causas para a alienação que não as encefálicas. No capítulo sobre a meningite crônica há uma extensa consideração sobre causas morais, “que concorrem de maneira não menos poderosa do que as causas físicas” para a produção do quadro (BAYLE, 1826, p.418). De fato, sua teoria etiológica para o comprometimento meníngeo como determinante da alienação mental se apoiava no concurso de diversos fatores cujo principal era a hereditariedade, associada a algum outro fator, fosse uma causa moral, uma predisposição constitucional, a embriaguez frequente, um acidente vascular cerebral, a espancamentos ou outros traumatismos crânio-encefálicos, a insolação, etc. (BAYLE, 1826, p.427).

Pode-se questionar em que medida haveria, realmente, uma contradição nas proposições de Georget e de Bayle, ou se havia, mais propriamente, diferentes enfoques; ou, ainda, um embate entre escolas. Qualquer teórico do início do século XIX que se dispusesse a pensar a alienação mental o faria a partir de um ponto de vista cerebral. Georget não tinha dúvidas sobre a localização cerebral da loucura, e nem da existência de quadros mentais decorrentes de lesões objetiváveis a serem encontradas nos exames *post-mortem* de alienados. O que o afastava de Bayle era o reconhecimento de que, em sua maioria, as aberturas de corpos não evidenciavam qualquer lesão associável ao quadro mental apresentado em vida. Ele propunha, então, que se diferenciasse a loucura, *la folie*, do delírio agudo, *le delire aigu*.

A primeira seria uma afecção cerebral idiopática, quase sempre hereditária, e prenunciada precocemente por alterações da inteligência. A remissão seria instável, as recaídas frequentes e o cérebro seria facilmente perturbado por causas simples. Já o *delire aigu*, uma afecção simpática, não seria hereditário, não seria precedido por sinais característicos e, uma vez que a saúde fosse restabelecida, não seria esperada uma recaída (Georget, 1820, p.505-506).¹⁶

2.8 O ÚTERO INERVADO

Fosse por Morgagni, por Cabanis, ou por outros, à entrada do século XIX, os estudos sobre a anatomia e a atividade do cérebro e dos nervos tinham adquirido fôlego, oferecendo uma base alternativa para a avaliação da histeria. No entanto, as novas teorias retornavam ao útero como a sede da doença, embora já não mais se pudesse prescindir de uma referência ao cérebro e aos nervos, agora, simpaticamente afetados pelos problemas da matriz.

Louyer-Villermay, no já citado verbete *Hystérie*, partindo do modelo classificatório com que Pinel trabalhou na *Nosographie Philosophique*, apontava: “Cullen e Pinel (a situam) entre as neuroses... nós a situamos na classe das neuroses; ordem, vesânicas; gênero, neuroses da geração; espécie, neuroses genitais da mulher” (LOUYER-VILLERMAY, 1818, p.227). No verbete, ele expressava sua admiração quanto ao poder do útero, indagando: “Mas, de onde vem esta influência extraordinária, esse tipo de império (...) que exercem sobre a economia da mulher histérica seus órgãos genitais?” (LOUYER-VILLERMAY, 1818, p.227-228). E os efeitos dessa influência constituíram a parte principal de suas observações sobre aquela “neurose genital da mulher” (LOUYER-VILLERMAY, 1818, p.227). Louyer-Villermay associava a histeria a mulheres dotadas de uma viva sensibilidade nervosa e um temperamento eminentemente sanguíneo, a tez morena, os olhos negros e vivos, a boca grande, os dentes brancos, os lábios de cor vermelha encarnada e os cabelos abundantes (LOUYER-VILLERMAY, 1816, p.35-36). Ao que parece, os determinantes sexuais referidos à histeria inspiravam detalhadas descrições físicas das pacientes, onde intencionalmente ou não, a erogenicidade de suas figuras ganhava destaque em meio às argumentações clínicas. As fotos da *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* (REGNARD; BOURNEVILLE, 1875) oferecem alguns exemplos dessa ambiguidade.

¹⁶ Bayle nunca obteve espaço como médico em uma instituição para doentes mentais, acabando por abandonar o alienismo. Goldstein (1897, p.146) acredita que isso tenha ocorrido pela interferência de Esquirol, adversário de Royer-Collard, morto em 1826, de quem Bayle fora discípulo.

Para Mark Hector Landouzy (1812–1864), a afecção consistiria em uma neurose do aparelho reprodutivo da mulher, cujos sintomas principais seriam um sentimento de estrangulamento por um bolo que subia à garganta, e frequentes convulsões acompanhadas ou não de alterações sensoriais e intelectuais (LANDOUZY, 1846, p.16). Landouzy propunha uma etiologia que afirmava o útero como a sede da patologia – o que estaria demonstrado pelas várias alterações em sua função e pelo desvio dos instintos – uma vez afetada sua inervação. O comprometimento da inervação uterina se transmitiria às demais partes do corpo, especialmente o abdome e o tórax, o que se traduziria nos movimentos intestinais, na distensão abdominal e nas demais sensações abdominais próprias da histeria. As sensações ascenderiam em direção ao tórax chegando ao esôfago e à laringe fazendo surgir o “bolo histérico”, as dores na garganta, a sufocação, a disfagia e as alterações da voz. Quanto às convulsões, elas não teriam uma origem cerebral, sendo determinadas pelo comprometimento dos nervos vertebrais (LANDOUZY, 1846, p.212-213). Segundo Micale (2008, p.75), a determinação de Landouzy em caracterizar a histeria como uma doença do útero chegava ao ponto de levá-lo a retirar dos prontuários quaisquer dados que pudessem significar evidências em contrário.

Ao mesmo tempo, a corrente teórica que propunha uma etiologia “encefálica” para a histeria angariava uma crescente adesão dos clínicos, de maneira que, até a metade do século XIX, a questão etiológica do quadro histérico parecia muito distante de um consenso. Ainda em 1845, o concurso realizado pela Academia Real de Medicina da França sobre o tema “Histeria” resultou em um empate, com divisão do prêmio entre Jean-Louis Brachet, que sustentava uma teoria neurocerebral pela qual o quadro histérico era dependente de alterações estritamente encefálicas, e o próprio Landouzy.

2.9 CHARLES LASÈGUE E PIERRE BRIQUET

Apesar dos trabalhos de Louyer-Villermay, Georget e outros, somente a partir da metade do século XIX a histeria passou a despertar uma maior atenção da classe médica, deixando de ser meramente citada para se transformar em tema central de textos. Para isso, muito contribuíram os trabalhos de dois clínicos: Ernest-Charles Lasègue (1816 – 1883) e Pierre Briquet (1796 – 1881).

Abordando suas formas regulares, Charles Lasègue publicou capítulos sobre a tosse histérica (LASÈGUE, 1884a), a anestesia e a ataxia histéricas (LASÈGUE, 1884b), a anorexia histérica (LASÈGUE, 1873), as histerias periféricas (LASÈGUE, 1878), entre muitos outros

temas referentes ao quadro, ampliando o espaço da histeria no campo médico. Já Briquet, com seu *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* (BRIQUET, 1859a) afirmou a doença como uma “neurose do encéfalo” cujos fenômenos aparentes afetavam principalmente os atos vitais ligados às manifestações afetivas e as paixões.

2.9.1 Lasègue, o crítico da “Escola da Salpêtrière”

Ainda que contemporâneos e colegas docentes na Faculdade de Paris, Charcot pouco se referiu à Lasègue, apesar de Lasègue estar, assim como ele mesmo, entre os mais brilhantes médicos franceses em sua época (BOGOUSSLAWSKI, 2011, p.6). A atitude desdenhosa que Charcot lhe dedicava era repetida por todo o grupo de neurologistas que circulava pela Salpêtrière. Afinal, Lasègue não relutava em discordar abertamente de suas ideias e de seu método clínico, mesmo em relação ao tema que lhes era mais grato, a histeria (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.175). Em um exemplo de oposição frontal a Charcot e seus discípulos, no artigo “*Hystéro-Épilepsie*” ele recusou textualmente nada menos do que a existência da entidade clínica “hístico-epilepsia”, título da obra maior de Paul Richer e ocorrência frequente nas *Leçons du mardi*: “nosologicamente falando, não existe uma doença hístico-epilepsia, mas a doença histeria epileptoide” (LASÈGUE, 1884c, p.919).

Talvez a grande revanche do grupo de Charcot tenha sido o agressivo e apócrifo obituário publicado quando da morte de Lasègue, em 1883, no periódico *Le Progrès Médical* (1883, p.311-312). Lá, o autor afirmava que Lasègue abusava das frases de efeito, e que as conclusões a que chegava repousavam sobre premissas insuficientes. Julgando que teria sido preferível que ele houvesse se mantido como professor de filosofia, o autor desqualificava sua atuação na Faculdade de Medicina, vendo-o como incapaz de levar seus alunos a diferenciarem as fantasias da imaginação da realidade da ciência. Para Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.176), Bourneville, amigo próximo de Charcot e editor do jornal, teria sido o provável autor do obituário.

Porém, o que se sabe é que, em um cenário de crescente afirmação das teorias neurológicas para a doença mental, Lasègue veio a ser um dos poucos clínicos de sua época a ir além daquele discurso estritamente organicista, cada vez mais prevalente na França de seus dias, sustentando a importância das causas morais para a loucura e maximizando o papel da relação médico-paciente na prática cotidiana (CAIRE, 2012). O que parecia ser fundamental em sua proposta era que a abordagem do paciente mental não partisse do pressuposto de que

seu quadro seria tão somente o resultado de um desarranjo anatomofisiológico, sem qualquer alusão à dimensão afetiva do paciente.

Embora tenha sido um importante antecessor de Charcot, não só por identificar diversas formas do quadro histérico, mas, também, por afirmar a histeria como um campo de estudo relevante, é difícil ver Lasègue como alguém que o tenha influenciado. Esse papel foi repetidamente reconhecido por Charcot em Pierre Briquet, tido por ele como seu maior predecessor no estudo da doença (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.175-176).

2.9.2 Briquet: uma neurose do encéfalo

Sem dúvida, a grande guinada na abordagem da histeria em direção a uma teoria baseada no funcionamento cerebral tem como marco a publicação do *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, por Pierre Briquet, em 1859. Em uma neurologização radical da doença, ele a descreveu como uma “neurose do encéfalo” caracterizada principalmente pela perturbação de atos vitais pelos quais as sensações afetivas e as paixões se manifestavam: “As causas da histeria estudadas segundo a idade, demonstrem pouca influência dos órgãos genitais e a profunda influência das partes que compõem o encéfalo” (BRIQUET, 1859a, p.195).

Briquet formou-se em medicina em 1824, aos 28 anos, clinicando em hospitais gerais e, em 1860, foi aceito como membro da Academia Imperial de Medicina na seção de física e química médicas. O currículo apresentado no pleito à vaga de Acadêmico revelava uma produção bastante restrita, e uma atividade essencialmente generalista, sem uma tendência para o alienismo ou para as patologias do sistema nervoso (BRIQUET, 1859b). Seu contato com a histeria deu-se, basicamente, através de pacientes pertencentes aos estratos mais pobres da população, nos hospitais *Cochin* e *la Charité* (FROMENT, 2007, p.75), e ele manifestava sua desconfiança não só em relação aos que exerciam a medicina junto à “alta burguesia” (BRIQUET, 1859a, p.IV), mas também em relação às teorias que formulavam a partir dessa prática.

Crítico dos teóricos que o antecederam, vendo-os como eruditos que trabalhavam apenas sobre livros ou observadores superficiais despreparados, para ele não faltavam teorias, mas, sim, fatos a serem estudados. E isso era o que ele afirmava ter feito. Em seu prefácio, o próprio Briquet reivindicava um lugar diferenciado para o *Traité*, construído a partir da observação de 430 casos por ele atendidos, o que lhe conferiria um sentido eminentemente prático.

Não se encontra em Briquet a volumosa produção científica, a narrativa brilhante e nem tampouco a projeção no meio médico que caracterizam seu contemporâneo Charles Lasègue, esse, na verdade, muito mais reverenciado do que ele (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.176). Mas, isso não diminui em nada a importância de seu tratado, inovador em vários aspectos, a começar pelo minucioso trabalho clínico e experimental sobre o tema. Para a historiadora Nicole Edelman (2003, p.57), a obra é o exemplo de uma mudança de paradigma, afirmando a origem neurocerebral da histeria, em lugar das teorias uterinas. Embora Briquet creditasse a Sydenham as melhores observações sobre a histeria em sua época (BRIQUET, 1859a, p.576), sua rejeição à alegada condição de instabilidade, irregularidade e imprevisibilidade do quadro histérico trouxe implícita uma crítica ao “Hipócrates inglês”. Mas, em relação à Louyer-Villermay e a Hector Landouzy, ambos ilustres defensores da teoria uterina, sua crítica é bem explícita. Quanto a Landouzy, suas discordâncias permearam todo o livro, e se referiam, de maneira geral, à adesão infundada à teoria uterina (BRIQUET, 1859a, p.131). Porém, apesar de se valer de relatos de casos de histeria retirados de Louyer-Villermay, Briquet foi menos comedido em relação a ele. Considerando seus conceitos totalmente equivocados e anacrônicos, afirmou que o *Traité des vapeurs ou maladies nerveuses* melhor teria sido escrito em 1500, e não no século XIX (BRIQUET, 1859a, p.587).

Ao longo da obra, Briquet observava e correlacionava detalhadamente todas as características dos quadros clínicos com que se deparava, convencido de que a afecção se submeteria a leis regulares, tratando-se de uma doença do sistema nervoso, herdada, predominantemente feminina, mas sem relação com o sistema genital. Valendo-se de dez anos de observação e registro de um relevante número de pacientes, ele caracterizou um quadro polissintomático do qual faziam parte a hiperestesia, a anestesia, a perversão da sensibilidade, os espasmos, a paralisia, as perversões da contratilidade e as alterações da secreção.

Convicto de que se tratava de uma neurose encefálica, Briquet desenvolveu uma interessante teoria sobre as paixões humanas e suas manifestações: assim como os animais desenvolvem signos aparentes, reconhecíveis por seus iguais como expressões de suas sensações e desejos, também o ser humano exprime “os movimentos de sua alma e seus desejos” através de gestos, alterações de voz ou outras expressões. Para Briquet, são essas alterações, referentes “a cada sensação afetiva e a cada paixão, o que constitui o campo da histeria (...) cujas manifestações, mesmo as mais bizarras, serão sempre suas expressões externas” (BRIQUET, 1859a, p.3-4).

Evitando arroubos prolépticos no sentido de identificá-lo como precursor de teorias contemporâneas para a conversão, ou recusando a compreensão presentista de sua observação quanto a uma “disposição geral ao sofrimento” (BRIQUET, 1859a, p.4) como uma antecipação da característica insatisfação histérica descrita pela psicanálise, a noção de que o sintoma histérico é uma mímica dos movimentos da alma, e a possibilidade de o quadro ser veículo para a expressão de algo, são fatores destacados em sua compreensão do quadro. Briquet considerava a existência no encéfalo de uma parte destinada às paixões, que nas mulheres, em razão do papel social a elas dedicado, era dotada de maior sensibilidade do que nos homens, tornando-as, conseqüentemente mais reativas às impressões afetivas de maior intensidade.

As reações afetivas intensas seriam o protótipo do ataque histérico, entendido por ele como uma reprodução, aumentada, diminuída ou distorcida daquelas manifestações passionais comuns. Repetindo uma descrição já feita em um texto anterior (BRIQUET, 1858, p.6), Briquet relacionava o espasmo histérico à resposta emocional brusca e intensa de uma mulher particularmente impressionável: “ela sente uma constrição no epigástrio, tem a sensação de opressão, seu coração acelera, alguma coisa sobe à sua garganta e a estrangula, por fim, ela sente nos membros um mal-estar que a faz cair ou então ela experimenta uma agitação, um desejo de movimento que a leva a contrair os músculos” (BRIQUET, 1859a, p.4).

Pode-se, é claro, questionar se a intensidade da reação descrita se prestaria à imaginarização de algo habitual, mas Briquet pareceu vê-la assim, e ao fazê-lo estabeleceu uma ponte entre a histeria e a normalidade. Reafirmando uma hipótese já apresentada por Georget (1820, p.165), ele entendeu que a repetição frequente dessas manifestações acabaria “por determinar lesões sejam dinâmicas, sejam materiais nos órgãos nos quais elas operam” (BRIQUET, 1859a, p.4), com desdobramentos característicos do quadro histérico, reconhecendo explicitamente a importância das causas morais: “as paixões da alma e, sobretudo, as paixões tristes” (BRIQUET, 1859a, p.196), seriam causas comuns da histeria. Mas, ele advertia: apenas as afecções morais que tocassem o cérebro de uma forma desagradável e ao longo de um período considerável, poderiam levá-lo a reagir sobre toda a economia provocando os acidentes histéricos (BRIQUET, 1859a, p.116).

Briquet fez questão de ressaltar a distância entre suas ideias e a concepção da doença como resultado de apetites não satisfeitos ou produto da inflamação, supuração ou câncer dos genitais femininos. Ele entendeu que, em função de sua própria constituição, cada organismo possuía uma tendência maior ou menor a sofrer certas modificações fisiológicas ou patológicas em relação a outras. É o que ele chamou “predisposição”. Ao mesmo tempo, ele

denominou “causas predisponentes” ao conjunto de circunstâncias que desenvolvem ou favorecem essas tendências particulares. Embora citasse pacientes nas quais, seja pela hereditariedade, seja pela constituição, a predisposição seria tão extraordinária que prescindiria do concurso de quaisquer outros fatores para a instalação do quadro, de maneira geral, “a histeria resultaria da ação de duas ordens de modificadores, das quais uma compreende a predisposição, e a outra a causa determinante” (BRIQUET, 1859a, p.194-195)¹⁷.

O surgimento do quadro histérico estaria, portanto, dependente de uma complexa interação da predisposição com múltiplas causas predisponentes, essas, agrupáveis em quinze itens incluindo o sexo, a idade, a saúde do paciente e dos pais, os fatores ambientais, sociais, culturais, morais, entre outros. Cada um desses itens se constituiu em um capítulo de seu *Traité*.

Charcot não discorreu sobre causas ambientais para a patologia histérica. Somente ao final de sua obra deu importância às causas morais e não supôs a histeria expressão do que quer que fosse. Além disso, criticou ironicamente Briquet, atribuindo-lhe um pudor e um sentimentalismo inadequados a um médico, por sua negativa à implicação dos ovários no surgimento do quadro (CHARCOT, 1872-1873a, p.266). Ainda assim, são muitas as referências ao tratado de Briquet, especialmente em suas primeiras conferências sobre a histeria, e não são poucos os elogios mais explícitos, tais como “autor eminente” (CHARCOT, 1872-1873b, p.285), “obra muito completa” (CHARCOT, 1890a, p.179), etc.

2.10 UM ESPECIALISTA PARA CUIDAR DA HISTÉRICA

Para Alain Lellouch, a reprovação em um concurso para a cátedra em Patologia Interna, em 1867, teria levado Charcot a relegar a um segundo plano a medicina generalista, em favor de uma dedicação quase integral à clínica das doenças do sistema nervoso (LELLOUCH, 1992, p.19). Consequentemente, teria sido essa a clínica que Charcot supôs o espaço natural para as pacientes que recebera de Delasiauve. De maneira mais radical do que para Briquet, na visão de Charcot, sendo a histeria uma doença do sistema nervoso, ela teria no método anatomoclínico sua única via de decifração, sem espaço para especulações de pouca positividade. Referindo-se à neurose histérica ele declarou que: “os princípios que regem o conjunto da Patologia são aplicáveis às neuroses, e é, também, nela que devemos

¹⁷ Conferir, mais acima, nota sobre a utilização desses termos.

buscar completar a observação clínica, pensando anatomicamente e fisiologicamente” (CHARCOT, 1887a, p.16).

Mas, de fato, seria esse o campo natural da histeria, ou antes, seria ela um tipo de alienação mental? Aliás, a questão pode ser outra: à época, já havia sido institucionalizada uma delimitação entre os campos de competência da clínica das doenças do sistema nervoso e da clínica das patologias mentais? Ou dessas com outras especialidades médicas?

Segundo Alain Lellouch (1992, p.295), ao longo do século XIX, havia na França um expressivo movimento de rejeição quanto à divisão da medicina em especialidades, embora Charcot não partilhasse desse posicionamento. Nesse contexto, quando da abertura da cadeira de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso, em 1882, ainda era necessário responder a um questionamento corrente: “se a consagração oficial de uma especialidade a mais seria, verdadeiramente, algo oportuno e legítimo” (CHARCOT, 1887a, p.6). Para Charcot, ante o desenvolvimento da medicina, não caberia a pretensão de se abraçar tudo e em qualquer profundidade. “A especialização se tornou, portanto, algo inevitável e necessário” (CHARCOT, 1887a, p.7).

2.10.1 As especialidades médicas na França

George Weisz (2005) relaciona o surgimento das especialidades médicas na França às novas concepções administrativas trazidas pela Revolução, que propunham o agrupamento de indivíduos classificáveis de uma mesma forma como a melhor maneira de gerenciar os hospitais e serviços de saúde. Para Patrice Pinel (2005), o surgimento das especialidades na medicina francesa teve início na passagem do século XVIII para o século XIX, como um desdobramento da especialização dos hospitais, essa, por sua vez, consequência do compromisso da Revolução com a reconstrução de instituições médicas, transformando os asilos em centros de verdadeira assistência. No campo da loucura, esse projeto implicou a reforma dos asilos, destituindo-os de sua função primordial como prisões e transformando-os em um espaço de cuidado, ciência e educação. Bicêtre e Salpêtrière foram reorganizados para atenderem, cada um, a duas funções: a de oferecer um abrigo aos idosos carentes e a de tratar a loucura. As internações de outras categorias clínicas, bem como da população “desviante”, estaria, desde então, proibida. Bicêtre foi aberta aos homens, e a Salpêtrière às mulheres, sendo também renomeados como *Hôspice de la Vieillesse – Hommes* e *Hôspice de la Vieillesse – Femmes* (PINEL, 2005, p.12).

A nova organização obrigava os médicos à busca de novas e bem estruturadas estratégias de intervenção, para que pudessem lidar com essa categoria particular. Quanto a isso, o próprio agrupamento dos loucos se transformava em uma condição facilitadora para a classificação e desenvolvimento de modelos terapêuticos, uma vez que exibia, de maneira mais explícita e mais profusa, as diversas formas da loucura.

Embora as reformas institucionais empreendidas pela Revolução tenham feito com que o alienismo se organizasse como especialidade médica antes da clínica das doenças do sistema nervoso, essa última definiu mais cedo um campo relativamente autônomo para sua teoria e sua prática. A própria expansão do conhecimento da neuroanatomia e da neurofisiologia observada a partir da metade do século XIX, afirmava a clínica das doenças do sistema nervoso como especialidade e estimulava, inclusive, especulações organicistas sobre a etiologia dos quadros mentais, tornando as teorias organogenéticas para a alienação cada vez mais assimiláveis e menos contestáveis.

2.10.2 O alienismo como especialidade

Para o historiador Patrick Vandermeersch, o personagem mais habilitado a representar a criação de um campo de competência para o alienismo seria Pinel. Ele teria sido o primeiro a apresentar, sistematizar e sustentar teoricamente uma estratégia de abordagem do alienado, o “tratamento moral”. Além disso, para Vandermeersch, o *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, de 1801, teria sido o mais importante manifesto da psiquiatria no momento em que ela começava a se tornar um ramo específico e autônomo da medicina (VANDERMEERSCH, 1991, p.356). A historiadora Jan Goldstein também se refere à Pinel como “o pai da psiquiatria francesa” (GOLDSTEIN, 2009, p.101), e Erwin Ackerknecht o considera a representação da nova abordagem, científica e humana da psiquiatria (ACKERHNECHT, 1982, p.139)¹⁸.

Pinel entendia a loucura como resultado de uma importante contradição vivida pelo sujeito entre sua capacidade de entendimento e seus afetos, descrevendo o paciente como “alienado de si mesmo”, do que derivou o termo “alienismo” referido ao novo objeto do cuidado médico. Pressupondo no paciente a manutenção de um *quantum* de razão, para a qual dirigia sua abordagem terapêutica, ele advertia: “A ideia da mania deve estar longe de trazer com ela a noção de uma reversão completa das faculdades do entendimento; o distúrbio, ao

¹⁸ Para Huertas (2001, p.6), a intervenção de Pinel, considerada o grande “mito fundador” da psiquiatria, não teria sido algo isolado, mas, sim, parte de um movimento mais amplo, coincidente com as revoluções burguesas na passagem dos séculos XVIII e XIX.

contrário, não ataca frequentemente mais do que uma faculdade parcial...” (PINEL, 2006). Pinel se opunha à ideia da incurabilidade geral dos quadros mentais, o que considerava como um dos preconceitos mais funestos da humanidade, afirmando que o tratamento moral poderia “às vezes conduzir à completa cura” (PINEL, 1809, p.154-155).

A partir de 1799, Pinel passou a ministrar cursos livres na Salpêtrière, cujo conteúdo variava entre as patologias do envelhecimento e as patologias mentais. Logo em seu início, o interno Esquirol passou a frequentá-los. Desde então, e até sua formatura, em 1805, ele acompanhou Pinel em seu trabalho cotidiano. O título de sua tese ao final do curso, *Les passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* (ESQUIROL, 1805), evidenciava de maneira clara sua genealogia. Em 1810, ele substituiu Pinel como *médecin-chef* do serviço de alienados da Salpêtrière (LEGÉE, 1988, p.160), criando ao seu redor um círculo próprio de alunos, entre eles, Georget.

A organização informal de trabalho e ensino criada por Pinel e Esquirol na Salpêtrière nos primeiros anos do século XIX, sem reconhecimento oficial, é apontada por Goldstein como uma “proto-organização da psiquiatria” (GOLDSTEIN, 1987, p.121). Esse teria sido o modelo do alienismo até 1852, quando foi aberta a *Société Médico-Psychologique*, a primeira associação formal dos alienistas franceses, definindo o psiquismo humano e sua patologia como um campo de estudos específico dentro da medicina. Embora anunciada em 1848, ela não pôde ser efetivada de imediato em razão dos eventos políticos desencadeados pela Revolução daquele ano, com a instalação da Segunda República na França.

Entre os quatorze membros que fizeram parte de seu primeiro quadro estavam Jules Baillarger (1809-1890), como um de seus fundadores, além de outros nomes, como Louis Delasiauve (1804-1893) e Bénédict Augustin Morel (1809-1873). Em seu lançamento, no volume XI dos *Annales médico-psychologiques*, ela se apresentava:

A Sociedade que acaba de ser constituída inclui não só a maior parte dos médicos cuja vida é dedicada ao estudo e tratamento da loucura, mas, também, um determinado número de fisiologistas, administradores, eruditos, juristas, moralistas e filósofos cujas obras estão relacionadas mais ou menos diretamente ao conhecimento ou à direção do homem moral e intelectual (SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, 1848, p.2).

Seguindo o caminho inverso do habitual, a *Société* foi um desdobramento de uma importante publicação, os *Annales Médico-Psychologiques*, fundada em 1843 por Baillarger e Laurent Cerise, com a proposta de veicular os estudos das doenças mentais. A publicação, que à época se tornou veículo para alguns dos mais importantes artigos sobre o alienismo, definia-

se na frase de abertura de seu primeiro número como herança de Pinel legada a seus alunos. Na capa, um longo subtítulo, bastante eclético: “Jornal da anatomia, fisiologia e patologia do sistema nervoso, destinado particularmente a recolher todos os documentos relativos à ciência das relações entre o físico e o moral e a patologia mental, a medicina legal dos alienados e a clínica das neuroses” (ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1843). A proposta inicial era a de integrar tendências:

A patologia mental é estreitamente ligada à fisiologia moral e intelectual, essa, estreitamente ligada à anatomia, à fisiologia e à patologia do sistema nervoso. Nos parece chegado o momento em que os diversos elementos da ciência do homem devem se aproximar, se reunir, prestar um mútuo apoio. Mantê-los por mais tempo separados é, sob vários aspectos, tornar estéreis os diversos trabalhos parciais dos quais o sistema nervoso é objeto; é negar o avanço da ciência quanto às relações entre o físico e o moral; é paralisar as mais enérgicas tendências da patologia mental (ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, 1843, p.III-IV).

Além da criação de uma sociedade e de um periódico, houve outro importante fator para reconhecimento do alienismo em sua especificidade. Como aponta Patrice Pinel (2005, p.8-9), um dos principais caminhos para a consolidação de uma especialidade era a criação de uma cátedra a ela referente, representando o reconhecimento por parte das autoridades acadêmicas da peculiaridade daquele determinado domínio, cujos contornos passavam a ser mais bem delineados¹⁹.

Foram de Esquirol as primeiras atividades de transmissão estritamente dedicadas ao saber relativo às patologias mentais, em cursos livres que ministrou a partir de 1817 (GOLDSTEIN, 1987, p.122). Dois anos mais tarde, em 1819, Royer-Collard conseguiu implantar na Faculdade Real de Medicina, uma cadeira de Medicina Mental, que não durou mais do que umas poucas aulas, sendo abolida em definitivo, quando de uma intervenção na Universidade de Paris, naquele ano (GARRABÉ, 2012, p.551).

Porém, em 1875 a Faculdade de Medicina recebeu a autorização do Conselho Municipal para a abertura de uma cadeira de “Clínica das Doenças Mentais e do Encéfalo”, cujas atividades tiveram início em 1879, no hospital *Sainte Anne*, o que deveria representar o reconhecimento do alienismo como especialidade, afirmando seu prestígio. Segundo Denis Tiberghien, a imposição da alusão ao encéfalo feita pelo Conselho Municipal, além de desagradar a própria faculdade, teria provocado uma forte reação da parte de Charcot. Sendo

¹⁹ Em 1866 foi fundada a *Association mutuelle des médecins aliénistes de France* (BULLETIN DES LOIS DE LA RÉPUBLIQUE, 1867, p.945).

catedrático de Anatomia Patológica, mas ainda não de Clínica de Patologias do Sistema Nervoso como pretendia, ele estaria excluído daquele campo institucionalmente reconhecido referente ao encéfalo (TIBERGHIEEN, 2011, p.40).

A inauguração da cátedra, no entanto, ao invés de afirmar a autonomia do alienismo como especialidade, apenas ratificou o poder de Charcot e da escola da Salpêtrière no meio acadêmico. Uma vez que o alienista Valentin Magnan era *médecin-chef* em *Sainte Anne*, e professor de concorridos cursos livres em patologia mental, seria ele o ocupante natural da cadeira. Porém, a interferência de Charcot através de manobras políticas, acabou por fazer eleito seu pupilo Benjamim Ball, cuja trajetória era totalmente dedicada às doenças do sistema nervoso, e em nada ao alienismo. Charcot estava pessoalmente fora da cátedra, mas seu preposto estaria lá²⁰.

É sabido que Charcot não manifestava nenhuma simpatia pelo alienismo e não se vinculava a nenhum movimento próprio da especialidade, como a *Société Médico-Psychologique*, por exemplo. Porém, para Garrabé (2012, p.552), mais do que sua hostilidade em relação aos alienistas, seu empenho para a escolha de Ball visava impedir que Magnan obtivesse uma cátedra, evitando que a notoriedade crescente do alienista fizesse sombra à sua. Nesse sentido, Tiberghien observa que o trabalho teórico e clínico de Magnan em *Sainte Anne* vinha sendo amplamente reconhecido, e pouco a pouco se constituindo como uma expressiva escola no campo das patologias mentais (TIBERGHIEEN, 2011, p.39).

Na visão de Julien Bogousslavsky e Thierry Moulin (2009, p.260), além do boicote de autoridades da magnitude de Charcot, a significativa perda de espaço acadêmico pelo alienismo, espaço esse encampado pela clínica do sistema nervoso, tinha uma outra importante razão. Diferentes dos discípulos de Charcot, e mesmo de outros especialistas à época, os alienistas se preocupavam fundamentalmente com a classificação e descrição dos quadros clínicos com que se deparavam, e menos com o entendimento mais profundo sobre as patologias que descreviam, ao contrário do que haviam proposto na apresentação dos *Annales*.

2.10.3 A clínica do sistema nervoso como especialidade

²⁰ Quando da morte de Ball, em fevereiro de 1893, Magnan novamente se candidatou à cátedra sendo, dessa vez, superado por Alix Joffroy (1844-1908), neurologista co-autor e colaborador de Charcot na Salpêtrière, também sem qualquer experiência como alienista. Mesmo tendo falecido poucos meses depois de Ball, Charcot ainda teria mais um de seus ex-chefes de clínica como catedrático da Clínica das Doenças Mentais e do Encéfalo: o neurologista Gilbert Ballet sucedeu Joffroy, tornando-se o terceiro titular da cadeira (BOGOUSSLAVSKI; MOULIN, 2009, p.261).

Bogousslavsky e Moulin (2009, p.257) observam que, embora o termo “neurologia” tenha sido proposto por Willis no século XVII, na clínica médica francesa do século XIX, um campo próprio para a neurologia ainda era algo incipiente. Em 1851, Stanislas Sandras (1802-1856), *agrégé* da Faculdade de Medicina de Paris, apontava a desimportância atribuída pelos autores médicos à maior parte das doenças crônicas, e um exemplo disso seria o desinteresse pelo elemento nervoso, evocado quase que exclusivamente pelos alienistas (SANDRAS, 1851, p.VI). No capítulo inicial, sobre o objetivo e o plano da obra, Sandras afirmava a validade de se reconhecer um campo autônomo para as patologias nervosas em relação às patologias mentais, embora admitisse a imprecisão das fronteiras entre esses dois campos (SANDRAS, 1851, p.7).

De fato, inovador no tratado era apenas o manifesto em favor de uma delimitação do campo das doenças dos nervos, sem que o autor, de fato, o conseguisse. O que se pode perceber em sua leitura é que aquilo que é considerado “nervoso”, tende muito mais ao que já há quase dois séculos vinha sendo nomeado “moral”, do que ao que veio mais tarde a ser nomeado “neurológico”. Como exemplo, no tópico sobre as causas da histeria, ele repetia Pinel, vendo o quadro ser provocado tanto por um padrão alimentar distorcido ou a fadiga levada ao limite, quanto por “uma excitação cerebral causada e mantida pela imaginação, a leitura; as comoções morais intensas ou desordenadas (...); preocupações como as que se tem em nossa vida social” (SANDRAS, 1851, p.173). Em reação à epilepsia, além da hereditariedade, ele apontava como causas o susto, a tristeza e a masturbação (SANDRAS, 1851, p.218-219). Quanto à melancolia, recusando uma determinação humoral, suas causas seriam, tanto orgânicas quanto morais (SANDRAS, 1851, p.482).

A proposta de Sandras no sentido de delimitar os campos das doenças do sistema nervoso e da alienação mental, bem como sua dificuldade de alcançá-los, são representativas das primeiras décadas do século XIX. Pode-se dizer que, a rigor, o alienista Bayle esteve mais envolvido com o sistema nervoso do que Sandras e que, embora Charcot o tenha citado²¹, a noção charcotiana de doença nervosa, pouco ou nada tinha a ver com aquilo que Sandras abordava.

Porém, ao largo dessas ambiguidades, um campo relativo às patologias do sistema nervoso se desenvolvia, tendo suas origens bem longe das concepções de Pinel. Em seu *De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagatis*, de 1761, Giambattista Morgagni abordava as diversas condições mórbidas, inclusive aquelas relativas ao cérebro e aos nervos,

²¹ Como, por exemplo, em relação à histero-epilepsia (CHARCOT, 1872-1873e, p.323).

a partir das alterações anatômicas evidenciadas em autópsias. Para ele, o domínio dos fundamentos anatômicos de cada patologia sustentaria seu diagnóstico, prognóstico e tratamento. Morgagni é considerado o fundador da anatomia patológica. Por outro lado, Luigi Galvani, mais ao final do século XVIII, a partir de suas experiências com rãs decapitadas cujos nervos eram estimulados pela eletricidade proveniente de uma Ampola de Leiden, propunha a existência de uma eletricidade intrínseca aos nervos e músculos (WICKENS, 2015, p.114), inaugurando as pesquisas em neurofisiologia.

2.11 EM BUSCA DE UMA HISTERIA ANATOMOFISIOLÓGICA

Em janeiro de 1862, Jean-Martin Charcot e Edmé Félix Alfred Vulpian (1826 – 1887) iniciavam seu trabalho como chefes de serviços na Salpêtrière. Tomando como primeira tarefa a realização de um levantamento das pacientes que, desordenadamente, lhes foram entregues, eles teriam se dado conta do imenso potencial de pesquisas que a instituição lhes oferecia. Embora Vulpian já estivesse envolvido com o campo da fisiologia²², não havia, propriamente, uma área de interesse para seu colega. No entanto, e inevitavelmente, a própria população da Salpêtrière trazia para um primeiro plano as patologias crônicas, em grande parte referentes ao sistema nervoso, direcionando em definitivo o olhar de Charcot.

Herança de Morgagni é introduzido na França através dos quatro volumes de *Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine*, de 1801, do anátomo-patologista francês Xavier Bichat (1771 – 1802), o método anatomoclínico foi a linha de pesquisa em patologia que caracterizou a medicina francesa ao longo do século XIX. À época de Charcot, já se tratava de uma prática conhecida na Salpêtrière, tendo sido, por exemplo, a fundamentação de Léon Rostan (1790 – 1866), em suas *Recherches sur le ramollissement du cerveau* (ROSTAN, 1823), importante trabalho de 1819, em que estabelecia as bases anatomopatológicas da apoplexia (ou, hoje, os acidentes vasculares cerebrais), diferenciando-a das encefalites. Na Introdução à obra ele creditava seus achados originais ao método que utilizara, com a abertura de corpos de noventa e oito pacientes, cada um deles apresentado por sua história clínica, a evolução da doença até a morte, o estado de cada parte do corpo conforme encontrado quando de sua abertura, e a relação do achado com a patologia.

²² Tendo inclusive isolado, em 1856, o hormônio que viria a ser nomeado adrenalina.

Porém, Charcot, inicialmente junto com Vulpian, pretendia não só repetir, mas também aperfeiçoar o método. Na visão de Charcot, o trabalho dos anatomistas teria permitido uma intervenção da anatomia e da fisiologia no domínio da patologia, sem o que não se poderia construir “uma medicina que fosse além da percepção dos sintomas como uma entidade abstrata e da patologia como um ser independente do organismo” (CHARCOT, 1874, p.X). Para ele, essa anatomia patológica inaugural, embora não possuísse meios para ir além da observação do aspecto geral da peça anatômica, teve o mérito de fazer com que a medicina passasse a “pensar anatomicamente” (CHARCOT, 1874, p. XXIII). A evolução desse estágio se deu com a entrada da histologia armada com o microscópio, permitindo que o exame fosse conduzido ao nível celular, considerado então o nível último possível.

A pretensão de Charcot era a de ir além do ponto em que encontrou a anatomia patológica, entendendo que o estudo das lesões podia pretender “olhares mais altos, ou, se quiserem, mais científicos” (CHARCOT, 1887a, p.11). Sua proposta era a de encontrar leis fundamentais que esclarecessem as ocorrências clínicas que observava, permitindo relacioná-las a outros fenômenos, da própria clínica ou de outras áreas. A observação ampliada das lesões deveria se estender à observação das estruturas vizinhas, lesadas ou não, com ou sem repercussões no quadro abordado. O cruzamento dos resultados dessa visualização mais fina, microscópica, das estruturas do sistema nervoso contribuiria para um conhecimento maior das funções de cada uma delas na doença e, por extensão, na sanidade.

O método anatomoclínico foi a base do trabalho de Charcot, inclusive em suas tentativas de identificar os fundamentos orgânicos do quadro histérico, embora ele admitisse suas limitações junto a patologias como a histeria, a epilepsia e a coreia, “compostos sintomáticos privados de um substrato anatômico” (CHARCOT, 1887a, p.15). O apoio anatomopatológico para suas hipóteses mostrou-se frágil, uma vez que quadros clínicos com um fundamento orgânico evidente se confundiam com outros, histéricos, em que não se encontravam aquelas evidências. Insistindo na tese de que a histeria era sujeita a regras e leis fixas e generalizáveis, mesmo na ausência de uma evidência material, seria possível inferir, a partir dos dados fornecidos pelas necrópsias de quadros semelhantes, a natureza das lesões, não anatômicas, mas *dinâmicas*, que originaram o quadro objeto de indagação (CHARCOT, 1887a, p.17).

Se o método anatomoclínico de Charcot pode ser visto como a versão novecentista do trabalho de Morgagni, seu correlato para os postulados de Galvani seriam os experimentos eletrofisiológicos de Guillaume-Benjamin Duchenne (1806 – 1875), conhecido como Duchenne de Boulogne, utilizando a corrente farádica como instrumento para a elucidação da

atividade muscular. Em seu procedimento para a ativação da musculatura de uma determinada área, Duchenne estimulava cada músculo dessa área isoladamente, avaliando as respostas, para, em seguida, estimulá-los de maneira combinada, dois a dois ou três a três, registrando em fotografias o resultado da ativação em conjunto (DUCHENNE, 1862, p.17). A técnica de estimulação de feixes musculares era, também, utilizada para a identificação de lesões neurológicas subjacentes a quadros clínicos, como atrofia ou ataxias, bem como para avaliar a extensão do comprometimento da musculatura em quadros histéricos. A abordagem da histeria a partir de uma combinação dos elementos da eletrofisiologia com os de anatomia patológica permitiriam, na visão de Charcot, uma objetividade compatível com suas expectativas de caráter positivista.

2.12 A NÉVROSE

Desde o primeiro momento em que se viu às voltas com a histeria, o quadro era, para Charcot, uma neurose: “*la grand névrose que je viens de nommer*” (CHARCOT, 1872-1873f, p.244). Porém, é difícil encontrar na obra de Charcot uma definição própria de *névrose*. Na segunda das *Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889*, ele fala em “afecções sem lesões orgânicas apreciáveis” (CHARCOT, 1889a, p.34), o que, como definição, parecia ser merecedora de um consenso. *Névrose*, segundo Eugène Bouchut, em seu dicionário, edição 1867, seria: “classe de doenças nas quais existem problemas funcionais do sistema nervoso independentes de qualquer alteração orgânica do cérebro, da medula e dos nervos” (BOUCHUT, 1867, p.986-989). Na edição de 1873 do dicionário *Litttré*, Émil Littré e Charles Robin acompanhavam Bouchut em sua definição: *Névrose*— nome genérico de doenças cuja sede se supõe ser o sistema nervoso, e que consistem em um desarranjo funcional sem lesão sensível na estrutura das partes nem agente material apto a produzi-las (LITTRÉ; ROBIN, 1873, p.1030-1031). Ambos, por sua vez, acompanhavam Cullen em sua citação inaugural: “neurose é todo comprometimento sensorial e motor sem febre e sem doença localizada” (CULLEN, 1769, p.274)²³.

É interessante perceber, no entanto, que, para além da definição, as abordagens de Bouchut se distanciavam das de Littré e Robin. Embora ambos afirmassem uma maior prevalência das neuroses nas mulheres, Bouchut, em seguida à definição, as relacionava a problemas viscerais, hematológicos, dentários, à hereditariedade e às causas morais habituais.

²³ Respeitando a distância entre o conceito de neurose proposto por William Cullen e aquele com que lidamos hoje, é interessante assinalar que, em sua classificação, a histeria era agrupada junto à azia, as cólicas, o cólera, o coqueluche, o diabetes e a raiva canina (CULLEN, 1769, p.280).

Littre e Robin, por sua vez, prosseguiram ilustrando as neuroses com o que poderia ser uma descrição da histeria, a mais clássica. Em outras palavras, Bouchut seguia uma linha mais afeita ao alienismo, repetindo os pontos de vista de Pinel, enquanto Littre e Robin davam destaque à aura, às convulsões, isto é, ao comprometimento sensorial e motor do conceito, mantendo-o na esfera do sistema nervoso. Já bem mais tarde, em 1885, para Dechambre, Duval e Lereboullet (1885, p.1063-1064) o conceito de *névrose* era muito amplo, abrangendo várias áreas e funções do corpo, e as hipóteses para o seu surgimento são sumárias: “elas são por vezes hereditárias. Os trabalhos intelectuais exagerados, as emoções morais e as alterações do sangue, etc., podem provocá-las” (DECHAMBRE; DUVAL; LEREBOULLET, 1885, p.1064). Ou seja, mais para Sydenham do que para Charcot.

Mas, o que parece mais aceitável, é que a visão de Charcot teria maior proximidade com a abordagem de Littre e Robin, em 1873, do que com as outras. Não por ser Charcot adepto do enfoque positivista, do qual os dois autores foram expressivos defensores, mas sim porque em nenhum momento Charcot conduziu a histeria para outro campo que não o das patologias do sistema nervoso. Micale nos lembra que apenas no século XX, e através principalmente de Sigmund Freud e Pierre Janet, a histeria passou a fazer parte do discurso psiquiátrico (MICALE, 1990a, p.69). E o que se pretende aqui demonstrar é que essa nunca foi uma proposta, ou uma intenção de Jean-Martin Charcot.

3 CHARCOT E SUA MEDICINA

Jean-Martin Charcot viveu entre 1825 e 1893. É considerado o fundador da neurologia moderna, tendo sido o titular da primeira cadeira de Doenças do Sistema Nervoso em todo o mundo. Tido como livre-pensador e republicano foi, no entanto, apadrinhado por um ilustre bonapartista: Pierre Rayer, médico do rei Luís-Felipe e do imperador Napoleão III. Glorificado ao longo de muitos anos dentro e fora da França como médico e docente, foi participante, ou mesmo criador de sociedades científicas, assim como de periódicos médicos, mantendo um fluxo contínuo de publicações, ao mesmo tempo em que atendia a uma concorrida clínica privada. Nome maior da “Escola da Salpêtrière” transformou o velho hospital na Meca do estudo da neurologia. Foi professor de Joseph Babinski, Pierre Janet, George Gilles de la Tourette, Pierre Marie, entre centenas de outros, franceses e estrangeiros, e Sigmund Freud estagiou com ele. Apesar de tímido e considerado um orador pouco empolgante, suas aulas públicas das 3as e das 6as feiras eram disputadas por médicos e pelo público mundano. Seu velório reuniu grandes nomes da medicina francesa e estrangeira, além de personalidades do meio literário e político, que transformaram a capela da Salpêtrière em um palco para calorosas afirmações de sua glória. Já os obituários na imprensa leiga passaram longe daquela glorificação.

3.1 VIDA E FORMAÇÃO

Charcot nasceu em Paris, aos 29 de Novembro de 1825, vindo a falecer vítima de um edema agudo de pulmão em 16 de Agosto de 1893, durante uma viagem de férias à Borgonha. Ao escrever sua primeira biografia, o aluno russo Alexei Lubimoff (1894, p.65), construiu o mito de uma infância pobre, em um bairro carente, sendo o pai, Simon Charcot, obrigado a escolher entre os filhos um único a quem poderia oferecer estudos. Mas, essa imagem já não mais se sustenta. Bonduelle (1994) situa a família Charcot em uma residência confortável em um bairro burguês povoado de artistas onde Simon, em sociedade com o sogro, conduzia uma manufatura de carruagens que sobreviveu a ele, sendo herdada por um dos filhos. Ellenberger (1993, p.139) o descreve mais como um artista do que como um artesão, em razão da grande beleza das carruagens que construía.

Primogênito, Jean-Martin estudou em boas escolas, concluindo seu bacharelado em Letras em 1843. Talvez inspirado pelos dons do pai, ou influenciado pela vizinhança de tantos e tão variados artistas, ao término de seu bacharelado Charcot parecia ter hesitado entre a medicina e as artes, possuidor que era de um enorme talento para o desenho e a pintura. Para

Souques e Meige, “nele, o artista era inseparável do médico” (SOUQUES; MEIGE, 1939, p.338).

Em 1864, Charcot se casou com a jovem viúva Augustine-Victoire Durvis, descrita por Freud (1992, p.196) como “pequena, rechonchuda e animada”. Trazendo uma filha do primeiro casamento, ela teve com Charcot dois filhos: Jeanne, a mais velha, e o médico e explorador polar Jean-Baptiste (1892), morto no naufrágio de seu navio *Pourquoi pas?* em 1936. Se Charcot já era médico da elite bonapartista, Augustine-Victoire, herdeira de considerável fortuna, projetou o casal nos mais altos círculos da sociedade parisiense. Ainda nas palavras de Freud: “a riqueza veio dela” (FREUD, 1992, p.96). Dez anos depois das bodas, eles adquiriram um palacete no Boulevard Saint-Germain que veio a ser o palco de disputadíssimas *soirées* oferecidas pelo casal nas terças-feiras, entre outubro e maio, ao longo de vários anos. “Um convite à casa de Charcot era considerado uma honra” (SOUQUES; MEIGE, 1939, p.341), e foi após desfrutar de um deles, em janeiro de 1886, que Freud escreveu à noiva Martha relatando aquelas impressões.

Charcot foi o catedrático da primeira Cadeira de Doenças do Sistema Nervoso em toda a história. Foi membro da Academia de Medicina, da Academia de Ciências, Cavaleiro, Oficial e Comendador da Legião de Honra. Foi efígie de um selo, denominação de ruas e empresta seu nome a inúmeros quadros clínicos.

3.2 O ENSINO MÉDICO FRANCÊS ATÉ O SÉCULO XIX

Em 1843, ele se inscreveu na Escola de Medicina de Paris que, adotando o modelo de ensino médico alegadamente implantado pela Revolução, havia se tornado o padrão de excelência acadêmica para todo o mundo. No entanto, quando do ingresso de Charcot ela começava a evidenciar uma sensível defasagem em relação às demais escolas médicas, principalmente às escolas alemãs. Ainda assim, era inegável a distância entre a formação recebida por Charcot e aquela descrita de maneira geral como a das escolas médicas pré-revolucionárias (REY, 1993, p.24). De fato, a formação oferecida pelo *Ancien Régime* era essencialmente teórica, em latim, consistindo na leitura e adesão irrestrita aos textos de Hipócrates, Galeno ou autores medievais, permitindo que o aluno chegasse ao fim do curso sem ter examinado sequer um paciente (KLEIN, 2013). A necessidade de uma reforma na formação médica já havia sido apontada pelo professor da Faculdade de Medicina, Alexandre Le François, em um projeto que tomava como referência o caos em que se encontrava o exercício da medicina na França, ao final do reinado de Luiz XIV (LE FRANÇOIS, 1713).

Era urgente reverter a má qualidade do ensino, cujo desdobramento seria a má qualidade dos médicos formados: “o número de maus médicos é muito grande, e o de bons médicos, muito pequeno...” (LE FRANÇOIS, 1713, p.14). Ainda assim, o clínico era a figura principal na hierarquia do cuidado à saúde, regulando a prática dos cirurgiões, dos boticários e das parteiras.

Quanto aos cirurgiões, eles eram tidos mais como praticantes de uma arte manual do que como médicos, e sua formação nem sempre se dava através de uma faculdade, sendo quase sempre obtida a partir de um treinamento prático. Mais do que os clínicos, seu ofício era exercido no campo ou em pequenas vilas, onde disputavam espaço com os barbeiros. Em 1775, foi criada a *École Pratique de Dissection*, parte do *Collège de Chirurgie de Paris*, que oferecia um ensinamento prático aos cirurgiões através de dissecções e cirurgias em cadáveres. Essa dimensão prática do ensino e a formação ao largo das escolas médicas acabaram sendo benéficas para o desenvolvimento da cirurgia francesa, no que o *Collège* teve grande importância (PALLUAULT, 1999, p.32).

Mesmo atuando como o gerente dos trabalhos complementares à medicina, o clínico não contava com uma garantia de suas prerrogativas. Ao longo da obra, Le François apontava repetidamente para a necessidade de proteção do espaço de competência do médico da invasão de charlatões de diversos tipos, algo muito característico do século XVIII. Afinal, na falta de um controle, tanto da parte do Estado quanto da própria classe médica, o charlatanismo florescia, transformando-se em uma considerável fonte de lucros. A saída para os médicos seria a elaboração de leis no sentido de proteger a prática oficial, bem como o cumprimento mais severo das leis que já existiam.

A primeira proposta pós-revolucionária de reformulação do ensino médico, o *Nouveau plan de constitution de la médecine en France*, de 1790, determinava, entre outras alterações curriculares, que se colocasse em primeiro plano a observação no leito do paciente, o que já era feito em algumas faculdades, como por exemplo a de Montpellier (REY, 1993, p.27). Porém, as distorções do ensino e das práticas médicas no país exigiam medidas mais profundas, e o governo revolucionário interveio através de uma comissão liderada pelo influente Dr. Joseph-Ignace Guillotin (KLEIN, 2013). Em 1794, a comissão concluiu pela redução das escolas existentes no país a apenas três, Paris, Montpellier e Strasbourg, tornando-as gratuitas e abertas a todos. Cada uma delas deveria ser vinculada a algum hospital, uma vez que o ensino, agora em francês, em bases racionalistas passava a ser centrado na prática hospitalar. Ao mesmo tempo, a profissão médica era regulamentada e, portanto, protegida de toda a sorte de charlatães, sendo ainda revertida a antiga distinção,

tanto na formação quanto no status, entre os valorizados clínicos e os “secundários” cirurgiões (LA BERGE; HANNAWAY, 1998, p.1-2). Foi essa valorização da cirurgia e, por extensão, do estudo da anatomia o que abriu o caminho na França para o desenvolvimento do método anatomoclínico, base do trabalho de Charcot.

Na opinião de Palluault, ao repudiar as teorias clássicas e abrir espaço para um olhar livre sobre os fatos, o Iluminismo teria criado uma atmosfera favorável a uma mudança de métodos de observação e, conseqüentemente, favorável às novas descobertas (PALLUAULT, 1999, p.30). Como era inevitável, esse novo panorama afetou a medicina, inicialmente na estrutura do ensino médico oferecido pela Faculdade de Paris, cuja mudança emblemática foi o abandono dos anfiteatros como o local do ensino. Além das aulas junto ao leito dos pacientes ou nas salas de dissecação, externos e internos passavam a dispensar, de fato, cuidados aos doentes realizando meticulosos exames físicos, examinando-os e, a partir daí, prescrevendo.

Ackerknecht (1982), por sua vez, observa que, embora a medicina tenha tentado ser científica desde há muito tempo, somente no século XIX ela, de fato, teria alcançado esse status, em grande medida através da aplicação dos resultados das ciências naturais à prática médica. Libertando-se dos conceitos e métodos vigentes até então, a medicina empreendeu um retorno à observação clínica, confrontada e complementada pelos achados nas mesas de autópsia (ACKERKNECHT, 1982, p.145). Uma observação clínica agora ampliada a partir da utilização de novas técnicas de investigação e de uma tecnologia que cada vez mais apurava a apreensão de sinais que eram associados a sintomas, aumentando em muito a capacidade de se diagnosticar. Para Ackerknecht o ponto central da reorganização era levar a educação médica ao hospital, o que substituiria as aulas teóricas “construídas sobre especulações científicas problemáticas” (ACKERKNECHT, 1982, p.149).

Segundo La Berge e Hannaway (1998, p.4), os fatores que teriam levado à ascensão do ensino médico francês, em suas três escolas teriam sido: 1 – o desenvolvimento da anatomia patológica; 2 – o enriquecimento das observações clínicas por sua incansável repetição; 3 – as mudanças na abordagem ao paciente, desde a anamnese até a utilização das novas técnicas para o exame clínico, como a percussão, a auscultação e o uso do estetoscópio; 4 – a transformação do hospital no locus da atividade médica e da pesquisa, e 5 – a consideração da estatística e da casuística como avaliação da terapêutica. Esses parâmetros, confluentes para uma perspectiva positivista, viriam a ser elementos invariáveis na prática de Charcot.

3.3 A FACULDADE DE MEDICINA DE PARIS EM 1843

O uso privilegiado do espaço hospitalar tornou-se, então, o grande diferencial em relação a outros centros. Para os americanos Augustus Gardner (1848) e Ferdinand Stewart (1843), uma das maiores vantagens do modelo de ensino na Faculdade de Paris em relação ao modelo adotado nos Estados Unidos era, justamente, sua dimensão prática. Uma das consequências dessa fama foi o grande influxo de estudantes estrangeiros à França, o que ao mesmo tempo contribuía para sustentar essa fama, uma vez que, ao retornar ao seu lugar de origem, eram os conceitos da medicina parisiense que eram propagados (LA BERGE; HANNAWAY, 1998, p.5). Estima-se que, entre 1814 e 1848, mais de 90% dos estudantes da Faculdade de Medicina de Paris eram oriundos de outras regiões da França ou outros países (PALLUAULT, 1999, p.86). Pela necessidade de estarem próximos de suas atividades, os estudantes das diversas faculdades preferiam residir em algum dos hotéis, pensões, sôtãos ou outras formas de hospedagem que se acumulavam no *Quartier Latin*. Um retrato da vida de um estudante estrangeiro em Paris pode ser encontrado no livro *The Story of San Michele*, do sueco Axel Munthe (1929), ex-aluno de Charcot, no qual, inclusive, são narrados aspectos interessantes de seu relacionamento com o *Maître*, descrito de maneira bem menos elogiosa do que aquela habitualmente encontrada em seus biógrafos.

No entanto, essa hegemonia não durou mais do que meio século, período no qual o desenvolvimento de uma química médica acabou por fazer com que a medicina laboratorial se impusesse à medicina hospitalar à qual a formação francesa permaneceu fixada. Para Ackerknecht, na metade do século XIX, o “clanicismo” estava tão enraizado no modelo francês de formação médica que anulava qualquer proposta de reforma (ACKERKNECHT, 1982, p.152). Nessa época e nesse contexto, a referência no ensino da medicina se deslocaria da França para a Alemanha, e somente a partir da metade da década de 1870, já na Terceira República, com a transformação das faculdades em “escolas de ciência”, o ensino médico francês recuperaria sua respeitabilidade (ACKERKNECHT, 1982, p.151). A audiência às *Leçons du mardi* e *du vendredi* na Salpêtrière, a partir do final dos anos 1870, bem evidenciavam a recuperação daquele respeito.

Por tudo isso, o ingresso de Charcot na Escola de Medicina deu-se em um momento crítico para o ensino médico francês. No início da década de 1840, a grande Era da Escola de Paris havia terminado, ou estava, pelo menos, em sério declínio, resultado, segundo seus críticos, de um estrelismo, de um excesso de individualismo que levava à queda do nível científico (LA BERGE; HANNAWAY, 1998, p.18).

Para a admissão à faculdade não era necessário mais do que a certidão de nascimento e o diploma de bacharelado, além de um certificado de idoneidade moral (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.10) e a simples inscrição habilitava ao início ao curso. Charcot fez sua inscrição junto com mais 2.500 jovens. Segundo Gardner, não havia a princípio uma maior dedicação aos alunos, e muitos deles, até a qualificação como *externes*, primeiro estágio prático do curso, mal haviam lido qualquer tratado médico (GARDNER, 1848, p.157).

Quando da diplomação de Charcot, havia na Faculdade dezoito cadeiras, três delas vagas, sendo que as de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica eram oferecidas em diferentes hospitais (CHARCOT, 1853, p.1). Várias das disciplinas eram ministradas ou complementadas em cursos particulares, paralelos ao ensino oficial, como obstetrícia, doenças da visão, química prática, doenças dos órgãos genito-urinários, entre outras. O próprio Charcot iniciou sua docência lecionando em cursos livres paralelos ao trabalho no Bureau Central (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.50). De certa maneira, esse ensino focalizado acabou por contribuir para o surgimento das especialidades médicas, o que, ainda no final do século XIX, era algo a ser justificado e defendido, como Charcot o fez no discurso de inauguração de sua cátedra em doenças do sistema nervoso, em 1882 (CHARCOT, 1887a, p.6-7).

3.4 A ACADEMIA E O HOSPITAL

À parte do ensino informal, a formação médica institucional ocorria em dois planos, o acadêmico e o hospitalar que, embora imbricados, possuíam uma hierarquia própria. A carreira universitária exigia o título de Doutor em Medicina, e teria início com o posto de Chefe de Clínica, a seguir, o de *agrégé*, que habilitava para a cátedra.

O Chefe de Clínica era submetido a um professor catedrático e a ele cabia o acompanhamento dos alunos nas enfermarias, em uma abordagem essencialmente prática. O posto era oferecido pelo dono da cátedra a um aluno destacado, tal como Pierre-Adolphe Piorry ofereceu a Charcot, em 1853, a clínica de Patologia Interna (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.8).

O posto de *agrégé*, um professor assistente, era a etapa seguinte na carreira, obtido através de concurso público (ACKERKNECHT, 1982, p.150). Sem que recebessem qualquer remuneração, cabia a eles estender o conteúdo das aulas ministradas pelos catedráticos, em média, duas aulas semanais, e substituí-los se eventualmente impedidos de realizarem suas

tarefas. A *agrégation* se mantinha por nove anos, após os quais eles estavam aptos para se candidatar a concursos para as cátedras que viessem a vagar.

Para Stewart (1843, p.132), os grandes nomes da medicina francesa foram *agrégés*. No entanto, Ackerknecht lista uma série de celebridades do meio médico que, ou não foram aprovados em concursos para cátedras, como Babinski, ou sequer tentaram como Magendie, Brown-Sequard e Claude Bernard (ACKERKNECHT, 1982, p.151). Mas, a carreira universitária não deixava de ser um meio seguro para a obtenção de notoriedade, e seu ponto mais alto era o cargo de *Professeur*, também obtido através de concurso, a consagração para os que se dedicavam a ela, especialmente na Faculdade de Medicina de Paris. Havia, quando do doutoramento de Charcot, 23 *Agrégés* e 23 *Professeurs* (CHARCOT, 1853, p.1) e, dentre esses últimos, um a cada cinco anos era nomeado diretor da instituição.

Quanto aos hospitais, os primeiros níveis da carreira, *externes* e, em seguida, *internes*, eram dedicados aos estudantes, e alcançados através de concurso público realizado pela *Assistance Publique*. Os estágios seguintes eram facultados apenas aos já graduados em medicina: o de médico do *Bureau Central d'Admission*, e o de médico de hospitais, como chefe de alguma enfermaria ou serviço em um hospital. A partir daí, a mobilidade era entre serviços, buscando-se a chefia de um serviço de maior prestígio.

Para se habilitar ao externato, que durava um ano, era exigida do estudante a conclusão de um curto ciclo de disciplinas do curso médico e a aprovação em um exame do qual faziam parte a anatomia, a semiologia e rudimentos de cirurgia. A rigor, essa era a primeira verdadeira seleção a que se submetiam os pretendentes à carreira médica, uma vez que, para o ingresso na faculdade, quase nada era exigido. Ainda assim, a cada ano, eram selecionados como *externes* centenas de estudantes que recebiam a permissão para a realização de procedimentos mais simples junto aos pacientes. Eles não tinham direito a qualquer tipo de remuneração, sendo a experiência e a habilitação para o concurso para *interne* seus únicos ganhos (STEWART, 1843, p.21).

A eleição para *internes* de clínica ou cirurgia era feita através de concurso também realizado pela *Assistance Publique* uma vez ao ano, no mês de novembro, para um período de quatro anos. O candidato deveria ter mais do que dezoito anos e ter cumprido um período mínimo de um ano como *externe*. Eles eram obrigados a residir no hospital, recebiam um pequeno salário e alimentação, e estavam diretamente submetidos a um clínico ou a um cirurgião, a quem cabia acompanhar na visita matinal aos pacientes. Era também tarefa do *interne* a visita noturna às enfermarias de seu preceptor, bem como as prescrições em sua ausência ou em situações de emergência (STEWART, 1843, p.20). Sendo em geral estudantes

diferenciados, eles conseguiam algum dinheiro além de sua bolsa através de aulas particulares, teóricas e práticas, ministradas para pequenos grupos de *externes*. O considerável desnível entre o *externe* e o *interne* fazia com que o concurso para a progressão fosse muito disputado, exigindo uma trabalhosa preparação por parte do candidato (e, se possível, alguma ajuda externa). Ao melhor colocado cabia uma medalha de ouro que lhe trazia grandes benefícios. Em 1848, Charcot foi aprovado para o internato em quinto lugar, entre as 18 vagas oferecidas (BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, 1848, p.562).

Uma vez Doutor em Medicina, cujo diploma era obtido após o sucesso nas avaliações relativas a cada um dos quatro anos do internato, e a defesa de uma tese, o médico poderia se candidatar a um posto no *Bureau Central*, através de um concurso. O *Bureau Central* foi criado em 1801 pela prefeitura de Paris para fazer a triagem entre os verdadeiros doentes e aqueles que buscavam os hospitais, principalmente no início do inverno, apenas para encontrar abrigo e alimentação (BARRILLÉ, 2010, p.210). Desde sua criação, a internação nos hospitais estaria dependente do encaminhamento vindo de lá. Nele, consultas gratuitas eram oferecidas todos os dias das nove da manhã às quatro da tarde por *médecins* e *chirurgiens du Bureau Central*, admitidos por concurso para um período de cinco anos, em geral renováveis. Além de fornecerem um atendimento básico, realizando curativos e pequenos procedimentos aos doentes que acorriam ao serviço, cabia a eles a indicação das internações (CONSEIL GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX, HÔSPICES CIVILS ET SECOURS DE LA VILLE DE PARIS, 1824). O encaminhamento a um ou outro hospital da cidade era dependente da disponibilidade de vagas, mas os próprios hospitais, quando também possuíam o serviço de consultas, poderiam no caso de urgências, proceder à internação. À parte dessas determinações, os pacientes acometidos de doenças venéreas, especialmente as *femmes publiques*, eram admitidos no hospital *des Vénériens* através de um bureau próprio (CONSEIL GÉNÉRAL D'ADMINISTRATION DES HÔPITAUX, HÔSPICES CIVILS ET SECOURS DE LA VILLE DE PARIS, 1824, p.381), e os portadores de sarna ou outras doenças contagiosas da pele não eram internados, mas tratados em serviços específicos. No entanto, o baixo desempenho do serviço ao final do século, fosse pelo excesso de burocracia, pela eterna superlotação dos hospitais ou pela má remuneração dos médicos, acabou por fazer com que o *Bureau* viesse a ser desativado em 1895 (BARRILLÉ, 2010, p.210-211).

Os médicos do Bureau, por sua vez, estavam habilitados a prestar concurso para se tornarem chefes de clínica dos hospitais (INSTITUT FRANÇAIS DES SCIENCES

ADMINISTRATIVES, 1979, p.85). Os quadros dos hospitais eram compostos por um número de *médecins de l'Hôpital* proporcional ao número de leitos de sua clínica, cabendo a cada um deles atender a cerca de sessenta pacientes. Em suas visitas matinais diárias à enfermaria, eles prescreviam, decidiam a dieta dos pacientes, as condições de alta, preenchiam os prontuários, deliberavam sobre medidas clínicas suplementares, impondo o mais estrito respeito ao tratamento. Além disso, eles deveriam, em regime de rodízio, prestar as consultas externas oferecidas pelo hospital. Cada um deles tinha direito a um ou mais internos e externos, de acordo com a dimensão do seu serviço, um estudante da farmácia, um enfermeiro para cada ala, e uma irmã de caridade para cada serviço, masculino e feminino. Para serem elegíveis ao cargo, a idade mínima para os cirurgiões era de trinta anos e para os clínicos trinta e cinco (STEWART, 1843, p.18-19). Charcot ingressou como médico na Salpêtrière aos 37 anos.

3.5 O INÍCIO DA CARREIRA MÉDICA

Ao final de 1846, Charcot foi aprovado como externo. Em dezembro do ano seguinte prestou exame para o internato levando uma carta de recomendação à banca examinadora da parte de Jean-Baptiste Louis Régnier, seu preceptor no externato (GUILLAIN, 1959, p.6). Apesar disso, foi reprovado no exame, sendo nomeado “interno provisório” no hospital *Saint Louis*, até prestar novo concurso ao final de 1848, quando foi aprovado em quinto lugar, atrás de Alexandre Axenfeld, outra futura celebridade da medicina de seu tempo, e à frente de Félix Vulpian (BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE, 1848, p.562).

Como interno Charcot deveria cumprir um rodízio por quatro hospitais ao longo de quatro anos. Segundo Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.16), não há certeza quanto às suas atividades no primeiro ano, mas os anos seguintes, cada um por uma razão, marcaram sua carreira. Em 1850 ele atuou no *Hôpital de la Pitié*, junto a Pierre Adolphe Piorry que lhe permitiu a primeira experiência na vida acadêmica ao lhe oferecer, em 1853, logo após sua formatura, o posto de chefe de clínica que ele ocupou durante três anos. Em 1851, no *Charité*, ele conheceu Pierre Rayer, cujo apadrinhamento lhe trouxe inúmeros benefícios. Em 1852, ele foi interno junto a Henri Cazalis na Salpêtrière, hospital ao qual seu nome ficou definitivamente associado.

Nove anos após seu ingresso na Faculdade – quatro de curso, um de externato e quatro de internato –, no dia 16 de março de 1853, Charcot defendia ante uma banca presidida por

Piorry sua tese de doutoramento em medicina, *Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive), etc.* (CHARCOT, 1853). Sua longa dedicatória incluía sua família, seus preceptores, com destaque para Rayer, Requin e Piorry, e a seus amigos, em primeiro lugar Vulpian.

Em seu comentário sobre a tese, Marcel Kahn (2012, p.94) supõe que o tema tenha sido idealizado pelo próprio Charcot, já que Cazalis, preceptor em seu último ano de internato, jamais deu mostras de qualquer interesse por aquela patologia, que hoje se confundiria com a artrite reumatoide. Baseada na observação de quarenta pacientes e seis autópsias, com descrições e desenhos retratando de forma precisa as deformações impostas pela doença, ele apresentou à banca um quadro clínico ainda praticamente desconhecido, sendo aprovado com o grau máximo.

Logo após a formatura, Charcot foi convidado por Piorry para atuar como chefe de clínica no hospital *de la Charité*, permanecendo no cargo entre 1853 e 1855. Embora Piorry não tenha se envolvido com o estudo do sistema nervoso, sua proposta de ensino à beira do leito, assim como sua adesão ao uso do microscópio influenciaram a carreira de Charcot. Porém, mais importante do que isso foi o fato de que, ao nomeá-lo para a função, Piorry marcou o início de sua trajetória universitária (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.18).

3.5.1 Rayer, o amigo influente

Já a preceptoría de Rayer durante o internato no hospital *de la Charité*, em 1850, revelou-se bem mais marcante. De acordo com Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.19), o acolhimento e a amizade de Rayer abriram para Charcot portas do mundo social e científico que, sem seu apoio, dificilmente se abririam. À época, a figura de um mentor era imprescindível para o desenvolvimento da carreira médica, para a obtenção de postos influentes e para a aquisição de credibilidade. A partir de Rayer, Charcot tornou-se membro, em 1851, da conceituada *Société de Biologie* (GUILLAIN, 1959, p.7), passando a conviver com alguns dos mais expressivos nomes da medicina parisiense, como Claude Bernard, Émile Littré e Paul Broca. No mesmo ano, e ainda que à época não fosse sequer graduado em medicina, ele apresentava pela primeira vez à *Société* um caso clínico: o exame anatomopatológico das anomalias correlatas a um *pé varo* em um paciente de Rayer. Graças ao seu mentor, ele teve a oportunidade de redigir artigos remunerados para o quarto volume

dos *Eléments de pathologie médicale* de 1863 publicado por Achille Requin, sendo também sugestão de Rayer que Charcot se instalasse na *rue Laffitte*, região de bancos e altos negócios, ao alcance de uma clientela mais abastada (THÉODORIDÈ, 1994, p.314). Foi ele também quem apresentou Charcot ao banqueiro Achille Fould, senador e Ministro das Finanças de Napoleão III, indicando-o como médico da família Fould, bem como a outras celebridades bonapartistas. No entanto, como condição para atender aqueles e outros clientes da elite parisiense seria necessário, segundo Rayer, que ele raspasse os bigodes que até então usava, com o que Charcot prontamente concordou (TRILLAT, 1991, p.137).

Em 1856, Charcot obteve o título de *Médecin des Hôpitaux de Paris* e foi admitido como médico do Bureau Central, onde permaneceu até 1862. A rigor, sua tarefa não tinha a ver com a prática hospitalar, mas sim, com o atendimento ambulatorial e, ainda assim, realizando apenas triagens para os hospitais parisienses (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.34). Durante esse período, paralelo ao consultório, ele ministrava cursos livres de clínica como forma de aumentar sua receita.

Em 1857, Charcot se submetia pela primeira vez ao concurso para *l'agrégation* apresentando a tese *De l'expectation em médecine* (CHARCOT, 1857). Em que pese, a qualidade de seu texto sobre as questões éticas e técnicas da atitude expectante, sua inabilidade para falar em público conduziu sua apresentação oral ao fracasso, culminando em sua reprovação.

E o fiasco quase se repetiu três anos mais tarde, quando de sua segunda tentativa para a obtenção do cargo. Ao apresentar a tese sobre pneumonias crônicas, em 1860, a mesma dificuldade para a oratória novamente entrava em cena. Angustiado, ele terminava apressadamente sua exposição e ameaçava descer do tablado, quando foi veementemente impedido por Rayer, membro da banca examinadora, que o obrigou a retornar e encerrar decentemente sua prova didática. Charcot imediatamente o obedeceu, acabando por ser aprovado para o cargo (THÉODORIDÈS, 1994, p.313). A atitude de Rayer foi lida por Guillaín como um “inestimável serviço prestado à neurologia francesa” (GUILLAIN, 1959, p.9), ainda que admitisse que ela se tornou um argumento para os críticos de Charcot. Como exemplo, vale lembrar que ela foi considerada pelo médico Charles Grimberty, por ocasião do centenário do nascimento de Charcot, “um impressionante exemplo da boa ação – ou do desserviço, dependendo do ponto de vista – do ‘discipulismo’ próprio de nossa moralidade médica” (GRIMBERT, 1925, p.87).

Em 1867, ano da morte de Rayer, Charcot lançava sua primeira tentativa de obtenção de uma cátedra no concurso para duas vagas em Patologia Interna. Em meio a nove

candidatos, Axenfeld foi o primeiro colocado para a primeira vaga, cabendo a ele somente a terceira colocação na segunda vaga, sendo, portanto, reprovado (GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, 1867, p.68). Axenfeld, que morreu prematuramente, em 1876, aos 50 anos, foi brilhante em sua breve carreira, mais bem classificado do que Charcot no internato, iniciando a trajetória universitária quatro anos antes dele e reconhecido como muito melhor orador. Apesar de Charcot possuir um número maior de publicações, assim como uma rede de relacionamentos bem mais influente, na primeira fase do concurso Axenfeld obteve 16 indicações entre as 23 possíveis, enquanto que Charcot não obteve uma sequer. Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.43) sugerem que o resultado tenha sido determinado por um conjunto de fatos, a começar pelas deficiências de Charcot como orador, em comparação com seu concorrente. Além disso, a falta de um foco em sua produção acadêmica foi um ponto levantado contra ele. No entanto, ironicamente, quando Henri Huchard ampliou o tratado de Axenfeld sobre as neuroses, publicando uma segunda edição em 1883, a seção sobre a histeria se configurou como um verdadeiro desfile dos artigos e ideias de Charcot (AXENFELD; HUCHARD, 1883, p.917-1152).

Para Lellouch (1992, p.29), o que parece mesmo fundamental para a reprovação de Charcot foi a ausência de Rayer, morto naquele ano, ainda que fosse, à época, já um tanto impopular no meio, após ser imposto por Napoleão III como diretor da Faculdade de Medicina, reduto de republicanos²⁴. Na ausência do mentor, quem assumiu a defesa enfática de Charcot ante as críticas do júri foi Jules Béhier, membro da banca e amigo do ministro da Educação. Porém, sua atitude, ao contrário de decidir a favor de seu candidato, foi tomada como mais uma ingerência nos assuntos da Faculdade, alimentando a rejeição por ele (POILIQUN; LANGLAIS; OBIN, 2007). Em sua recomendação, Béhier dizia: “Independente do que digam, o Sr. Charcot possui, plenamente, as qualidades de exposição e de locução esperada de um de nós” (LELLOUCH, 1992, p.19). Em seu veredito, inserido no contexto político, a banca retrucou: “Independente do que digam, Charcot não alcança uma unanimidade neste final do Segundo Império” (LELLOUCH, 1992, p.19).

²⁴ Uma observação dos pressupostos sociopolíticos que se sucederam na França ao longo da carreira de Charcot, e as consequentes reviravoltas no universo acadêmico em que ele esteve inserido se configurariam como um desvio da proposta essencialmente internalista dessa tese. No entanto, é interessante assinalar que o modelo de ensino médico recebido por Charcot tinha raízes no governo revolucionário que substituiu o reinado dos Bourbon. Seu curso, que teve início durante a Restauração da monarquia, no reinado de Louis-Philippe, da casa de Orleans, foi abalado por uma revolução e concluído na Segunda República. A carreira médica de Charcot atravessou o Segundo Império, sob Napoleão III. Sua atividade docente foi interrompida pela guerra franco-prussiana e por um sítio a Paris, e findou, com sua morte, durante uma outra república, a Terceira.

Ao que parece, a experiência de Charcot em concursos teria gerado duas de suas características. A primeira, que talvez remeta a si mesmo: quando membro de banca, uma reiterada (e reiteradamente criticada) parcialidade em favor de seus pupilos mais próximos, como é confirmado por Souques e Meige (1939, p.342). A segunda, talvez referente à memória de Axenfeld: uma crítica à menor importância da produção acadêmica na avaliação do candidato em comparação com sua capacidade oratória. Especificamente, quanto à reprovação de 1867, Lellouch entende que esse episódio o teria levado à decisão de deixar de lado a medicina interna em favor das doenças do sistema nervoso (LELLOUCH, 1992, p.19).

3.5.2 Vulpian, o amigo acadêmico

Em 1872, quando Vulpian preferiu chefiar a cadeira de Patologia Experimental, deixando vaga a titularidade da Anatomia Patológica que ocupava desde 1867, Charcot, finalmente, alcançou sua primeira cátedra, ocupando-a até 1882, ano da criação da cadeira de Doenças do Sistema Nervoso. Esse foi mais um elo na ligação entre Charcot e Edmé Felix Alfred Vulpian, ex-colega de internato, dois meses mais velho, tido como seu maior amigo e parceiro em várias circunstâncias (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.295). Bogousslavsky, Walusinski e Moulin (2011) traçam uma interessante comparação entre as duas carreiras que tantas vezes se cruzaram, ou mesmo se fundiram, como na criação dos *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, em 1868. Aprovados, ambos, para o internato em 1848 e formando-se juntos em 1853, os dois iniciaram em 1862 o trabalho como Chefes de Serviço no mesmo hospital, a Salpêtrière, e durante cinco anos se ocuparam da reorganização de seus serviços, agrupando e classificando seus pacientes em categorias diagnósticas e retirando-os da condição generalizante de “*insensés*”. Publicando artigos que apresentavam juntos, como os estudos sobre a esclerose múltipla e a paralisia infantil atrofica, idealizaram e montaram o laboratório de anatomia patológica que tanto contribuiu para criar uma sólida imagem como cientistas junto à classe médica parisiense. Vulpian, ao mesmo tempo em que investia em uma trajetória universitária, trocava, em 1869, a Salpêtrière pelo hospital *dela Pitié*, indo em seguida para o *Hôtel-Dieu*, ponto mais alto na carreira hospitalar em Paris. Charcot, pelo contrário, jamais deixou o *Hospice de la Vieillesse – Femmes*, e isso talvez ajude a explicar o desenvolvimento mais rápido da carreira de seu amigo.

Experimentado precocemente um sucesso absolutamente à parte de quaisquer interferências políticas, em 1867 Vulpian já era nomeado para a sua primeira cátedra, de Anatomia Patológica, que veio a ser, a partir de 1872, também a primeira de Charcot. Por

ocasião do concurso, Vulpian já havia ganho prêmios em fisiologia experimental e possuía cerca de 170 publicações (treze delas com Charcot), sendo que cerca de 60 na conceituada área da fisiologia. À época, Charcot não contava sequer a metade dessas publicações, sendo todas nas áreas da clínica médica ou da patologia, bem menos valorizadas (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.43). Três anos depois, Vulpian era eleito diretor da Faculdade de Medicina e sua eleição para a mais prestigiada instituição científica na França, a *Académie des Sciences*, ocorreu relativamente cedo, em 1876. Charcot, ao contrário, somente foi aceito em novembro de 1883. Até então, ele se candidatou por três vezes, sendo-lhe negado o ingresso, em uma das vezes por unanimidade entre os 57 votantes (ACADÉMIE DE SCIENCES, 1882, p.925). Para Lellouch, foi a apresentação elogiosa do candidato feita por Vulpian o que teria feito “pender a balança” em favor de Charcot quando de seu ingresso em 1883 (LELLOUCH, 1992, p.34).

Porém, paralela à mortificação por aquela unânime rejeição, o ano de 1882 brindou Charcot com uma conquista única: ele seria, em toda a história do ensino médico, o primeiro catedrático de uma disciplina de Clínica de Doenças do Sistema Nervoso. A criação da cadeira pode ser entendida como um reconhecimento oficial pela Faculdade de Paris da importância de seu percurso de dezesseis anos ministrando cursos livres sobre neuropatologia.

Não que tenha sido um gesto de boa vontade do corpo docente da instituição, reconhecendo o merecimento de um colega. Quando da referência pelo diretor Vulpian ao projeto, as críticas foram imediatas, como a de Lasègue, que manifestava suas reservas quanto à criação de uma cátedra para uma pessoa e não para uma matéria. Charcot, presente à reunião, ouviu essas e outras pesadas críticas em silêncio. Em contrapartida, professores amigos teceram elogios diversos e expressaram o reconhecimento de Charcot como o organizador da moderna neurologia, de maneira que, ao final da reunião, a criação da cátedra foi aprovada (GELFAND, 1994, p.310).

3.5.3 Bourneville, o amigo militante – o anticlericalismo

Quando da inauguração da cátedra, seu amigo Desiré-Magloire Bourneville elogiava no *Le Progrès Médical* a proposta do conselho municipal, do qual ele fazia parte, de apoiar o mais amplamente possível as iniciativas que revertersem em benefício da saúde da população, ao contrário da política previamente reinante na Assistência Pública, que se opunha a toda

criação científica (LE PROGRÈS MÉDICAL, 1882, p.320). “Previamente”, para Bourneville, queria dizer anterior à Terceira República da qual ele era um ferrenho partidário²⁵.

Republicano, livre-pensador e, naquele contexto, inevitavelmente anticlericalista, para Gateaux-Mennecier (2003), a figura de Bourneville simbolizava a dupla vocação do médico francês à época: ele foi vereador e mais tarde deputado e, ao mesmo tempo, clínico, pesquisador, fundador e ativo colaborador de publicações médicas. Parlamentar de extrema-esquerda era defensor do ensino laico e gratuito, ativista de programas sociais e de reformas no sistema hospitalar que deveriam se iniciar pela laicização das instituições. Uma breve nota não assinada no *Le Progrès Médical* (1886, p.182), mas provavelmente dele enquanto Editor, reclamava enfaticamente providências nesse sentido. Apesar de destacado benfeitor do serviço de Charcot, onde havia cumprido um ano de seu internato, Bourneville era alienista-chefe em *Bicêtre*. Porém, era de seu interesse que o posicionamento epistemológico da Salpêtrière se impusesse.

Nada do radicalismo de Bourneville pode ser encontrado nas posições de Charcot, a não ser, talvez, a defesa do livre-pensamento e a convicção própria de todos os médicos anticlericalistas de sua época quanto ao obstáculo representado pelo imaginário religioso à evolução da ciência. Seu trabalho junto a Paul Richer, *Les démoniaques dans l'art* (CHARCOT; RICHER, 1887), e o artigo *La foi qui guérit*, de 1892 (CHARCOT, 1897), são expressões desse ponto de vista.

Apesar disso, na vigência da “Escola da Salpêtrière” a respeitabilidade alcançada pela medicina a partir de sua nova vertente tecnicista e positivista proposta por Bernard, Littré, Bourneville, entre outros, conferia ao discurso médico uma respeitabilidade que o transformava em um fator indireto de sustentação para a Terceira República, cujo período inicial, a partir de 1870, foi de grande instabilidade. Ameaçado pela chamada “Ordem Moral”, coalisão católica ultraconservadora e monarquista que articulava o retorno de Napoleão III, o regime só se consolidou a partir da vitória dos republicanos nas eleições de 1877. Referindo-

²⁵ O primeiro período republicano na França teve início três anos após a Revolução, em 1792, com a abolição da monarquia dos Bourbon, e terminou com o golpe de estado do “18 Brumário” imposto por Napoleão Bonaparte, em 1804, autoproclamado imperador Napoleão I. O Primeiro Império durou até o exílio de Napoleão na ilha de Elba, em 1814. Após trinta e quatro anos de regime monárquico, a abdicação de Louis-Philippe, de Orléans, resultado de intensa pressão popular, levou à instalação da segunda República, em 1848, com um governo provisório liderado por Alphonse Lamartine. No ano seguinte foram convocadas eleições, sendo eleito Louis-Napoléon Bonaparte, sobrinho de Napoleão I que, a exemplo do tio, após dois anos de governo se autoneomeava imperador Napoleão III. Ao final de 1851, a Segunda República dava lugar ao Segundo Império. Em julho de 1870, Napoleão III declarava guerra à Prússia, que impôs um penoso sítio a Paris, além de capturar o imperador na batalha de Sedan, levando à rendição dos franceses. Enquanto isso, na capital, o deputado de esquerda Léon Gambetta proclamava o fim do império e o nascimento, em setembro de 1870, da Terceira República.

se às ações da “Ordem Moral”, o deputado Léon Gambetta, em 4 maio de 1877, pronunciava diante da Assembleia Nacional um breve discurso que terminaria com uma frase histórica: “O clericalismo? Eis aí o inimigo!” (JOURDAN, 2002, p.137)²⁶.

Segundo Goldstein (1982, p.222), a escolha metodológica de Charcot e de seus aliados já implicaria, *per se*, uma escolha política. O terceiro estágio comteano, o da ciência positiva, ao impor a ultrapassagem dos estágios teológico e metafísico, qualificava como retrógrada a ciência que esteve atrelada à monarquia. A medicina positivista e o anticlericalismo eram duas formas de expressão da afirmativa de superioridade da Terceira República, que se opunha à força impeditiva do progresso, tanto científico quanto social, característica dos regimes anteriores. Nesse sentido, é bom lembrar que tanto os Bourbon e os Orleans como os Bonaparte se valeram da Igreja como um elemento de sustentação aos seus regimes, por mais diferentes que se apregoassem, ao longo do que Vicaire (1949, p.318) conceituou como “a grande época do catolicismo francês”.

É também Goldstein (1982, p.224) quem nos lembra de que o Império era bastante simpático à ideia de expansão do alienismo ou, mais exatamente, do asilamento uma vez que essa era uma estratégia preventiva contra movimentos populares contrários ao bonapartismo²⁷. No entanto, o materialismo reinante entre os alienistas era uma afronta aos dogmas da Igreja, no caso uma aliada bem mais importante. Isto teria levado o Império a atuar diretamente no ensino, intervindo sobre alguns cursos livres ministrados na Faculdade de Medicina, como o de Axenfeld sobre Johannes Weyer, cujas posições eram tomadas como metáforas do enfrentamento aos regimes autoritários, em defesa da ciência. Uma intervenção ainda mais contundente foi a imposição ao ministro da Instrução Pública, por parte de autoridades do clero, no sentido de que ele revogasse a diplomação de P.J. Grenier pelo caráter ofensivo de sua tese de doutoramento *Étude médico-psychologique du libre arbitre humain*, além de uma advertência pública a seu orientador, também Axenfeld (GOLDSTEIN, 1882, p.226). Como resultado, a tese de Grenier, repleta de referências a Comte, foi anulada, e ele só recuperou sua habilitação após apresentar uma outra tese sobre um tema neutro.

²⁶ O período inicial da Terceira República, cuja sede era Versailles, foi marcado por outra ameaça, além dos conservadores monarquistas da Ordem Moral: paradoxalmente, um movimento revolucionário radical de extrema esquerda sediado em Paris, a “Comuna”, que exigia reformas fundamentais em favor da classe operária. O movimento foi esmagado pelas forças legalistas, em setembro de 1871, após uma semana de violentos combates. Quanto aos monarquistas, com a vitória dos republicanos nas eleições de 1874 e 1875 eles perderam gradativamente sua força, e a Terceira República se impôs definitivamente, sustentando-se até 1940.

²⁷ Napoleão III mantinha estreita vigilância sobre a população, cuidando de eliminar toda a oposição, para o que limitou o direito de reunião, manteve a imprensa sob controle, chegando a dissolver a Assembleia, em 1857.

Bourneville utilizava os meios disponíveis como veículos de difusão não só das ciências médicas, mas, também, de seus interesses corporativos e ideológicos (GATEAUX-MENNECIER, 2003, p.14). O jornal *Le Progrès Médical*, fundado por ele em 1873, tornou-se o registro do que havia de inovador na medicina parisiense e francesa, tendo em Charcot seu mais renomado colaborador. Para Charcot, ao mesmo tempo em que seu nome avalizava a excelência da publicação, o papel que nela desempenhava reforçava sua autoridade no meio médico e, por conseguinte, a validade do regime que ele defendia. Esse mesmo arranjo operava em relação às suas aulas, fossem em cursos livres, fossem nas apresentações das sextas-feiras ou, mais tarde, nas *Leçons du Mardi*. Uma visita de Gambetta e outros parlamentares à Salpêtrière, com direito a uma demonstração de “sessões de magnetismo verdadeiramente científicas” foi pauta para a imprensa médica (L’UNION MÉDICALE, 1878, p.828).

O sucesso das aulas públicas ministradas por Charcot também foi, ao mesmo tempo, causa e efeito da progressiva consolidação de seu prestígio, ao longo dos anos 1870 e 1880, ocorrendo paralelo ao reconhecimento da Salpêtrière como uma Escola na neurologia. Por isso mesmo, suas possibilidades como instrumento político não deixariam de ser percebidas e utilizadas. Walusinski destaca o formato de verdadeiros shows adquirido por elas, cuidadosamente preparadas para provocarem o mais duradouro impacto na audiência, o que era reforçado pela presença de celebridades alheias ao meio médico. Por mais que a originalidade do tema já se constituísse em um fator de atração, Charcot ainda se valia de algumas artificialidades, como a escolha certa das pacientes histéricas a serem apresentadas nas aulas: no total, apenas vinte e quatro entre as duzentos e cinquenta histeroepiléticas de seu serviço foram consideradas aptas a ilustrar as diversas formas da histeria (WALUSINSKI, 2014, p.80).

Walusinski²⁸ entende que essa vulgarização tinha, ainda, um propósito político, uma vez que seu sucesso alcançava um público para além da academia, transformando-a em propaganda para a Terceira República. Mas, por outro lado, ele credita em parte a esse formato o descrédito póstumo dirigido à figura de Charcot e às suas propostas. Aquelas apresentações rapidamente se transformaram em fontes de inspiração para uma literatura menor, para o *vaudeville* ou outros espetáculos populares, desviando o foco de sua essência.

3.6 O RETORNO À SALPÊTRIÈRE

²⁸ Comunicação pessoal.

Não se pode negar que a intervenção de pessoas certas em momentos certos foi decisiva para os rumos tomados pela carreira de Charcot. Mas, tampouco se pode desconsiderar a agudeza de sua percepção quanto ao que lhe poderia ser mais benéfico, bem como sua aptidão para tirar o melhor proveito das oportunidades que lhe foram dadas. E muito menos se pode negar seu talento para aprimorar o que lhe era oferecido, do que um excelente exemplo é a transformação que empreendeu no *Hôspice de la Vieillesse – femmes*, instituição em que ele e Felix Auguste Vulpian ingressaram, no início de 1862, e na qual, como relata Catherine Bouchara (2013, p.33), nenhum jovem médico de sua geração desejava fazer carreira.

3.6.1 O museu patológico vivo

Sigmund Freud, que frequentou a Salpêtrière entre outubro de 1885 e fevereiro de 1886, teria ouvido de Charcot que, enquanto *interne* na instituição, em 1852, costumava dizer: “*Faudrait y retourner et y rester*” (FREUD, 1996a, p.21), no que manteve sua palavra, e tão logo foi habilitado como *médecin des hôpitaux*, em janeiro de 1862, ele retornou ao então asilo e lá permaneceu até o fim de sua vida.

Swain (1997, p.23) observa que a nomeação para um posto na Salpêtrière não era à época algo muito cobiçado, a não ser para encerrar um período de seis anos como médico do Bureau Central. Quando Charcot e Vulpian lá chegaram, o *Hôspice* abrigava, além de moradoras sãs que desempenhavam serviços diversos dentro e fora da instituição, e outras que ali estavam somente pela condição de indigência, um grande número de “incuráveis” de todas as idades e diagnósticos, entre elas, inúmeras pacientes neurológicas (GUILLAIN, 1959, p.9). Nomeado chefe do Serviço de pacientes crônicos, Charcot, na primeira inspeção a seu Serviço, percebeu que se encontrava em um “museu patológico vivo” (CHARCOT, 1887a, p.4), antecipando as investigações científicas que poderia realizar. Ainda no relato de Freud (1996a, p.26), a cada visitante Charcot justificava: “Aqui pode não ser bonito... mas há espaço para fazer tudo o que se quiser”.

E não devia, mesmo, ser bonito. No início de 1852 o asilo de idosas abrigava mais de cinco mil mulheres, a maioria acima de sessenta anos, portadoras de doenças tidas como incuráveis e deixadas sem tratamento, sendo um terço delas composto por pacientes alienadas. Havia mais de três mil pacientes crônicas não alienadas, assistidas por uma equipe de cerca de 700 pessoas, incluindo 30 médicos, sendo sete deles, chefes de serviço (BASE DE

DONNÉES INTERNATIONALE DU PATRIMOINE DU GENIE CIVIL, 2013). À frente de um Serviço enorme, cabia a Charcot a assistência a duzentos leitos da enfermaria geral e ao departamento das anciãs indigentes, no caso, as pacientes mais graves e aquelas incuráveis (BONDUELLE, 1997).

Mas, parecia haver espaço para fazer tudo o que Charcot se propunha a fazer. Sua ideia era transformar a Salpêtrière em um incomparável espaço de ensino, aproveitando o vasto campo prático que sua superlotação oferecia. No entanto, ele cuidaria para que isso fosse feito sob o amparo de uma metodologia segura que o permitisse colocar em prática a técnica anatomoclínica em acordo com o modelo epistemológico positivista vigente (GOLDSTEIN, 1997).

3.6.2 Corpos, microscópios e correntes elétricas

No capítulo anterior, o método anatomoclínico de Charcot foi apontado como a versão novecentista do trabalho de Morgagni, assim como os experimentos eletrofisiológicos de Duchenne de Boulogne foram relacionados aos postulados de Galvani. Mas, efetivamente, qual era a metodologia colocada em prática por Charcot e Duchenne de Boulogne na Salpêtrière?

Quanto a Charcot, seu minucioso trabalho se dava em dois estágios. No primeiro, ele analisava detalhes do comportamento do paciente, suas anomalias diversas, seu padrão de reações, com o acompanhamento e o registro meticolosos da evolução da doença, inclusive através de fotos. O segundo estágio se iniciava após a morte do paciente, através de uma detalhada autópsia com a retirada e a fixação de peças anatômicas e de cortes histológicos. As anomalias observadas nesse material eram relacionadas às características clínicas registradas no estágio anterior, levando a novas deduções que ampliavam o conhecimento sobre a doença.

A abordagem da esclerose em placas apresentada nas conferências 6 e 7 do primeiro volume das *Leçons sur les Maladies du Système Nerveux* (CHARCOT, 1872-1873c) é uma excelente ilustração da aplicação do método. Após breve histórico da doença, ele apresenta uma descrição minuciosa da anatomia e da histologia patológicas em várias estruturas encefálicas, evidenciando as lesões sob a forma de placas esclerosadas disseminadas pelo cérebro e pela medula espinhal, comparando os achados com os achados próprios da sanidade, chegando, inclusive, a discutir a preparação das peças. Em seguida, descreve a clínica localizando a sintomatologia ao longo do corpo, remetendo-a a anatomia patológica e confrontando-a com os diagnósticos diferenciais, entre eles, com um outro importante objeto

de seu trabalho, a “doença de Parkinson”, ou, à época, “paralisia agitante” (CHARCOT, 1872-1873d, p.139). Ao longo de todo o texto, ele se dirigiu à literatura francesa e estrangeira, ora confirmando ora rejeitando pressupostos.

3.6.3 Novas palavras: *électrique, électriser, électrisation*

Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.78) descrevem Duchenne de Boulogne como uma figura marginal ao meio acadêmico de sua época. Sem qualquer vinculação universitária ou hospitalar, ele circulava pelos diversos serviços médicos em Paris, cujos chefes autorizavam sua presença. Charcot o conheceu em *La Charité*, em 1851, quando ainda era interno de Pierre Rayer. Em 1862, ano da reentrada de Charcot na Salpêtrière, coincidentemente, Duchenne ali se encontrava, desenvolvendo experimentos relativos à estimulação elétrica da musculatura esquelética. Ao obter a chefia de serviço, Charcot o convidou a se associar a ele e Vulpian nos trabalhos a que davam início.

Quanto a essa associação, Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) dão destaque à sugestão dada por Duchenne, entusiasta da fotografia, para o uso dessa técnica como recurso de documentação de experimentos, como já vinha fazendo em suas experiências de estimulação elétrica da musculatura facial, com a obtenção de mímicas das diversas emoções. A sugestão parece ter sido bastante eficaz, já que Charcot, prontamente, criou um laboratório de fotografia e documentação visual das patologias nervosas, que veio a se transformar em uma característica marcante da Escola da Salpêtrière (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.79).

Em seu bem documentado procedimento para a ativação da musculatura referente à expressão facial, em um primeiro momento, Duchenne estimulava cada músculo isoladamente, de um lado e de outro da face, avaliando as respostas, para, em seguida, estimulá-los de maneira combinada, dois a dois ou três a três, registrando em fotografias o resultado da ativação em conjunto (DUCHENNE, 1862, p.17). A técnica de estimulação de feixes musculares era também utilizada para a identificação de lesões neurológicas subjacentes a quadros clínicos, como atrofias ou ataxias. Em *De l'atrophie aiguë et chronique de la moelle et du bulbe rachidien*, publicado em 1870 em parceria com Alix Joffroy (DUCHENNE; JOFFROY, 1870, p. 499-515), a maior parte das proposições etiológicas estão fundamentadas nos resultados dessa técnica.

Charcot e Duchenne não publicaram em parceria, mas, como observa o historiador Liborio Dibattista, algumas entidades clínicas identificadas por Duchenne tiveram seus

fundamentos anatomopatológicos descritos por Charcot. Por outro lado, Dibattista computou, apenas no volume III das Obras Completas de Charcot, cento e dezoito ocorrências dos termos “*électrique*”, “*électriser*” e “*électrisation*”, em uma inequívoca demonstração da importância do eletrodiagnóstico no trabalho cotidiano na Salpêtrière (DIBATTISTA, 2000, p.1-2). Charcot se propunha a abordar a clínica de doenças do sistema nervoso, inclusive a histeria, a partir de uma combinação dos elementos da eletrofisiologia com os de anatomia patológica e, em seu alinhamento com o positivismo, técnicas como essas permitiam um registro e uma mensuração de respostas cuja objetividade atendia às suas expectativas.

3.6.4 A escola neurológica da Salpêtrière

Pelos longos anos de trabalho no *Bureau Central* como triagista do sistema hospitalar, o interesse de Charcot ao chegar à Salpêtrière carecia de um foco, variando desde o reumatismo, tema de sua tese de conclusão do curso médico, até questões diversas da clínica médica. Mas, a própria população do *Hôspice* orientou seu olhar em direção às patologias crônicas, em grande parte, referentes ao sistema nervoso. Segundo Bonduelle (1997, p.167), pretendendo um desenvolvimento e aprofundamento do método anatomoclínico e sua utilização nas dependências da Salpêtrière, uma das primeiras providências tomadas por Charcot e Vulpian foi a criação de um laboratório. Limitados, em um primeiro momento, a alguns microscópios e uma mesa de necropsias, alocados em uma antiga cozinha abandonada, os resultados teóricos e clínicos de suas pesquisas avalizavam os recursos solicitados para a aquisição de tecnologia e instalações dignas.

Segundo o texto de Guillaín (1959) o que se pode perceber é que, apesar de ingressar na Salpêtrière como internista, Charcot em pouco tempo tinha seu nome associado às doenças do sistema nervoso, e, ao que parece, nenhum espaço daquele sistema escapou à sua observação. Em 1868, complementando o trabalho de Vulpian sobre a “esclerose em placas”, a “esclerose múltipla”, ele apresentava uma descrição anatomopatológica minuciosa descrita acima, associando-as às características clínicas da doença. Em seguida, ele estabeleceu a diferença entre essa patologia e a “doença de Parkinson”, ou, “paralisia agitante” (CHARCOT, 1872-1873d, p.139). Sempre a partir de seu método anatomoclínico, ele descreveu a amiotrofia espinhal de Charcot-Marie-Tooth, ampliou o conhecimento das localizações cerebrais e contribuiu decisivamente para o estudo das afasias. Charcot foi o primeiro a situar neuroanatomicamente a “paralisia infantil” e a descrever a “ataxia locomotora progressiva” ou *tabes dorsalis*, distinguindo-a de outras supostas artropatias.

Em 1874, ele apresentou a Esclerose Lateral Amiotrófica resultante de uma perda seletiva dos neurônios motores na medula espinhal, no tronco encefálico e córtex motor. Nas Lições 12 e 13 do Tome II das *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* (CHARCOT, 1885, p.234-266) ele publicou a fisiopatogenia, o quadro clínico e os diagnósticos diferenciais para aquela patologia, mais tarde nomeada “doença de Charcot”.

Prontamente Charcot se viu cercado de alunos e colegas, ao mesmo tempo em que se multiplicavam as publicações surgidas das enfermarias do asilo. Dentre aqueles, alguns dos que vieram a ser os maiores nomes da história da neurologia francesa, como Pierre Marie, Paul Richer, Desiré-Magloire Bourneville, George Gilles de la Tourette, Pierre Janet e Joseph Babinski compondo o grupo de trabalho reconhecido como a “Escola de Salpêtrière” (BOGOUSSLAVSKY; WALUSINSKI; VEYRUNES, 2009, p.193).

3.6.5 O legado de Delasiauve

Além de Charcot e Vulpian havia, à época, na instituição mais cinco chefes de serviço, entre eles o alienista Louis Delasiauve, cuja enfermaria recebia as pacientes histéricas e epiléticas ali internadas. Porém, quando em 1870 Delasiauve teve sua enfermaria desativada em razão de obras de melhoramentos nos antigos prédios, 150 mulheres histéricas e epiléticas deixaram o pavilhão, indo para o serviço de Charcot que se tornava, então, responsável por elas (BOUCHARA, 2013, p.58). E, ainda que jamais houvesse experimentado grande inclinação pelos transtornos mentais (BOGOUSSLAVSKY; WALUSINSKI; VEYRUNES, 2009, p.194), ele passou a observá-las com crescente envolvimento. Se até então o objeto de seu interesse variava entre doenças mais tipicamente neurológicas, a partir daí a histeria, aquela doença que apresentava os sintomas de seus antigos objetos de interesse, se transformava em um capítulo obrigatório em sua vida e obra, bem como na história da Salpêtrière.

Desde seus primeiros artigos sobre a histeria, Charcot buscou caracterizá-la como uma entidade nosológica bem definida e adequada aos padrões positivistas de sua época (GOLDSTEIN, 1997). A conceituação detalhada e coerente que ele apresentou para a doença aumentou ainda mais seu prestígio, ao mesmo tempo em que transformava a velha neurose em objeto de interesse da cultura parisiense. Em 1882 foi criada a Cadeira de Clínica de Doenças do Sistema Nervoso (SWAIN, 1997, p.33), que possuía a sua própria enfermaria onde eram internados tanto pacientes masculinos como femininos, selecionados a partir das consultas realizadas em ambulatório, a *consultation externe*. Havia ainda à disposição de Charcot “um

laboratório destinado a estudos de anatomia e fisiologia, um museu de patologia, um estúdio de fotografia e preparação de moldes de gesso, um gabinete de oftalmologia e um instituto de eletricidade e hidropatia” (FREUD, 1996b, p.41). Todas essas aquisições, inclusive a própria Cadeira, foram alcançadas pela influência do deputado Léon Gambetta e de Bourneville que havia se tornado vereador de Paris (SWAIN, 1997, p.33).

3.6.6 As aulas públicas

Segundo Guillaín, entre 1862 e 1870, Charcot ministrou cursos livres sobre doenças do envelhecimento e doenças do sistema nervoso (GUILLAIN, 1959, p.51), com dez a vinte aulas por ano. Essas aulas, dadas em dependências desocupadas da Salpêtrière, tiveram uma audiência crescente, institucionalizando-se como as *Leçons du vendredi* e as *Leçons du mardi*, nas quais a histeria veio a ser um dos mais frequentes tópicos.

A partir de 1870, a atividade docente de Charcot incluía dois eventos: as aulas matinais e as aulas das sextas-feiras, sendo que, a partir de 1880 tiveram início as aulas das terças-feiras. Nas aulas matinais, ele se dirigia à enfermaria acompanhado pelos chefes de clínica e de laboratório, de algum médico estrangeiro e por alguns alunos escolhidos segundo seu interesse em pesquisa. Essa atividade era ritualizada e representava uma preparação para as aulas magistrais das sextas feiras e, mais tarde, das terças feiras também. Enquanto o interno lia o prontuário, Charcot se mostrava atento aos menores detalhes. Com poucas palavras pedia um movimento, fazia o doente andar, pedia que alguém testasse seus reflexos e sua sensibilidade, enquanto tomava notas. Em seguida, mandava chamar um segundo paciente, um terceiro e, ao meio dia em ponto ele se levantava e saía, acenando discretamente para a equipe. No dia seguinte, ele retomava a consulta exatamente do ponto em que ela havia sido interrompida (BOUCHARA, 2013, p.96). Para o ex-aluno Pierre Marie, entre as atividades de ensino direto, os encontros matinais cotidianos eram os mais proveitosos, as verdadeiras ocasiões de formação médica (MARIE, 1925, p.590).

As aulas públicas, embora pouco concorridas a princípio, tiveram lotação esgotada durante toda a década de 1880, atraindo à Salpêtrière “uma multidão ávida de penetrar em um desconhecido maravilhoso” (SOUQUES; MEIGE, 1939, p.345). Às 10 horas Charcot entrava no anfiteatro acompanhado por algum visitante estrangeiro ilustre e um grupo de assistentes. Alunos, amigos e admiradores disputavam as primeiras filas, enquanto que os pacientes assistidos nas manhãs ocupavam um tablado. A partir dos textos redigidos ao longo da semana, ele apontava minuciosamente para as evidências que o levaram ao diagnóstico, em

uma linguagem despojada, com frases curtas e diretas (BOUCHARA, 2013, p.96). Sua performance atraía uma multidão composta não só de personagens do meio médico parisiense e internacional, mas também por artistas, filósofos, escritores, etc. (PAICHELER, 1988, p.138-139). Gustave Flaubert, Max Klinger, Gustav Klimt, entre muitos outros, frequentaram o auditório da Salpêtrière (BOUCHARA, 2013, p.96). A performance de Charcot e a qualidade das apresentações levaram Freud a declarar que:

A atração exercida por semelhante personalidade logo me levou a limitar minhas visitas a um único hospital e a buscar os ensinamentos de um único homem. Abandonei minhas eventuais tentativas de assistir a outras conferências, depois de haver-me convencido de que tudo o que elas tinham a me oferecer eram, na sua maior parte, peças de retórica bem construídas (FREUD, 1996b, p.42).

3.6.7 A presença de Charcot

Como aponta Lellouch (1992, p.46), desde a chegada de Pinel à Salpêtrière, o processo de medicalização iniciado ainda no *Ancien Régime* continuou a se desenvolver, acabando por dividir o espaço institucional em dois polos: um hospital e um asilo de alienados. No entanto, seja pela projeção alcançada pelo “tratamento moral”, seja pelo prestígio dos alienistas que trabalhavam na instituição – em contraste com a juventude e com o anonimato dos clínicos –, o polo alienista recebeu maior incentivo do que o polo generalista do complexo. Isso fez com que, paralelo ao amplo reconhecimento da atividade alienista da Salpêtrière, houvesse um considerável descaso por suas alas dedicadas aos idosos, no que a chegada de Charcot, em 1862, marcaria o princípio de uma nova era para a instituição (LELLOUCH, 1992, p.47).

Lellouch enumera três alterações estabelecidas por Charcot como os fundamentos dessa mudança (LELLOUCH, 1992, p.53-57). Em primeiro lugar, ele inovou o procedimento de exame dos pacientes trazendo-os ao seu gabinete ao invés de examiná-los no leito. Isso possibilitava um exame muito mais detalhado e, conseqüentemente, muito mais esclarecedor, tanto no sentido do diagnóstico a ser feito quanto no sentido do conhecimento que poderia ser acrescentado a cada quadro. Além disso, foram planejadas e progressivamente aprimoradas as instalações daquilo a que Charcot e seus alunos se referiam “pomposamente como ‘o laboratório’” (CHARCOT, 1887a, p.5), mas que, em 1882, no discurso de abertura da cátedra de Clínica de Doenças do Sistema Nervoso já havia se transformado em um avançado espaço de pesquisa e tratamento, dotado dos mais atualizados recursos disponíveis à época. Quanto à terceira modificação, ela se referia ao ensino. Ao criar cursos livres nos mesmos espaços em

que atendia, Charcot podia vincular diretamente o ensino à assistência e à pesquisa, transformando a Salpêtrière também em um avançado centro de ensino médico.

No banquete que lhe foi oferecido por seus ex-internos, assistentes e chefes de clínica quando de sua nomeação como Comendador da Legião de Honra, em 1892, Victor Cornil, ex-interno de Charcot em 1863, saudava o Mestre afirmando que ele, junto com Vulpian, com um “trabalho impetuoso lançaram as sólidas bases da Escola da Salpêtrière” (CORNIL, 1892, p.208). Em sua resposta aos discursos, Charcot declarava que nos últimos trinta anos, junto aos que ali estavam, assistiu à vitória de uma boa causa: “ampliar a compreensão da clínica (...) pela intervenção largamente aceita das ciências anatômicas renovadas pela histologia, e da experimentação fisiopatológica no campo da medicina”, terminando por elevar sua taça “à prosperidade passada, presente e futura da Escola da Salpêtrière” (CHARCOT, Jean-Baptiste, 1892, p.210).

4 DO OVÁRIO AO INCONSCIENTE

No ano de 1870 a atividade docente de Charcot na Salpêtrière se constituiu em dezesseis aulas, das quais uma, apenas, sobre a histeria. Entre aquele ano e 1872, as *Leçons* estiveram suspensas, mas, quando retomadas, Charcot manifestou sua intenção de se dedicar um pouco mais às manifestações histéricas. Destacando, de início, a região ovariana como a mais importante zona histerógena, ele admitiu, pouco a pouco, uma maior complexidade dos processos que envolviam a doença. Definitivamente apoiado na anatomia, na histologia e na fisiologia, sua teorização acolheu a metaloterapia, a hipnose, chegando aos quadros traumáticos, às afasias e à histeria masculina. Fiel ao seu método anatomoclínico, ele afirmou a existência de “lesões dinâmicas” e, incluindo conceitos da psicologia à compreensão da doença histérica, chegou ao esboço de um aparelho psíquico, com um espaço consciente e um espaço inconsciente.

4.1 O MÉTODO ANATOMOCLÍNICO

O ponto de partida para a grande mudança de rumos da medicina francesa teria sido a adoção da beira do leito como o grande palco do ensino médico. A clínica, em sua dimensão mais prática, desenvolvia no médico a capacidade de olhar e ouvir seu paciente, examinando-o cuidadosamente, identificando sintomas e organizando-os em quadros clínicos. Essa dedicação à semiologia permitiu uma produção de conhecimentos baseados na observação metódica de dados clínicos, fazendo surgir uma nosologia mais realista e operativa (PALLUAULT, 1999, p.30).

Ao final do século XVIII, a exploração do corpo humano como fonte de conhecimento sobre os estados mórbidos abria uma importante linha de pesquisa em anatomia. O procedimento consistia em observar, não só o desenrolar da doença, através da semiologia, mas também associar os sintomas identificados às lesões encontradas na autópsia. Xavier Bichat (1801) é considerado o grande avalista daquele método anatomoclínico na França do século XIX. Para Mirko Grmek (1994), durante um longo tempo, teria havido na França o distanciamento da medicina anatomoclínica, por um lado, e da medicina experimental desenvolvida nos laboratórios de fisiologia e química, por outro. Charcot teve o mérito de unificar as duas correntes, ao longo do último quarto do século XIX, levando-as aos espaços da clínica, do ensino e da pesquisa (GRMEK, 1994, p.285).

Muitas vezes desconsiderando o que não pudesse ser comprovado experimentalmente, Charcot buscava identificar relações constantes entre os fenômenos que observava para

alcançar suas leis. Segundo Lellouch (1994), o método anatomoclínico representava para ele a inserção da medicina em um “estágio positivo”, terceiro e último estágio da ciência proposto por Auguste Comte, deixando para trás as referências metafísicas e filosóficas nas quais até então ela se fundamentava. Para Marquer (2008, p.26), teria sido a cientificidade do método o que produziu eco nos clínicos de seu tempo, tornando-se o argumento de sua modernidade.

Marquer se refere, também, a uma “aura particular” que a figura do médico adquiriu ao longo do século XIX, aura essa que fez do cientista um mito em meio a uma nova ideologia: o cientificismo (MARQUER, 2008, p.8). Nesse contexto, Charcot seria, segundo Lellouch, o “protótipo do médico positivo” (LELLOUCH, 1992, p.281), aos olhos de sua época, a encarnação mais bem sucedida daquele mito. Defendendo uma medicina experimentalista e tecnicista ele afirmava: “A prática, em realidade, não tem autonomia; (...) sem uma renovação científica, ela em breve se transformaria em uma rotina ultrapassada e estereotipada” (CHARCOT, 1887a, p.8). Isso pressupunha uma “neurologização” da histeria, permitindo que ela fosse abordada cientificamente através dos métodos já aplicados às demais doenças do sistema nervoso: “(...) também aqui (na histeria), para completar a observação clínica devemos pensar anatômica e fisiologicamente” (CHARCOT, 1887a, p.16).

4.2 A HISTERIA DOMADA

Em seu artigo *L'appropriation neurologique de l'hystérie*, Swain (1997, p.17) questiona a existência de uma “doutrina da Salpêtrière”. Para a autora, ao contrário de dogmas fechados tidos como definitivos, uma leitura atenta da obra de Charcot revelaria um pensamento aberto, em constante revisão, fundado sobre modelos provisórios em evolução. Colaborador de diversos jornais e revistas, Charcot apresentava e publicava a cada instante a respeito de uma grande diversidade de temas em artigos dispersos por vários veículos, com ineditismo ou em repetição. Organizar a trajetória do pensamento charcotiano em relação à histeria é trabalhoso, mas está longe de ser impossível.

O artigo *Sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres* (CHARCOT, 1865) é o primeiro em que a doença é tomada como tema central. Embora anterior à “herança” recebida de Delasiauve, a abordagem do sintoma descrito antecipa o enfoque adotado por Charcot em relação à histeria, quando retomou suas *Leçons*, interrompidas por dois anos da instabilidade política e social vivida pela França naquele período. Incluídas na seção *Hystérie – Hystéro-Épilepsie* do primeiro volume das *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la*

Salpêtrière (CHARCOT, 1872-1873e), elas documentam de maneira clara a compreensão de Charcot sobre a doença à época.

No artigo de 1865, Charcot tinha como o objeto um achado anatomopatológico, a esclerose de cordões laterais da medula espinal, que ele correlacionou ao quadro clínico de uma mulher de 41 anos, tomada desde os 14 por uma histeria convulsiva acompanhada de variados sinais neuropáticos entre as crises. O quadro, porém, evoluiu para uma rigidez muscular intratável que a conduziu à completa imobilidade ao longo de dois anos. Após uma breve, mas completa remissão, a imobilidade retornaria e, paralela à preservação absoluta das faculdades mentais, acometeria agora os quatro membros, condenando-a ao leito até sua morte, causada por uma doença intercorrente.

Em sua conclusão, Charcot propôs uma relação entre os quadros neuropáticos permanentes ligados à histeria – principalmente as contraturas crônicas da musculatura voluntária – e as alterações da medula espinal e das raízes motoras encontradas no exame anatomopatológico. Baseando-se no curso da doença, ele entendia que o comprometimento radicular ocorreria em duas fases. Se em um primeiro momento ele seria facilmente reversível, ao longo do tempo, a incidência repetida das alterações importaria comprometimentos “por vezes indelévels” dos tecidos nervosos (CHARCOT, 1865, p.32), provocando um quadro irreversível.

Tomando-se o acolhimento das pacientes de Delasiauve, em 1870, como um divisor de águas no envolvimento de Charcot com a patologia histérica, poder-se-ia dizer que o texto inaugural desse novo período foi a retomada da discussão sobre a contratura dos membros na histeria em *De la contracture hystérique*, publicado na *Revue Photographique des Hôpitaux de Paris* (CHARCOT, 1871). O comprometimento dos cordões laterais da medula forneceria o substrato orgânico para as contraturas histéricas, mas era necessário justificar as remissões espontâneas, pelo que ele sustentava a ocorrência de lesões em dois tempos. Inicialmente elas seriam passageiras, levando a contraturas reversíveis, uma das características mais marcantes da doença histérica. Ao longo do tempo, porém, essas modificações, “quaisquer que sejam” (CHARCOT, 1871, p.201), dariam lugar a alterações materiais profundas e uma verdadeira esclerose se instalaria levando a contraturas irreversíveis. Ficava por esclarecer algum sinal clínico indicativo da instalação definitiva da esclerose nos cordões laterais, permitindo um prognóstico para a contratura (CHARCOT, 1871, p.202).

Após 1870, o contato frequente e direto de Charcot com a histeria desviaria momentaneamente o foco de seu interesse, retirando-o das neuropatias em que trabalhava com Vulpian e dirigindo-o para a caracterização das diversas formas com que a patologia histérica

surgia a seus olhos. Segundo ele mesmo, nessa retomada dos estudos interrompidos pela guerra e pelo episódio da “Comuna de Paris”, em suas palavras, “os tristes eventos que os senhores conhecem” (CHARCOT, 1872-1873a, p.243), ele deixaria de lado temporariamente as afecções musculares decorrentes de lesões da substância cinzenta da medula, as “miopatias espinais” (CHARCOT, 1872-1873a, p.244). Charcot prometia voltar a elas, mas, por ora, confessava não poder resistir à abordagem de alguns interessantes casos de histeria com que vinha lidando nas enfermarias.

Ele apresentou, então, uma sequência de palestras sobre o tema, abordando, na primeira delas, uma disúria própria da doença histérica, segundo ele, determinada por uma retenção involuntária ao nível do ureter, do próprio rim ou ainda mais longe, “eis aí uma questão a ser avaliada” (CHARCOT, 1872-1873a, p.245). Reconhecendo a raridade do sintoma, assim como a raridade dos autores que admitiram sua existência, Charcot jamais voltou a abordá-lo. À primeira vista, as reflexões sobre o tema poderiam caracterizar apenas mais um capítulo sobre a clínica médica entre tantos outros que ele publicou e isolado das demais conferências. No entanto, há dois pontos que remetem essa aula ao conjunto delas: em primeiro lugar, a paciente cujo caso clínico fundamentava a discussão, Justine Etchevery, referência em todas as outras aulas dessa série; em segundo lugar, a vinculação desse sintoma à hiperestesia ovariana, considerada um sinal característico da histeria.

Quanto a Justine Etchevery, uma das pacientes mais citadas por Charcot, seu quadro é dissecado em vários sintomas, cada um deles tomado como tema para aquele conjunto de conferências. Sua história encontra-se muito bem documentada em um artigo de Bourneville e Regnard para o *Progrès Médicale* (BOURNEVILLE; REGNARD, 1876), justamente sobre a anúria histérica. Já com relação à hiperestesia ovariana, trata-se de um ponto de apoio para a compreensão da fisiopatogenia histérica sustentado por Charcot durante a maior parte de sua obra sobre o tema. Ainda em 1885, Charcot destacava no exame de uma paciente: “Pontos histerógenos abaixo e ao redor do mamilo esquerdo, assim como na região ovariana correspondente” (CARTAZ, 1887, p.500).

A histeria proposta por Charcot e ratificada por Richer previa a existência de zonas ditas “histerógenas” que variavam entre os pacientes e mesmo em um só paciente. Um conceito charcotiano, essas zonas histerógenas seriam regiões do corpo mais ou menos circunscritas cuja compressão ou mesmo o simples toque seria capaz de produzir uma aura, à qual se sucederia o ataque histérico (CHARCOT, 1887b, p.88). Nos intervalos entre as crises, essas zonas eram locais de dores espontâneas semelhantes às dores ovarianas, que aumentavam à medida que se aproximava o ataque. Ele incentivava a busca desses pontos,

tidos como patognomônicos da doença: “Ainda que seja relativamente raro, eles podem estar completamente ausentes; porém na falta deles, os senhores provavelmente irão perceber a presença de algum outro inequívoco sinal da histeria” (CHARCOT, 1890a, p.189).

Detendo-se na associação da anúria a uma dor na virilha esquerda de Justine, apesar de sua semelhança com o comprometimento muscular descrito por Briquet como *cœlialgie* (BRIQUET, 1859a, p.235), Charcot associou o achado ao ovário, no que denominou *hyperesthésie ovarienne*, considerada por ele como um sintoma central da histeria. Ele afirmava que uma forte compressão do ovário seria capaz de determinar ou interromper um ataque histérico, provocar o *globus hystericus*, uma cefaleia pulsátil, alterações dos sentidos, etc. (CHARCOT, 1872-1873f, p.252-253).

Na conferência seguinte, *De l'Hémianesthésie hystérique*, Charcot evocou uma imaginária linha anteroposterior separando o corpo em dois hemisférios, encontrando-se um ou outro acometido por alterações estésicas características, principalmente de tipo anestésico, que ele associava à doença histérica. Essa hemianestesia poderia ser completa e ainda se desdobrar em uma “termoanestesia”, sendo característica da histeria que aquela linha mediana delimitasse com perfeita nitidez o hemisfério anestesiado em relação ao hemisfério saudável. Os órgãos dos sentidos estariam também comprometidos e, da mesma forma, a anestesia se restringiria ao lado afetado. Porém, em relação às vísceras, a anestesia se transformaria em hiperestesia, como no caso da hiperestesia ovariana, mantendo, no entanto, a mesma relação de ipsilateralidade com o segmento hemianestésico (CHARCOT, 1872-1873b, p.268-269). As alterações estésicas foram um dos principais sintomas histéricos descritos por Charcot ao longo de sua obra.

Mas, a implicação do ovário mereceria uma atenção muito maior e nas conferências seguintes ela foi o tema em destaque. Charcot iniciou a conferência *De l'hyperesthésie ovarienne* (1872-1873b) abordando a “histeria local”, ou “parcial”, um conceito proposto por Benjamin Brodie (1837). Charcot teria conhecido o trabalho de Brodie no encontro anual da *British Medical Association*, em Leeds, em 1869 (GOETZ; BONDUELLE; GELDAND, 1995, p.178). Em seu livro sobre os diversos quadros resultantes de comprometimento dos nervos, Brodie fez uma longa referência a situações em que alterações locais atípicas, especialmente nas articulações, sejam sob a forma de dor ou de variações de sensibilidade que, embora apresentassem patologias próprias da área afetada, poderiam ser devidas a uma doença histérica subjacente em uma condição a que ele denominou “afecção histérica local” (BRODIE, 1837, p.36). A histeria local, quadro que Charcot considerou nomeado de maneira “bastante singular e, certamente, muito conveniente”, foi o tema de discussões que iniciaram a

conferência (CHARCOT, 1872-1873b, p.283). O conceito remetia aos sintomas que permaneciam relativamente estáveis entre as crises convulsivas da histeria, sendo possíveis a partir de suas características reconhecê-los como histéricos, mesmo na ausência de convulsões. Entre os sintomas locais, Charcot incluiu as hemianestésias, as paralisias, as contraturas, alguns pontos dolorosos fixos, localizados em várias partes do corpo. Em meio a esses, Charcot destacou a hiperestesia ovariana como possuidora de um papel predominante no surgimento de algumas formas de histeria, sendo um dado presente nas cinco pacientes apresentadas naquele ciclo de palestras.

Charcot retomava, então, a discussão levantada por Briquet em torno da pretensa influência do ovário na determinação do quadro histérico. Na visão de Briquet, tratava-se da leitura equivocada de uma reação dolorosa, cuja origem estaria na musculatura piramidal, e não nos ovários que, como afirmavam Piorry e outros, seriam o ponto de partida para os fenômenos histéricos (BRIQUET, 1859a, p.238). Briquet aceitava que elas fossem frequentes, mas sustentava que a resposta dolorosa era, de fato, muscular e que a compressão ovariana não seria capaz de produzir nenhuma estimulação anormal, recusando aos órgãos da reprodução qualquer papel na determinação da histeria (BRIQUET, 1859a, p.239).

Para Charcot, no entanto, a hiperestesia ovariana comprovaria a participação dos ovários na etiologia do que ele denominou *histeria ovariana*, ou *ovárica*. Sua teoria estaria confirmada principalmente pela possibilidade de os sintomas serem provocados pela manipulação do ovário, chegando a uma crise histérica completa. Em contrapartida, uma forte compressão determinaria a suspensão de um ataque em andamento.

4.2.1 O modelo canônico

Desde a conferência sobre a hiperestesia ovariana, as descrições do ataque histérico com suas variações estão dispersas por várias conferências e artigos de Charcot. Porém, elas podem ser vistas em um conjunto na conferência *Description de la grande attaque hystérique* (CHARCOT, 1879), publicada no *Le Progrès Médical* de 11 de janeiro de 1879, e na obra de seu aluno, e algumas vezes coautor, Paul Marie Louis Pierre Richer (1849 – 1933), *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie* (RICHER, 1881). Richer foi Chefe do laboratório de Charcot entre 1882 e 1895, membro da Academia de Medicina em 1898 e, além de neurologista, foi também um anatomista e historiador da medicina (WALUSINSKI, 2016b). Paralelamente, sendo desenhista e escultor, foi também professor de Anatomia Artística na *École Nationale des Beaux-Arts*. Considerado um dos maiores

ilustradores da anatomia da França, foi autor de *Anatomie artistique: descriptions des formes extérieures du corps humain* (RICHER, 1890).

Engajado no espírito positivista de sua época, Charcot, em sua Carta Prefácio aos *Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie*, ressaltava as qualidades de Richer como um observador sagaz a serviço de uma boa causa: estabelecer de uma vez por todas a regularidade do quadro histérico. Para ele, Richer revelaria o equívoco do “ceticismo pretensamente científico em relação à histeria” (CHARCOT, 1881, p.viii), demonstrando que no ataque histérico nada ocorria de forma aleatória. Pelo contrário, ele seguia regras bem definidas e comuns a quaisquer ambientes, “a todos os países, a todas as raças; regras cujas variações não afetam em nada sua universalidade, uma vez que estas variações, quaisquer que sejam, sempre remetem logicamente ao tipo fundamental” (CHARCOT, 1881, p.viii).

Charcot destacava a adesão ao modelo científico que sempre guiou Richer e, ao que parece, a determinação de agir em conformidade com esse modelo o levava a aplicá-lo, inclusive, à escultura. Em seu *Canon des proportions du corps humain* (RICHER, 1893) ele afirma que caberia à ciência responder à questão implícita no título. Após comparar de maneira detalhada as proporções entre cada segmento anatômico e medir minuciosamente as distâncias existentes entre cada ponto do corpo na defesa da medida corporal padrão “sete cabeças e meia”, ele concluiu que sua aproximação do cânone artístico com o cânone científico estava estabelecida, “e que pode ser considerada pelos artistas como a expressão bastante aproximada da natureza” (RICHER, 1893, p.57).

Em seus *Études cliniques*, Richer descrevia de maneira ampla e detalhada o grande ataque histérico proposto pelo *Maître*, apoiado por gráficos, medições, esquemas, ou o que quer que afirmasse o caráter científico de suas proposições. Criticando a concepção da histeria como uma patologia cujos sintomas são variáveis e aleatórios, Charcot repetia na Carta Prefácio uma afirmativa que iria reaparecer na obra “a quatro mãos” *Les démoniaques dans l'art* (CHARCOT; RICHER, 1887): o ataque histérico poderia ser descrito de maneira metódica a partir de fases e períodos claramente definidos. Para eles, as crises obedeceriam a regras fixas e imutáveis, naquele quadro onde os demais autores só enxergavam “desordem e confusão” (CHARCOT; RICHER, 1887, p.91).

Antecedendo as quatro fases, o modelo charcotiano descrevia um amplo quadro prodromico, trazendo imediatamente ou ao longo de um tempo maior, sinais de diversas naturezas. Entre as alterações das funções orgânicas, os fenômenos digestivos foram os primeiros a aparecer, precedendo em alguns dias os fenômenos dolorosos. Poderiam abranger inapetência, náusea, vômito, timpanismo, borborigmo, espasmo da garganta, entre muitos

outros. Em sua descrição, Richer incluiu na aura histérica fenômenos dolorosos, como uma sensação abdominal constante e complexa que ele associou ao ovário (hiperestesia ovariana, ou ovárica). A compressão do ovário produziria sensações ipsilaterais, podendo até mesmo desencadear o grande ataque, ou também fazê-lo cessar.

1º período: Epileptoide

A crise propriamente dita teria início no período epileptoide que, de maneira súbita ou progressiva, se desenvolveria em três fases, a tônica, a clônica e a de resolução, com perda da consciência. Nele, a semelhança com o verdadeiro ataque epilético seria quase total. Os elementos diferenciais seriam a possibilidade de interrupção do ataque hístico-epilético pela compressão ovariana ou pela ação de uma corrente elétrica, assim como a ausência no quadro histérico do grito que, com frequência, acompanhava a queda na crise epilética verdadeira. A fase tônica evidenciaria o tetanismo, com o *arc de cercle* tão característico das descrições feitas pelos clínicos à época, e o paciente poderia, ainda, nesse momento assumir posturas “passionais”, como a de crucificação (RICHER, 1881, p.55). Os movimentos clônicos teriam início com movimentos breves da musculatura, chegando a uma agitação que se generalizaria ao mesmo tempo em que surgiriam contorções, alterações respiratórias, soluços, entre outras variadas ocorrências. No estágio de resolução da fase epileptoide o corpo se encontraria em decúbito dorsal, a face congestionada, os olhos fechados e a respiração regular, mas estertorosa.

2º período: Grandes movimentos

O segundo período seria o das contorções e dos grandes movimentos, a que Charcot denominou “clownismo”, em referência aos exercícios dos acrobatas (RICHER, 1881, p.74). As duas ordens de fenômenos próprios desse período seriam as contorções e os grandes movimentos, que despertariam facilmente no observador uma ideia de possessão. Quando a musculatura facial fosse acometida, o paciente exibiria expressões de terror que, a rigor, não representariam afetos, assim como não se identificaria nos movimentos realizados, qualquer intencionalidade (CHARCOT; RICHER, 1887, p.97). Reaparecia aqui o *arc de cercle* e uma rigidez muscular tão acentuada que permitiria que o paciente fosse movido sem que alterasse sua posição.

3º período: Atitudes passionais

Embora Freud (1996c, p.194) tenha apontado essa fase como a parte essencial do grande ataque, pela evidência de componentes psicológicos, estes não foram considerados por

Richer, como não o eram, à época, por Charcot. Richer antecipava que as características desse período estariam perfeitamente definidas pelo título que Charcot deu à fase: atitudes passionais. As alucinações conduziram a paciente “a um mundo imaginário. Lá, ela assiste cenas em que desempenha o papel principal: a expressão de sua fisionomia e suas atitudes reproduzem os sentimentos que a envolvem; ela age como se seu sonho fosse uma realidade” (RICHER, 1881, p.94). Seu discurso descreveria os detalhes do drama que se desenrolava a seus olhos, ou daquele em que ela participava de maneira ativa e, ao despertar, ela conservaria plena lembrança do que se passou, recapitulando de maneira fiel toda a cena. Richer afirmava que durante o período de alucinações a paciente se encontraria imune a qualquer estímulo externo, tais como ruídos, picadas de agulha, inalação de amônia, respondendo apenas à excitação das zonas histerógenas – especialmente o ovário – e à estimulação elétrica (RICHER, 1881, p.95).

4º período: *Delirium*

Pouco a pouco, a cena perderia em intensidade e a paciente começaria a recobrar a consciência, mas não completamente. Sobreviria um estado de *delirium* cujas impressões remeteriam às experiências pessoais da paciente e cujos temas variavam entre tristeza, raiva, erotismo, etc., havendo situações em que a paciente sustentaria um aparente diálogo com um personagem imaginário. Segundo Richer (1981), a diferença entre este período e o que o antecedia é que, se agora a paciente fazia a narrativa de suas imagens, antes ela as vivenciava. Ainda assim, a paciente, por vezes, permaneceria em estado obstinado de mutismo. Richer descreveu, também, zoopsias ao lado de alucinações auditivas com vozes ou música. Ao fim do ataque poderia restar uma contratura muscular intensa e dolorosa, que diferia do tetanismo por ocorrer paralela à preservação da consciência e pela pouca duração. Apesar disso, a contratura da parede abdominal poderia ser tão intensa que dificultaria a compressão do ovário, manobra essa com a propriedade de suspender a crise.

4.3 O PRIMADO DOS OVÁRIOS

Esse seria, então, o modelo da “hístico-epilepsia”, ou “grande histeria”. Na aula sobre ela, Charcot (1872-1873e) retomava suas observações a respeito dos grandes ataques hísticos observados em pacientes de sua enfermaria. Ele advertia que o que os caracterizaria não era apenas sua intensidade, mas, a presença de traços que remeteriam à epilepsia. Isso teria levado à adoção do termo “hístico-epilepsia”, fazendo daquelas pacientes não

simplesmente histéricas, mas “histeroepiléticas”. Para ele, a histero-epilepsia seria mais do que uma combinação em doses variáveis dos sintomas das duas doenças, como lhe parecia ser a concepção da maioria dos autores.

Não se trataria, portanto, da eventual coexistência em um mesmo indivíduo das duas entidades. Nesses casos, “os acidentes convulsivos permaneceriam distintos, separados, sem se influenciarem mutuamente”, cada patologia guardando seu curso e seu prognóstico de maneira isolada (CHARCOT, 1872-1873e, p.322). Charcot se referia a um quadro em que a histeria e a epilepsia seriam concomitantes desde o início, e ambas as formas convulsivas se apresentariam conjugadas, ainda que em graus variados, naquilo que, no jargão da Salpêtrière era conhecido como “ataques-acessos” (CHARCOT, 1872-1873e, p.325): ali as crises convulsivas na histeria eram denominadas “ataques”, enquanto que na epilepsia seriam chamadas de “acessos” (RICHER, 1892, p.435).

Invocando mais uma vez as manifestações do quadro de Justine Etchevery, Charcot afirmava a caracterização tipicamente histero-epilética de suas crises, descrevendo a sequência com uma aura seguida pelas fases canônicas descritas, com poucas variações. Porém, a questão inicial ainda persistia: o que diferenciava definitivamente a histero-epilepsia das demais formas da histeria e da epilepsia? Seria a intensidade das manifestações, acima do que é comum nas outras apresentações histéricas? A diferença quantitativa se transformaria em uma diferença qualitativa? Charcot optou por dois elementos diferenciais nosográficos importantes. O primeiro, a ausência definitiva do pequeno-mal epilético e da vertigem epilética nas descrições da histero-epilepsia.

Mas, acima desse, o dado clínico que parecia estar guardado desde o início para surgir na conferência como o argumento final:

Nessa forma de histero-epilepsia o ataque epileptiforme, mesmo o mais intenso, pode ser, de acordo com nossas observações, modificado, ou por vezes, mesmo interrompido em o seu desenvolvimento por meio da compressão do ovário. Isso nunca acontece, – temos a certeza – na verdadeira epilepsia (CHARCOT, 1872-1873e, p.328).

4.4 METALOTERAPIA, METALOSCOPIA, IMÃS E AFINS

A coletânea reunida por Bourneville e publicada como o segundo volume das *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière* (CHARCOT, 1877), inclui artigos publicados ou apresentados entre 1873 e 1877, ano da primeira edição da obra. Entre eles, uma sequência sobre a ataxia locomotora, outra sobre a compressão da medula espinhal,

seguida por outras sobre amiotrofias espinhais, amaurose tabética, paralisia infantil e outros temas mais imediatamente associados a um comprometimento identificado de estruturas nervosas. Conforme havia prometido na retomada das atividades ao fim da guerra, em 1871, após a sequência de conferências sobre a histeria, Charcot retornava à linha de investigação anterior. De fato, em meio a elas apenas uma fez referência, ainda que tangencialmente, ao quadro histérico, *De l'hémichorée post-hémiplégique* (CHARCOT, 1877, p.329-341), já publicada como artigo em 1875 em *Le Progrès Médical* (CHARCOT, 1875). A certa altura da conferência, são discutidas possíveis associações entre os movimentos coreicos e a histeria, mas a possibilidade é descartada por Charcot. No entanto, a coreia é retomada mais tarde na conferência apresentada ao final de 1877 e publicada também em *Le Progrès Médical, De la chorée rythmique hystérique* (CHARCOT, 1878a).

Algumas palavras merecem ser ditas a respeito da personagem cujo caso clínico é central naqueles trabalhos sobre a coreia: Louise Augustine Gleizes (1861 – ?), a jovem paciente admitida na Salpêtrière aos 14 anos, várias vezes citada como ilustração do erotismo histérico. Descrita por Walusinski (2013, p.227) como uma celebridade construída pela atmosfera erótica de suas fotos, Augustine foi exemplo de Richer por suas atitudes passionais, tendo sido a paciente mais fotografada por Regnard, que afirmava ser ela amada pela máquina fotográfica, a quem se oferecia em poses que, segundo Bourneville, nada traziam dos modos de uma criança (WALUSINSKI, 2013). Porém, deixando de lado observações aparentemente contratransferenciais, o texto apresentava algo bem mais extraordinário: a inclusão de elementos metaloterápicos nas considerações sobre os casos apresentados.

Pode-se dizer que a metaloterapia chegou até Charcot sem que ele a procurasse. Em 1876, Victor Burq, um médico já bastante conhecido, mas não muito bem visto, solicitou a Charcot a oportunidade de realizar na Salpêtrière uma série de experimentos de sua técnica, a metaloterapia, no que ele via como uma última oportunidade para que ela merecesse o status de seriedade que o meio médico ainda não lhe havia concedido (BURQ, 1882). Dono de um estilo caracteristicamente dramático, ele pretendia que:

(...) essa revelação (pudesse) ser uma lição salutar contra os preconceitos e prevenções, e demonstrar, uma vez mais, que no domínio das ciências ditas ocultas, pode muito bem existir coisas que valem mais do que o sarcasmo e o desdém daqueles cujos olhares são incapazes de ultrapassar a escuridão (BURQ, 1882, p.16).

Ainda que apregoasse o sucesso de seu método, e ainda que ele tivesse sido avalizado pela Academia de Ciências de Milão (BURQ, 1882, p.6), Burq não conseguia despertar uma

credibilidade quanto à sua própria figura. Em uma primeira passagem pela Salpêtrière, entre 1849 e 1850, por motivos sobre os quais “prefere se calar” para não se queixar “da brutalidade inaudita, ou melhor, da inveja sem precedentes de um mau colega” (BURQ, 1853, p.20), ele se viu forçado a deixar as dependências daquela instituição à qual agora retornava, “curvado sob o peso da vida... com um cajado na mão como apoio para a marcha insegura” (BURQ, 1882, p.73).²⁹

Com a concordância de Charcot, os experimentos tiveram início em meados de 1876, e após sentir-se satisfeito com os primeiros resultados, Burq enviou uma carta a Claude Bernard, presidente da Sociedade de Biologia de Paris, na expectativa de que a instituição validasse sua técnica metaloterápica como uma modalidade de tratamento para a histeria (BURQ, 1882, p.73). A técnica, cujas origens remontam a Paracelso, já vinha sendo proposta por ele como tratamento para diversas condições clínicas desde o final de 1848, quando ainda era interno no hospital Cochin. No ano seguinte, ele a levava à Salpêtrière por uma primeira vez, onde ela teria sido utilizada nas pacientes histéricas, segundo ele, com sucesso (BURQ, 1853, p.20). Na epidemia de cólera entre 1854 e 1855 a ingestão de cobre em pó foi utilizada por Burq com bons resultados no tratamento e na prevenção dos sintomas da doença (WALUSINSKI, 2017, p.9).

Burq propunha que a etiologia das afecções nervosas, assim como a de várias formas da alienação mental, se referia à ação das emoções e dos hábitos irregulares sobre o influxo nervoso, o que levaria a um comprometimento da função dos órgãos aos quais se dirigem os nervos condutores desse influxo (BURQ, 1853, p.30). A técnica metaloterápica consistia, em linhas gerais, em aplicar sobre as áreas corporais acometidas por alguma alteração da sensibilidade uma sequência de placas de metais, até que fosse identificado o metal capaz de restaurar a funcionalidade comprometida. A partir daí, uma estrutura formada pelo metal, fosse uma armadura, um anel ou um conjunto de filetes, seria mantida em contato com a área afetada por algumas horas ao dia, sustentando os efeitos terapêuticos. Na sessão de 05 de agosto de 1876, Claude Bernard acolheu o pedido e compôs uma comissão com o propósito de levantar a validade da metaloterapia. Dessa comissão faziam parte Jules Bernard Luys, do hospital *de la Charité*, Victor Dumontpallier, do hospital *de la Pitié*, e o próprio Charcot (SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS, 1877a, p.289).

Os experimentos incluíam dois escopos: a metaloscopia e a metaloterapia, propriamente ditas. A metaloscopia seria a busca do metal ao qual, idiossincraticamente, cada

²⁹ Segundo Walusinski, esse mau colega teria sido o irascível Francisque Lélut, cujas discordâncias quanto ao método motivaram a saída de Burq da Salpêtrière (WALUSINSKI, 2017, p.11).

paciente seria reativa ou, conforme terminologia acordada “ao qual ela é sensível” (VIGOUROUX, 1878, p.573). Após a identificação, viria a aplicação terapêutica desse metal, ou a metaloterapia propriamente dita.

Um primeiro relatório foi apresentado por Dumontpallier à Sociedade de Biologia na sessão de 14 de abril de 1877 (SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS, 1877b), trazendo as experiências realizadas entre novembro do ano anterior e fevereiro último, envolvendo várias pacientes das enfermarias de Charcot e afirmando, em um primeiro momento, os resultados clínicos positivos da técnica de Burq. Talvez prevendo discordâncias de várias ordens, em seu relatório Dumontpallier advertia: “quanto às interpretações, elas podem variar, mas os fatos permanecerão os mesmos” (DUMONTPALLIER, 1877, p.18-19). E, os fatos afirmavam a recuperação da sensibilidade por um tempo maior ou menor após a aplicação de um determinado metal no corpo de pacientes histéricas acometidas de uma anestesia ou de uma perda sensorial.

Nos experimentos, Augustine Gleizes era referida como portadora de uma dor ovárica à direita, propensa a alucinações visuais, anestésica em todo o lado direito do corpo, incluindo pele e musculatura, hipoacúsica e parcialmente daltônica, também à direita. Ela era insensível às perfurações que lhe eram infligidas na pele, que, segundo o relato, não seriam seguidas de sangramento. Em outras palavras, modelo perfeito para a teoria charcotiana da histeria. Após quinze a vinte minutos da aplicação de peças moldadas em ouro no braço direito e sobre as regiões infra-orbital, temporais e mastoide no lado direito, as áreas de aplicação teriam assumido uma cor vermelha, ao mesmo tempo em que a paciente se queixava de formigamento e calor naquelas regiões. Além disso, as picadas, mesmo as mais leves, teriam passado a dar origem a uma dor insuportável, fazendo com que brotassem gotas de sangue (DUMONTPALLIER, 1877, p3-4).

Da mesma forma, diversas outras pacientes histéricas igualmente modelares foram submetidas aos mesmos experimentos e, susceptíveis fosse ao ouro, à prata, ao cobre ou a algum outro metal, teriam evidenciado os mesmos resultados, para a clara satisfação dos membros da comissão. Em dois artigos próprios publicados na *Gazette des Hôpitaux* em 7 e 14 de março de 1878, Charcot apresentava em detalhes a metaloscopia e a metaloterapia, descrevendo extensamente seus experimentos (CHARCOT, 1890b, p.233-252).

Um segundo relatório da Comissão foi lido por Dumontpallier perante a Sociedade de Biologia na sessão de 10 de agosto de 1878. O entusiasmo com o novo método se sustentava com os resultados obtidos nessa nova fase, agora mais voltada para a utilização interna dos agentes aos quais cada paciente se revelava sensível, em um procedimento efetivamente

metaloterápico. Segundo o relator, essa nova etapa exigia da Comissão “redobrar a prudência, e cercar-se de todas as garantias que exige o método experimental” (DUMONTPALLIER, 1878, p.309).

Os resultados foram relatados como extraordinários, embora nem sempre estáveis. A aplicação de placas metálicas ou a ingestão de compostos à base do metal identificado poderia tanto reverter os sintomas quanto acentuá-los, conduzindo à remissão quando a terapêutica era suspensa. Mas, o relator advertia que, quaisquer que fossem os resultados, eles somente seriam sustentados a partir de sua aplicação continuada. A célebre Blanche Wittman³⁰ seria sensível ao ouro que, alegadamente, possuía a capacidade de reverter sua sintomatologia. Augustine se recusou à terapêutica interna, mas, com o retorno de sua sintomatologia, teria sido beneficiada pela aplicação de placas. Marcillet, 27 anos, ovariana esquerda, histérica desde os 16 seria sensível ao ouro e com um tratamento com cloreto de ouro e sódio teria recuperado por completo a sensibilidade geral e especial, a força muscular e o apetite, com melhora do estado geral e retorno da menstruação. Em razão de uma intolerância gástrica a aquela dose do metal, o tratamento foi interrompido com recidiva do quadro. No entanto, a retomada do tratamento em uma concentração menor foi bem tolerada, sendo relatada a recuperação de seu bem estar. Angèle, histérica há cinco anos, era também descrita como ovariana esquerda e sensível ao ouro. Para ela, porém, a aplicação de metais teria exacerbado as anestésias, trazendo de volta as sensações logo em seguida à retirada das placas. Algo semelhante se passou com Bar..., tida como ovariana direita e sensível ao cobre que, após uma melhora da sensibilidade e da força muscular apresentou uma recaída, cujos sintomas teriam sido suspensos com a interrupção da terapêutica (DUMONTPALLIER, 1878, 423).

Porém, além de todos esses resultados, a comissão relatava a descoberta imprevista de um fenômeno: à medida que, de um lado a sensibilidade geral ou especial retornava, e que a temperatura se elevava e a força muscular aumentava era observada nos pontos homólogos do lado sadio uma diminuição dos mesmos três índices, no que resolveram nomear “transferência de sensibilidade” (SOCIÉTÉ DE BIOLOGIA DE PARIS, 1877b, p.309). O mesmo fenômeno poderia ser produzido por diversos agentes físicos, particularmente por um bastão imantado. Imprevista a descoberta, e imprevistos seus desdobramentos: a transferência iria extrapolar o campo da metaloscopia e abrir caminho para o retorno das teorias biomagnéticas.

³⁰ No quadro de André Brouillet *Une leçon clinique à la Salpêtrière*, de 1887, Blanche Wittman é o objeto da demonstração de Charcot, amparada por Joseph Babinski, diante de uma plateia composta pelos alunos ou colaboradores mais importantes do *maître*.

Com a morte de Duchenne de Boulogne, em 1875, os experimentos em eletrofisiologia na Salpêtrière passaram a ser conduzidos por Romain Vigouroux (1831 – 1911) e Paul Regnard (1850 – 1927)³¹. A eletrofisiologia parecia ser a chave para a tão ansiada fundamentação fisiológica para o fenômeno histérico. No entanto, na seção *Études physiologiques de l'hystérie* organizada por Bourneville, em 1890, com os textos sobre a metaloterapia e as técnicas afins, publicada no 9º. volume das suas Obras Completas (CHARCOT, 1890c, p.213), a abordagem do tema não ia além das minuciosas e repetitivas descrições dos experimentos, com raras proposições referentes, de fato, à fisiologia dos fenômenos. Entre elas, uma comunicação feita por Charcot e Regnard à Sociedade de Biologia em 7 e 14 de julho de 1878, *Sur l'action physiologique de l'aimant et des solénoïdes*, publicada no *Progrès Médical*, onde era sugerido que, naquele estágio de conhecimentos, o conjunto dos fenômenos metaloterápicos deveria ser associado à indução eletromagnética (CHARCOT; REGNARD, 1878, p.618). Os autores propunham que a dinâmica das correntes na interação de um ímã com circuitos elétricos se repetiria na interação de ímãs, solenoides e metais com o sistema nervoso, aumentando ou diminuindo a intensidade da corrente elétrica inerente ao impulso nervoso. Charcot e Regnard admitiam que essa teoria não era susceptível de demonstração direta nos pacientes, embora lhes parecesse muito verossímil e capaz de lançar “uma verdadeira luz sobre os fenômenos bizarros da metaloscopia que parecem, a princípio, tão misteriosos” (CHARCOT; REGNARD, 1878, p.619)³².

4.5 UM MESMERISMO POSITIVO?

Do ponto de vista fisiológico, portanto, a ação dos metais e dos ímãs e das correntes elétricas sobre o quadro histérico seria devida às alterações eletromagnéticas por eles produzidas. Essa era a ideia de Charcot desde as primeiras reuniões da Comissão (DUMONT-PALLIER, 1877, p.11), e até mesmo antes. Na comunicação feita no início de 1877 em uma sessão da Sociedade de Biologia, anterior mesmo ao relatório de Dumontpallier, Charcot, ainda que hesitante, associava a metaloterapia a uma ação elétrica (SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS, 1877c, p.48).

³¹ Este último um dos responsáveis pelos registros fotográficos das pacientes do *Hôspice*, reunidos na *Iconographie Photographique de la Salpêtrière*, entre 1875 e 1880.

³² É digno de nota o distanciamento da metaloterapia expressado por Charcot, em seu comentário na *Leçon* de 12 de junho de 1888, por ocasião do atendimento de uma paciente que retornava à Salpêtrière dez anos após um tratamento conduzido por Burq: “era um tempo onde nós buscávamos explicações para os fenômenos apregoados pelo Sr. Burq” (CHARCOT, 1892d, p.325).

A partir daí, era necessário contemplar, em primeiro lugar, a ideia de que os sintomas histéricos poderiam ser artificialmente criados e, além disso, que alterações eletromagnéticas poderiam criá-los, tanto quanto revertê-los. A transferência demonstrava isso. Em *Contracture hystérique et aimants; phénomènes curieux de transfert* (CHARCOT, 1890d), publicado originalmente na *Gazette des Hôpitaux* de 21 de novembro de 1878, Charcot, por meio da ação de um ímã, conseguiu transferir uma hemianestesia do lado esquerdo ao lado direito, fazendo em seguida o mesmo com alterações dos sentidos e com contraturas.

Indo além, ele apresentava uma segunda paciente, na qual já não se tratava de uma transferência do sintoma, mas sim da criação artificial de uma contratura histérica que, a partir daí, persistia como um sintoma histérico natural, sendo revertida ao final da demonstração. A essa altura, ele se via apto a afirmar: “nós temos a capacidade de fazer passar a contratura artificialmente produzida de um membro a outro, ou a qualquer região do corpo” (CHARCOT, 1890d, p.276). No entanto, em relação a essa segunda paciente Charcot confessou ter se valido de um “artifício particular” para o qual ele prudentemente pedia “permissão para guardar segredo por mais algum tempo, até que nós tenhamos estabelecido o fato com clareza, livre das obscuridades que ainda o cercam” (CHARCOT, 1890d, p.276).

E, as razões para o suspense eram reveladas ainda no mesmo número da *Gazette*, deixando também claras as razões para a relutância de Charcot em revelar seu artifício. Em *Phénomènes divers de l'hystéro-épilepsie – Catalepsie provoqué artificiellement*, ainda que em tom irônico, ele fazia questão de afirmar que não se tratava de qualquer expediente de ordem metafísica: “não suponham em mim um poder sobrenatural” (CHARCOT, 1890e, p.285). Tratava-se de uma “espécie de hipnotismo” (CHARCOT, 1890e, p.286) ao qual todas as histéricas seriam susceptíveis, em que o simples toque de um bastão seria o suficiente para provocar uma contração, ou mesmo uma contratura.

A cautela era, de fato, compreensível. Afinal, Charcot acabava de acolher na Salpêtrière o rechaçado “magnetismo animal”, condenado em 1784 por uma comissão criada pela Academia de Ciências de Paris composta por notáveis, como Ignace Guillotin, Benjamin Franklin e Antoine Lavoisier. Sua relutância em se envolver com o assunto se evidenciava nos cuidados propostos em *Études physiologiques sur l'hypnotisme chez les hystériques* (CHARCOT, 1890f), artigo apresentado em 1878. Ele advertia, ali, que a pesquisa sobre o tema exigiria um olhar prudente e reservado, alheio ao ceticismo próprio daqueles que, sob o pretexto do “espírito científico”, “camuflam o pressuposto de nada ver e nada ouvir sobre o assunto”. Por outro lado, seria necessário manter-se “o quanto fosse possível, afastado da atração pelo singular, pelo extraordinário, armadilha que, nesta área pouco explorada

cientificamente, se encontra, por assim dizer, a cada passo” (CHARCOT, 1890f, p.298). E, fiel a si mesmo, ele resumia o método a ser seguido, que ele entendia ser uma linha de estudos sobre a fisiologia e a patologia nervosa: ao invés de se empenhar na busca do inesperado, do estranho, conviria por enquanto se concentrar na captura de sinais clínicos, das características fisiológicas mais evidentes dos fenômenos produzidos pela hipnose (CHARCOT, 1890f, p.298).

Na verdade, são muitas as observações onde Charcot dá mostras de sua preocupação em não ser flagrado de braços dados com o mesmerismo do lado de fora do campo da ciência. Ele reconhecia haver ali “pontos de contato com o domínio extra-científico”, mas advertia que não se poderia esquecer de que “somos médicos, e nada que toque a medicina pode nos deixar indiferentes” (CHARCOT, 1890e, p.278).

De qualquer maneira, ao trilhar um caminho que partia das experiências com metais, aproveitando seu magnetismo e daí chegando à hipnose, ele se aproximava perigosamente dos mesmeristas e de suas proposições. É bem verdade que a ação de seus dispositivos desencadeava respostas que poderiam ser remetidas à fisiologia, o que era bem diferente do *magnetismo animal*, susceptível à “ação dos corpos celestes e da terra” (MESMER, 1779, p.7).

Ainda em 1878, Charcot ministrava na Salpêtrière a conferência *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués*, transcrita em *Le Progrès Médical* por Richer (CHARCOT, 1878b), destacando a propriedade de algumas histéricas, sob determinadas influências externas, de entrarem em um estado sonambúlico ou cataléptico provocados. Ele citava estudos já realizados por diversos autores nesse sentido, entre eles Braid, Broca e Lasègue cujas propostas teriam sido relegadas às sombras. A pesquisa seria um complemento do trabalho que já vinha empreendendo sobre a “grande histeria”, ou “histeria maior”, na expectativa de que um conhecimento aprofundado do sonambulismo e da catalepsia conduzisse a uma concepção mais exata do ataque hístico-epilético, bem como da interveniência de sintomas no período intercrítico. Ali, ao mesmo tempo em que passava à frente a questão da natureza do mecanismo íntimo daqueles fenômenos, sua dimensão fisiológica era afirmada: “o médico observa; cabe ao fisiologista resolver o problema... o observador registra os fatos constatados, deixando para o futuro o cuidado de sua interpretação” (CHARCOT, 1878b, p.974).

Nessa comunicação, ele apresentava o mecanismo de produção do estado cataléptico pela fixação do olhar sobre um ponto luminoso, descrevendo as duas fases do processo, o estado cataléptico e o estado letárgico. No estado de catalepsia, a paciente se mantinha de

olhos abertos, imóvel, permanecendo durante longo tempo em posições por vezes desconfortáveis. Haveria uma anestesia absoluta, um enfraquecimento ou mesmo a abolição dos reflexos e uma respiração pausada. A atividade sensorial estaria presente permitindo que, pela sugestão, a paciente se entregasse a várias atividades automáticas.

O estado letárgico se seguiria ao cataléptico, uma vez que se impusesse uma oclusão dos olhos ou se provocasse a escuridão. Os olhos permaneciam fechados evidenciando um tremor constante, os membros flácidos, a respiração profunda e regular, os reflexos exacerbados. Nessa fase haveria o estado de “hiperexcitabilidade neuromuscular”, isto é, a propriedade dos músculos de entrarem em espasmo a partir de uma excitação mecânica de seus tendões ou dos nervos que lhe são tributários, espasmo esse facilmente revertido, enquanto durasse a letargia, pela compressão dos músculos antagonistas. No estado letárgico, as tentativas de intimação ou sugestão da paciente seriam, geralmente, ineficazes (CHARCOT, 1878b, p.973-974).

Um estudo bem mais extenso da hipnose na histeria, com ênfase no fenômeno de hiperexcitabilidade neuromuscular foi apresentado em *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques: du phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire*, publicado junto com Richer nos *Archives de Neurologie*, em 1881 (CHARCOT; RICHER, 1890). Sem a intenção de empreender uma explicação fisiológica global para o hipnotismo, um fenômeno que eles citam como complexo e ainda insuficientemente estudado, Charcot e Richer se resumiram a estabelecer três proposições relativas ao fenômeno de hiperexcitabilidade neuromuscular: a) O fenômeno é de natureza reflexa; b) suas manifestações decorrem de uma modificação especial da atividade do sistema nervoso; c) a via aferente de seu arco reflexo é outra que não a dos nervos sensitivos cutâneos (CHARCOT; RICHER, 1890, p.407).

Uma descrição do processo hipnótico em três fases veio a ser apresentada por Charcot em 1882, uma vez que o sonambulismo, antes incluído no estado letárgico (CHARCOT, 1878b, p.974), passava a ser apontado como um estado à parte. Esse terceiro estado poderia ser determinado em indivíduos em estado letárgico ou cataléptico pela fixação do olhar ou por um estímulo sensorial fraco repetido e monótono. A musculatura teria o tônus mantido, os reflexos seriam normais e não haveria a hiperexcitabilidade neuromuscular. Nesse estágio, a sugestão levaria as pacientes a realizarem atos mais complexos e variados.

O hipnotismo era, então, apresentado como um fenômeno que compreenderia três estados nervosos bem caracterizados – o cataléptico, o letárgico e o sonambúlico – e que, em sua forma típica, estaria associado à histero-epilepsia. Paralelamente, era apontado o grau de sugestionabilidade ao qual a paciente estaria sujeita a cada estágio da hipnose que, assim

como a crise histérica, se desenrolaria em uma sequência prevista (CHARCOT, 1882a, p.403-405).

Em sua descrição, Charcot associava o desencadeamento do fenômeno como um todo, e de cada um de seus estágios, a ações puramente mecânicas incidindo sobre os sentidos, sem se referir à fisiologia. Como seria de se esperar, ele não fez qualquer menção aos elementos propostos pelos mesmeristas. Afinal, em uma atitude de risco, Charcot trazia de volta à Academia de Ciências uma matéria que já havia sido objeto de veemente rejeição por parte daquela casa. Cabendo ou não uma relação de causalidade, servindo ou não como dado para inferências, o fato é que o artigo foi apresentado em 13 de fevereiro, Charcot se apresentou como candidato a membro da Academia em 27 de março e, na sessão de 03 de abril foi divulgada a deliberação da Comissão julgadora: nenhum voto a seu favor entre 57 votantes (ACADÉMIE DE SCIENCES, 1882, p.925).

4.5.1 Da alquimia à química

Para Bogousslavsky, Walusinski e Veyrunes (2009, p.195), assim como para Ellenberger (1981, p.90), o que teria inspirado Charcot em relação à hipnose teria sido o artigo de Charles Richet sobre o “sonambulismo provocado” (RICHET, 1875), em um momento ainda anterior ao seu envolvimento com a metaloterapia. No entanto, é difícil supor que, em sua parceria com Burq, a atenção de Charcot não acabasse se voltando para a hipnose.

Em sua peregrinação na busca da validação de seu método, Burq partilhou experiências clínicas em Londres, onde a prática da hipnose era pública e institucional, embora também vista com reservas pela comunidade médica (BURQ, 1853, p.23-24). O cirurgião inglês James Braid a havia reabilitado, em 1843, através do conceito de “sono hipnótico”, ou “sono neurológico”, ainda que afirmasse a natureza psicológica, e não física, do fenômeno. Ele tinha como incontestável o fato de que:

Em muitos indivíduos e, especialmente naqueles altamente nervosos, imaginativos e com tendência à abstração, o direcionamento maciço da consciência interior a qualquer parte do corpo, especialmente se acompanhado da expectativa ou crença de que algo está prestes a acontecer, é mais do que suficiente para alterar a ação física dessa parte (BRAID, 1846, p.6).

E fazia questão de ressaltar que sua ocorrência prescindia de causas externas, surgindo a partir de uma influência interna ou mental.

Para se manter à parte do repudiado magnetismo animal, Braid propunha o termo “*Neuro-Hypnotism*” como expressão do sono com determinação externa, sugerindo sua abreviação para “*Hypnotism*”, que conceituou como uma condição peculiar do sistema nervoso induzida pela atenção fixa e abstraída da mente e do olhar sobre um objeto de natureza não excitante (BRAID, 1843, p.12). O fenômeno seria diferente do sono fisiológico já que neste há a abolição plena dos movimentos voluntários e da consciência, e diferente do sonambulismo, dotado de maior clareza sensorial, apesar da preservação de alguma atividade motora. Além disso, não haveria no sonambulismo artificial a entrada repentina em um sono profundo, característica do sonambulismo natural. Ademais, diferente do indivíduo sob hipnose, o sonâmbulo natural responde a motivações internas, e não guarda lembrança do que ocorreu naquele estado (BRAID, 1843, p.44).

Segundo Hippolyte Bernheim (1840-1919), o braidismo que impressionou Charcot custou a produzir impacto na Inglaterra, mal chegou a ser conhecido na França, tendo sido bem acolhido apenas nos Estados Unidos, onde foi utilizado inicialmente para a analgesia em cirurgias (BERNHEIM, 1884, p.63). Quanto à França, porém, a afirmativa de Bernheim pode ser posta em dúvida, considerando-se os desdobramentos do artigo de Richet. No texto, ele reacendia a questão da hipnose na França em um momento em que ela se encontrava em descrédito junto aos teóricos, conseguindo, como dizia pretender, atrair a atenção da Academia para o tema. Isso fica evidente no grande número de publicações a respeito listadas por Castel (1998) entre 1875 e 1890, entre elas, cerca de 60 livros com título alusivo à hipnose, cujos autores se encontravam entre os mais ilustres representantes da medicina nacional.

Richet sustentava a propriedade do termo “sonambulismo provocado” em comparação a mesmerismo, braidismo ou sonambulismo artificial, já que para ele se tratava de um fenômeno absolutamente natural, uma condição fisiológica específica facilmente identificável por manifestações tanto somáticas quanto psíquicas. As mulheres se mostrariam bem mais susceptíveis ao fenômeno do que os homens, especialmente aquelas “com cabelos negros, pelos corporais abundantes, idade superior aos 25 e inferior aos 40 anos, e afetadas por doenças uterinas crônicas” (RICHET, 1875, p.351).

Ele entendia o fenômeno como um transtorno neurótico, uma loucura passageira de determinação exógena. A atividade extraordinária da imaginação que lhe é própria seria comparável à de inúmeros estados de intoxicação, sem que houvesse, no entanto, qualquer agente tóxico a que lhe pudesse associar. Isso, o situaria ao lado de outras patologias tidas como “doenças *sine matéria*”, como a histeria, por exemplo (RICHET, 1875, p.373),

antecipando a associação que viria a ser feita por Charcot. O sonambulismo provocado desencadearia uma neurose passageira da qual faria parte não só a ilusão mental, mas também a ilusão sensorial, o que tornaria a prática bastante propícia à análise dos fenômenos intelectuais e cognitivos. Além disso, Richet concluiu ser possível uma importante remissão dos sintomas histéricos após uma sessão de sonambulismo provocado, remissão essa que persistiria por alguns dias (RICHET, 1875, p.363).

Ainda que lhe chamasse à atenção a característica obediência automática dos hipnotizados às determinações dos que estavam ao seu redor, ele admitia não possuir além de hipóteses para essa subordinação. Talvez a ação principal recaísse sobre a imaginação mais do que sobre a vontade e, uma vez que a imaginação superexcitada engrandecesse o fato sugerido, acabaria por transformá-lo em uma realidade com a qual se envolvia o hipnotizado (RICHET, 1875, p.360)³³.

Fossem ou não suas proposições inovadoras, fossem ou não suas afirmações sustentáveis, o fato é que a publicação de *Du somnambulisme provoqué* (RICHET, 1875) e de *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués* (CHARCOT, 1878b) marcam a ressurreição do interesse pelo magnetismo na França, e mesmo fora dela. Segundo Castel (1998), haveria em Paris, no ano de 1885, quarenta mil praticantes da hipnose, quinhentos consultórios dedicados a ela, e cerca de vinte revistas especializadas. Em 1886, alguns adeptos da técnica, como Hippolyte Bernheim e Ambroise Liébault, de Nancy, Janet e o próprio Charcot, da Salpêtrière, fundavam mais uma revista, a *Revue de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique*. Nela, o que chama mais à atenção é a associação um tanto insólita de Bernheim e Liébault a Janet e Charcot. Isso porque, à época, estava bastante viva a oposição entre os médicos da chamada Escola de Nancy e os integrantes da Escola da Salpêtrière, justamente em torno de um ponto específico: a hipnose.

Para a Escola da Salpêtrière o interesse essencial do método residia no fato de que a capacidade de ser hipnotizado seria um traço marcante e específico da histeria, e o procedimento seria, acima de tudo, um meio de investigação clínica e não uma terapêutica. Ali, a hipnose seria uma “neurose experimental” (CHARCOT, 1890f, p.298), que poderia ser criada nos moldes da “grande histeria”, permitindo que o quadro histérico se mostrasse a qualquer instante, dependente da vontade do observador. Segundo Charcot e Richer, o fenômeno seria “um caminho aberto à experimentação” (CHARCOT; RICHER, 1881, p.33).

³³ Uma teoria sobre a fisiologia do sonambulismo foi mais bem desenvolvida na reapresentação de *Le somnambulisme provoqué*, em *L'homme et l'intelligence* (Richet, 1884, p.151-260).

Ao apresentar à Sociedade de Biologia *Description de la grande attaque hystérique* (CHARCOT, 1879), onde propunha um modelo regular do *attaque-accès* na histeria maior, Charcot incluiu o sonambulismo e a catalepsia, componentes do estado hipnótico já descritos em *Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués*, como eventos próprios do grande ataque histérico. Ele afirmava, então, que a associação entre histeria e hipnose teria sido apontada por todos os estudiosos do quadro histérico, acrescentando que essa associação se repetiu nos cinco ou seis casos estudados por ele em seu Serviço, e que o surgimento dos fenômenos hipnóticos se daria entre duas das fases epileptoides. Hipnose e histeria fariam parte, então, de um mesmo complexo, e não só era possível recriar voluntariamente a sintomatologia histérica, como a capacidade de ser criada era um dos sinais patognomônicos da doença. Mais tarde, ele e Richer afirmaram: “O estado hipnótico não é outra coisa senão um estado nervoso artificial ou experimental, cujas diversas manifestações aparecem ou desaparecem em função das necessidades do estudo, de acordo com o observador” (CHARCOT; RICHER, 1881, p.33). Para Charcot, portanto, a hipnose era mais do que uma terapêutica; era parte constitutiva da grande histeria, possibilitando uma produção voluntária dos seus sintomas, o que, por sua vez, abriria caminho para uma descrição mais detalhada de seus componentes (CHARCOT, 1878b, p.973).

4.5.2 Controvérsias

Uma leitura que se limite ao *Progrès Médical*, uma publicação criada por Bourneville e veículo de grande parte da obra de Charcot, pode levar a crer que as teorias propostas pela escola da Salpêtrière eram amplamente aceitas, e que os demais autores não faziam mais do que contribuir para o seu aprofundamento. Mas, a verdade estava longe de ser essa. Os contraditores de Charcot eram muitos, de peso, e o criticavam com a mais tranquila naturalidade. Lasègue, capaz de uma narrativa ao mesmo tempo fundamentada e brilhante, provavelmente, só não incomodou mais o círculo charcotiano por ter falecido em 1883, nos primeiros tempos das *Leçons du Mardi*, sendo na ocasião hostilizado pelo agressivo necrológio anônimo já citado (LE PROGRÈS MÉDICAL, 1883). Outros autores, não só ingleses, alemães e americanos, mas também franceses, discordavam aberta e radicalmente de suas hipóteses. Em relação à hipnose, as alusões feitas pela escola de Nancy às suas teorias denunciavam justamente o primarismo de sua metodologia.

Quanto à “Escola de Nancy”, tratava-se de um grupo envolvido com a hipnose, composto, basicamente pelos clínicos Ambroise-Auguste Liébeault (1823-1904) e Bernheim,

além do fisiologista Henri Beaunis e do jurista Jules Liégeois. Entre eles, o primeiro a praticar a hipnose foi Liébeault, cuja obra maior foi *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique* (LIÉBEAULT, 1866). Em uma homenagem póstuma a Liébeault, em 1907, Bernheim lembrava que, “desde que ele abandonou a medicina clássica, e desafiou o descrédito que se associa às práticas do que se conhece como magnetismo animal” (BERNHEIM, 1907, p.37), Liébeault passou a ser tratado desdenhosamente por seus confrades.

Bernheim já era um médico bastante conceituado quando, aos 42 anos, conheceu Liébeault tomando-o como mentor para o que pretendia que se tornasse uma nova técnica terapêutica. No ano seguinte, em 1883, ele iniciava a prática da hipnose em um momento em que o aval de Charcot perante a Academia de Ciências de Paris já o livrava da estigmatização que até então experimentara seu mestre. Isentando Liébeault de qualquer insinuação de misticismo, ele associava suas teorias às de Braid e até mesmo aceitava que elas derivassem das de Mesmer, “assim como a química descende da alquimia” (BERNHEIM, 1907, p.41). Basicamente, Bernheim entendia que na inexistência do fluido magnético mesmeriano, o que estava em jogo era meramente uma ação psíquica, a sugestão. Dentro de seu conceito de *ideo-dinamismo* (BERNHEIM, 1907, p.47), a sugestão e a autossugestão poderiam interferir nas funções vegetativas, nos sentidos e na motricidade, tanto durante o sono provocado quanto no sono comum. Além disso, se tudo se resumia à sugestão, ela poderia ser utilizada no estado de vigília para influenciar o paciente em uma psicoterapia, tornando a hipnose desnecessária como meio de tratamento (BERNHEIM, 1907, p.76).

Uma afirmativa prévia de Bernheim no sentido de que pessoas já anteriormente hipnotizadas poderiam apresentar durante o estado de vigília a mesma susceptibilidade à sugestão (BERNHEIM, 1884, p.47), se opunha frontalmente às teorias de Charcot, inclusive por dissociar totalmente a hipnose da doença histérica. Para Bernheim, a única certeza era a de que haveria nos indivíduos hipnotizáveis uma particular aptidão para transformar em ato uma ideia sugerida (BERNHEIM, 1884, p.85). Além disso, não havendo uma base propriamente orgânica para a hipnose, não fazia sentido falar-se em um processo com fases bem definidas, noção desconstruída passo a passo por Bernheim em sua resposta às críticas feitas pelo filósofo Paul Janet, tio de Pierre Janet, à sua teoria (BERNHEIM, 1884). Os mesmos argumentos eram por ele repetidos ainda em 1907, quatorze anos após a morte de Charcot, negando o esquema proposto pelo mestre da Salpêtrière e descaracterizando suas possibilidades terapêuticas (BERNHEIM, 1907). É curioso pensar que Charcot estava tão em sintonia com a ciência do final do século XIX quanto Mesmer estava em sintonia com a

ciência de seu tempo, e que se ele condenava o mesmerismo por vê-lo como uma construção metafísica, também Bernheim veio a jogar por terra, como cientificamente insustentáveis, os fundamentos de sua prática da hipnose.

4.6 INVISÍVEL, MAS, AINDA ASSIM, ANATOMOPATOLÓGICO

Em sua primeira participação em um encontro anual da *British Medical Association*, em Leeds, 1869, Charcot não apresentou qualquer artigo (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.178), mas parece ter desenvolvido uma admiração pelos teóricos ingleses, entre eles o clínico Russel Reynolds. Naquele ano, Reynolds havia publicado, no *British Medical Journal*, um texto curto, *Remarks on paralysis, and other disorders of motion and sensation, dependente on idea* (REYNOLDS, 1869), onde advertia quanto à tendência a se desconsiderar os efeitos crônicos das ideias e das emoções expressados sob a forma de distúrbios musculares e sensoriais (REYNOLDS, 1869, p.483). Em relação a um paciente citado como exemplo, ele observou: “O homem ficou realmente doente, mas o local da doença era a ideia” (REYNOLDS, 1869, p.485). Tais ocorrências não estariam obrigatoriamente associadas a quaisquer alterações mentais, incluindo a histeria, e Reynolds não apresentava nenhuma hipótese que as fundamentasse, afirmando apenas sua relação com alguma intensa emoção como, por exemplo, os graves efeitos nervosos dos acidentes ferroviários. No entanto, ele apresentava os fatores a serem levados em conta para que o diagnóstico fosse feito: basicamente, a forma de surgimento dos sintomas, sua atipicidade e inconsistência, bem como dos resultados do tratamento.

Apesar do interesse de Charcot pelo texto, ele não deu mostras de ter se sensibilizado com as advertências contidas ali. Para ele, ao que parece, sintomas atípicos com que eventualmente se deparava não se chocavam com a lógica matemática da clínica do sistema nervoso, de maneira que ele não era levado a remetê-los à liberdade das ideias. Pelo contrário, o móvel de Charcot parecia ser o de acomodar o atípico àquela lógica, para, em seguida, formular uma teoria ou uma lei³⁴.

A matemática de seu método anatomoclínico permitiu que Charcot mapeasse com grande precisão uma localização cerebral para a atividade motora. Porém, com relação à histeria, seu método não lhe trazia qualquer evidência fisiopatológica mais sólida. No início de 1882, durante a Conferência de abertura da cátedra de Clínica das Doenças do Sistema

³⁴ Charcot só voltaria a se referir a Reynolds em 1885, mais de quinze anos depois, quando o tomou como ponto de partida para suas próprias teorias sobre a histeria traumática (CHARCOT, 1887e, p.335).

Nervoso, Charcot admitia que junto a patologias como a histeria, a epilepsia e a coreia, “compostos sintomáticos privados de um substrato anatômico”, a metodologia baseada na estratégia anatomoclínica tinha uma efetividade limitada (CHARCOT, 1887a, p.15). O apoio anatomopatológico para suas hipóteses se mostrava frágil, uma vez que quadros clínicos com alguma semelhança se confundiam sem que a necropsia fornecesse dados para esclarecimento. A sintomatologia das neuroses em geral, e a da histeria em particular – as lesões *sine matéria* – se mostravam estreitamente próximas daquelas associáveis a lesões materiais, o que o levava, por vezes, a ser arbitrário e, se a presença de lesões características afirmava um diagnóstico, a ausência delas nem sempre o afastava.

Às voltas com essa evidência, Charcot invocava novamente um autor inglês, agora James Paget, em seu conceito traduzido para o francês como *neuromimésie* (PAGET, 1877, p.247). Para Paget, algumas pacientes, quase sempre histéricas, possuiriam uma capacidade herdada para reproduzirem quadros neurológicos localizados, criando com frequência problemas diagnósticos (PAGET, 1877, p.172). Seriam pessoas dotadas de um aparente “excesso de ação nervosa, levando a uma expressão geral de nervosismo, ou de constituição nervosa” (PAGET, 1877, p.174).

Charcot citou como exemplo da *neuromimésie* a hemianestesia vulgar das histéricas em sua marcante semelhança com a as hemianestesias que decorrem de uma lesão localizada, bem como a paraplegia espasmódica histérica, que apresenta o déficit motor, a rigidez e a hiperreflexia característicos de uma lesão orgânica espinal. Ele advertia, no entanto, que essa semelhança que desespera o clínico, deve ser usada pelo patologista no sentido de, a partir da lesão orgânica evidenciada, identificar, *mutatis mutandis*, a “lesão dinâmica” determinante do sintoma histérico (CHARCOT, 1887a, p.16). Para Charcot, isso viria ao encontro à sua afirmativa no sentido de que as neuroses seriam regidas pelos mesmos princípios que as demais patologias do sistema nervoso, permitindo que a histeria pudesse ser pensada em termos anatômicos e fisiológicos.

A oposição entre o anatômico e o dinâmico na compreensão do fato clínico é muito anterior a Charcot. Em seu tratado, Briquet afirmava que a repetição frequente de reações afetivas em resposta às sensações desagradáveis, às paixões tristes ou violentas, acabaria “por determinar lesões, sejam dinâmicas, sejam materiais, nos órgãos sobre os quais elas incidem” (BRIQUET, 1859a, p.4). Mais do que isso, de forma talvez presentista, ele fazia a noção retroceder a Sydenham, identificando-a, a partir daí, no pensamento de diversos autores. Briquet separava os teóricos da histeria, estabelecendo dois modelos básicos de abordagem da patologia:

Depois de percorrer toda uma série de opiniões expressas pelos vários autores sobre a natureza da histeria, vemos que esses pontos de vista podem ser combinados em dois grupos, um em que a doença está relacionada aos órgãos genitais, onde ela, de alguma maneira, se materializa; o outro no qual ela se encontra ligada ao sistema nervoso, e considerada como um estado dinâmico (BRIQUET, 1859a, p.598).

É nesse segundo grupo de autores, em que o quadro histérico seria referido a uma lesão dinâmica do sistema nervoso, que ele situava, além de Sydenham, Boerhaave, Raulin e Voisin, entre outros, afirmando que “ainda que tenham expressado suas ideias em termos diferentes, (esses termos) em última análise, significam basicamente a mesma coisa” (BRIQUET, 1859a, p.599).

A partir da década de 1880, a noção de uma alteração meramente funcional, efêmera, sem deixar registros detectáveis em um exame anátomo-histológico, foi amplamente utilizada por Charcot em suas discussões clínicas. Um conceito amplamente utilizável, mas tão somente uma possibilidade entre outras. Em 6 de novembro de 1888, discutindo o caso do telhadeiro acometido por uma hemiparaplegia cruzada por lesão traumática, ou síndrome de Brown-Séquard, ele concluía sua argumentação:

Eu não me recuso a admitir que o elemento histérico esteja presente neste homem, mas certamente, nem tudo nele é histérico, e, em especial, eu creio poder afirmar que a síndrome de Brown-Séquard surge aqui de uma lesão espinal orgânica, e de forma alguma de qualquer lesão dinâmica ou funcional, de resto não detectável através de nossos atuais meios de investigação, e que parece ser o substrato de sintomas históricos (CHARCOT, 1889b, p.62).

Da mesma forma, tratar-se-ia de uma lesão como outra qualquer, sem desdobramentos característicos. Em *Exemple d'une affection spinale consécutive à une contusion du nerf sciatique*, ele observava: “A lesão, leve ou grave, dinâmica ou orgânica, (...) tem o efeito de remover temporariamente ou para sempre, a sua ação trófica” (CHARCOT, 1887c, p.129). Ou, quanto ao homem afetado por uma coxalgia histérica:

Definitivamente, a coxalgia orgânica não existe em nosso paciente, isso está bem estabelecido; mas existe nele uma coxalgia histérica, *sine matéria*, como queiram chamar. Ora, por mais dinâmica que ela seja, a doença é perfeitamente legítima, perfeitamente real, e nada, absolutamente nada, nos autorizaria a imputar ao nosso homem uma simulação (CHARCOT, 1887d, p.384-385).

Não faria sentido, considerando-se a alegada proposta de observar-se a lógica interna dos conceitos charcotianos sobre a histeria, questionar a possibilidade factual de uma “lesão dinâmica”, como postulada por Charcot. No entanto, é interessante assinalar que, antes mesmo que ele morresse, Freud, em julho de 1893, publicava, em francês, *Quelques Considérations Pour une Étude Comparative des Paralysies Motrices Organiques et Hystériques*, onde esse questionamento já era feito. Destacando a imprecisão do conceito, aliás, nunca definido mais extensamente por Charcot, Freud partia da inferência mais imediata, a de que se trataria de uma lesão da qual nenhum vestígio tecidual seria encontrado no exame *post mortem*. Freud propunha: “Tenho bastante certeza de que muitos daqueles que leram as obras de M. Charcot acreditam que uma lesão dinâmica é realmente uma lesão, contudo uma lesão da qual, após a morte, não se encontra nenhum vestígio, tal como um edema, uma anemia ou uma hiperemia ativa” (FREUD, 1996d, p.211). No entanto, ressaltando o fato de a histeria “mostrar-se ignorante e independente de qualquer noção da anatomia do sistema nervoso” (FREUD, 1996d, p.213), Freud observava que qualquer que fosse a constância da lesão ou da alteração funcional em jogo, ela sempre produziria efeitos compatíveis com a neuroanatomia, o que não se aplicava aos determinantes do quadro histérico.

Vago, ou não, no entendimento de Charcot, o conceito de lesão dinâmica, ou funcional, sustentava a validade de sua metodologia anatomoclínica, plenamente inserido no contexto anatomofisiológico em que seu trabalho sempre se desenvolvera: “Esta é uma lesão superficial, talvez dinâmica, de células do corno anterior, em um estado de hiperexcitabilidade (...) o que pode explicar a exacerbação dos reflexos patelares, principalmente o lado direito” (CHARCOT, 1887c, p.138). Afinal, embora não indelével, havia uma lesão.

4.7 O ESTUDO DAS AFASIAS

Paralelas às lesões orgânicas, as lesões dinâmicas produziriam seus efeitos em um campo que, na visão de Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995), apesar de não se destacar pela extensão, ocupam um lugar significativo no percurso epistemológico em Charcot: os distúrbios da fala. À parte sua importância no mapeamento funcional do cérebro, eles representaram um passo fundamental na proposta de fundir o método anatomoclínico às novas concepções sobre a psicologia fisiológica (GOETZ; BONDUELLE; GELFAND, 1995, p.127).

Vale lembrar que, diferente de seus outros textos, a totalidade do conjunto das conferências de Charcot sobre as afasias não pode ser encontrado em francês. Incidentalmente, algumas delas foram compiladas por Gaetano Rummo, médico napolitano que frequentou o serviço de Charcot em 1883, e publicadas unicamente na Itália sob o título *Differenti forme d'afasia: lezioni fatte nella Salpetriere nel semestre d'estate dell'anno 1883* (CHARCOT, 1884).

Abordando as afasias baseado no método anatomoclínico, Charcot defendia a existência de diferentes tipos de afasia, buscando estabelecer a correlação entre cada um de seus quadros clínicos e sua particular localização cortical. Ele entendia a palavra como um complexo composto por, pelo menos, quatro elementos fundamentais, dois sensoriais e dois motores – a imagem auditiva e a imagem visual –, referentes à palavra, paralelas à imagem motora de sua articulação e à sua imagem gráfica (CHARCOT, 1884, p.73-74). Essas funções se distribuiriam em um conjunto de centros distintos anatômica e fisiologicamente localizado no córtex do hemisfério esquerdo. Cada um desses centros possuiria a capacidade de apreensão e registro de dados, permitindo a confrontação do já vivido com aquilo que se apresenta no momento. Para esse conjunto ele propôs a denominação de “aparelho de memória da palavra”, e para melhor compreensão desse aparelho ele elaborou o “diagrama do sino”, articulando os centros entre si, compondo um sistema fechado, o “centro de ideação”. O conjunto estaria sujeito a abalos que, incidindo sobre um ou outro desses elementos isolados, produziria quadros clínicos diferenciados.

Embora nos exemplos clínicos os transtornos apresentados sejam remetidos em sua maioria a lesões evidentes, também era prevista a possibilidade de o quadro ser resultante de uma lesão dinâmica (CHARCOT, 1884, p.79). Discutindo o caso de um paciente acometido por uma afasia de instalação súbita e sem sinais focais, após um importante revés financeiro, ele propôs que, diante de uma afasia, deveria ser empreendida uma análise psicológica, “uma vez que a linguagem, em suma, pertence claramente à psicologia” (CHARCOT, 1892e, p.362).

Charcot parecia admitir a necessidade da inclusão de uma nova ordem de fatores para o esclarecimento mais amplo dos quadros com que lidava. Ele reconhecia a importância dos fatores psicológicos na instalação de alguns quadros afásicos e, em contrapartida, observava que o estudo das afasias parciais havia esclarecido algumas “questões da psicologia fisiológica vistas até então como insolúveis” (CHARCOT, 1892e, p.363).

4.8 A PSICOLOGIA DO TRAUMA E A HISTERIA VIRIL

Essa nova ordem de fatores trazida pela psicologia se revelou fundamental para a abordagem de seus novos objetos de estudo: o traumatismo psicológico, as histerias traumáticas, a histeria masculina, e a hipnose. A série de três conferências *Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme – Monoplégies hystéro-traumatiques* (CHARCOT, 1887d), de maio de 1885, pode ser vista como emblemática desse estágio, abordando amplamente esses quatro pontos. Como observa Lellouch (1989, p.67), a histeria traumática – que começou como uma entidade nosográfica particular – veio a se transformar no elemento central para o entendimento da patologia histérica, inclusive a masculina. Aliás, o que a princípio sustentava teoricamente uma histeria masculina era justamente a possibilidade de ela ser resultado de um evento traumático, o que representava um importante diferencial em relação às outras formas de histeria, essas, femininas.

4.8.1 “A histeria existe, então, no homem?”

A partir do artigo *De l'hystérie chez les jeunes garçons*, publicado no *Le Progrès Medical* em 1882, no qual Charcot afirmava a existência da histeria masculina (CHARCOT, 1882b), o quadro se tornou um objeto frequente de seus estudos. No entanto, à época, a imagem de homens histéricos estava longe de sugerir algo inovador, e o histórico das observações sobre a doença deixa isso claro. Ao final da década de 1870, várias foram as teses que a tomaram como objeto, como as de Octave Lallemand – *Quelques observations d'hystérie chez l'homme* (LALLEMANT, 1877) –, e a de Auguste Klein – *L'hystérie chez l'homme* (KLEIN, 1880). E até mesmo bem próximo de Charcot, ela já havia sido abordada em 1880 por Bourneville e seu interno Henri d'Olier no artigo *Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme* (BOURNEVILLE; D'OLIER, 1880). O inglês Benjamin Brodie, cujas ideias ele tanto admirava e eventualmente encampava, já há décadas considerava com naturalidade a hipótese de um determinante histérico para as queixas de seus pacientes masculinos (BRODIE, 1865). E até mesmo o próprio Charcot, segundo Micale, já estaria reunindo material sobre a histeria masculina no início de 1878 (MICALE, 1990b, p.370), ainda que a admissão pública só viesse alguns anos depois. Em 1882, no início de um curto artigo para o *Progrès Médical*, Charcot respondia ao que parece ser um questionamento às suas ideias correntes: “A histeria existe, então, no homem? A essa questão (...) nós devemos responder afirmativamente; e mais, que o evento nem é muito raro” (CHARCOT, 1882b, p.1003).

Em seus estudos da histeria masculina, Charcot passava ao largo da antiga formulação histeria / feminino – hipocondria / masculino. Em ambos os sexos, tratava-se de uma doença degenerativa transmitida hereditariamente pela mãe. Charcot contava com a história familiar para afirmar sua teoria etiológica: “Aí estão antecedentes de uma importância capital, quatro históricas e um alcoolista em uma mesma família!” (CHARCOT, 1887e, p.283). Na essência, o quadro era o mesmo: anestésias, hipo e hiperestésias, alterações visuais, paresias e paralisias, contraturas, espasmos, e todo o inventário de sintomas tão exaustiva e repetidamente descritos. Tampouco a estabilidade do quadro seria, de fato, diferente nos dois sexos, como preconizavam alguns importantes autores, um preconceito que, segundo Charcot, teria prejudicado a identificação da patologia no homem (CHARCOT, 1887e, p.252). No entanto, embora não fossem um elemento distintivo de primeira ordem, os caprichos, as mudanças de caráter e de humor seriam mais encontrados nas mulheres do que nos homens (CHARCOT, 1887e, p.255).

Ao mesmo tempo, ainda que estendesse a sintomatologia feminina ao homem, ele se preocupava em não reforçar um antigo pressuposto, o de que a histeria seria uma ocorrência apenas em homens efeminados. Essa era uma sugestão de Sydenham (1717, p.302), uma possibilidade frequente para Axenfeld (AXENFELD; HUCHARD, 1883, p.1068) e uma condição quase que invariável na visão de Feuchtersleben: “homens atacados por um genuíno quadro histérico, (...) são, na maioria das vezes, efeminados” (FEUCHTERSLEBEN, 1847, p.228), para quem o homem viril estaria sujeito à hipocondria (FEUCHTERSLEBEN, 1847, p.222). Reynolds via como rara a histeria em homens ou meninos, mas advertia que sua ocorrência estaria ligada a uma disposição mental ou moral feminina, ou à perda acidental da força física (REYNOLDS, 1872, p.83). Mas, para Charcot, ela não seria rara e nem tampouco associada a uma efeminação do paciente. Certamente por isso, a apresentação que fazia deles sempre incluía dados sobre casamento ou a descrição de tipos físicos mais associáveis ao masculino. O saltimbanco na décima-sétima *Leçon* portava um “ar abrutalhado, estúpido, carrancudo, feroz” (CHARCOT, 1889c, p.393); *Rig...*, um dos “seis casos de histeria no homem” (CHARCOT, 1887e), era casado e descrito como “um homem grande, forte, musculoso” (CHARCOT, 1887e, p.257); *Mouil...* era “robusto, vigoroso e musculoso” (CHARCOT, 1887f, p.458).

Um fator que, sem dúvida, contribuiu para a prevalência de conferências sobre a histeria no homem foi o grande afluxo de pacientes masculinos pela criação, em 1882 – graças a Bourneville –, de uma policlínica com um hospital de curta permanência para pacientes de ambos os sexos. Ao mesmo tempo, a nova fonte de traumatismos em homens

representada pelos acidentes ou acidentes de trabalho em estradas de ferro, a noção da *Railway Spine* (ERICHSEN, 1869, p.22), dava margem para o aparecimento cada vez mais frequente de respostas neuróticas sob forma de manifestações de ordem neurológica em indivíduos do sexo masculino (para Charcot, já predispostos à histeria). Também a industrialização e a mecanização das tarefas em geral contribuía para a ocorrência de acidentes e seus desdobramentos, abrindo um campo de estudos para as ocorrências traumáticas. A grande maioria dos pacientes histéricos citados em suas conferências adoeceu após acidentes de trabalho.

4.8.2 Porczenska e Pinaud – o trauma esmiuçado

Um dos dois casos de monoplegia braquial histórica de origem traumática (CHARCOT, 1887d), o paciente Porczenska, um cocheiro de 25 anos, foi vítima de um acidente do fiacre que conduzia, sendo levado a Charcot quatro meses depois. Uma ampla área no braço e ao redor do ombro direito sobre o qual caíra se apresentava acometida por anestesia e monoplegia sugestivas, à primeira vista, de lesão do plexo braquial. Imediatamente após a queda ele se levantou com algum desconforto local, mas terminou sua jornada de trabalho sem maiores problemas. No entanto, alguns dias depois ele percebeu, ao acordar, uma flacidez e incapacidade para os movimentos do braço direito, à exceção dos dedos da mão.

Em relação à sua história, Charcot ressaltou as crises nervosas de sua mãe, o uso disfuncional de absinto por parte do pai, e crises histéricas da irmã. Seus variados problemas de saúde desde a infância não o impediram de trabalhar normalmente desde os dezesseis anos. Tudo isso o levava a supor a presença de algo degenerativo, levando o paciente a uma predisposição à histeria.

Seu caso era apresentado em 1º de maio de 1885, cerca de quatro meses após o acidente, e o quadro era o mesmo desde o surgimento da monoplegia (CHARCOT, 1887d). O braço direito tombava inerte ao longo do corpo; os reflexos tendinosos estavam mantidos e não havia vestígios de hipotrofia do membro, mantendo-se os movimentos voluntários dos dedos. Paralelamente, existia uma abolição completa da sensibilidade em geral no braço e no ombro direitos.

Uma característica das aulas de Charcot era a apresentação de diferentes pacientes tomados por quadros sintomáticos semelhantes, porém passíveis de distinção; os ensinamentos fluíam justamente através da discussão das semelhanças e dessemelhanças entre

os sintomas, remetidos então a um diagnóstico ou outro aventados. Nesse formato, após extensa descrição dos achados do exame neurológico de Porczenska, Charcot apresentava um segundo paciente, *Déb.*, acometido por um claro rompimento do plexo braquial esquerdo decorrente de um grave acidente. No entanto, seu quadro clínico, surgido imediatamente após o acidente, era bem diferente quando comparado ao do paciente anterior. A sensibilidade superficial e profunda estava totalmente abolida em toda a região anterior do braço, antebraço e mão, e preservada na parte posterior, como é característico das lesões do plexo braquial. Os reflexos tendinosos estavam abolidos, a hipotrofia era nítida e havia um resfriamento de toda a região. A ênfase da comparação entre os dois conjuntos de sintomas foi colocada na correlação entre a sintomatologia que efetivamente se mostrava e a que seria esperada, do ponto de vista neuroanatômico.

Após uma longa discussão sobre a possibilidade de Porczenska portar uma lesão cerebral localizada, hipótese essa descartada, Charcot propunha:

Aqui não há dúvida de que se trata de uma dessas lesões que estão além de nossas possibilidades atuais de investigação anatômica e que, na falta de outra denominação melhor, foi acordado designá-las ‘lesões dinâmicas ou funcionais’. Isto é o que eu vou tentar demonstrar-lhes agora (CHARCOT, 1887d, p.321).

Ele prosseguia com uma avaliação neurológica motora e sensorial apontando os *stigmas* histéricos e, acima de tudo, as incongruências neuroanatômicas entre os diversos achados. Considerando esses elementos, somados a uma pretensa degeneração hereditária, ainda que na ausência de ataques característicos, ele concluía: “... todos os sintomas que vemos em Porcz... revelam a histeria, e nós não encontramos nele, em última análise, nada que não seja revelador da histeria” (CHARCOT, 1887d, p.327).

Foi convocado, então, um outro paciente, o pedreiro Pinaud, de 18 anos, também vítima de uma queda, também pretensamente predisposto à histeria e que, da mesma forma, despertou alguns dias depois com uma paralisia do membro superior esquerdo³⁵. Um acurado exame neurológico foi igualmente discutido e, ainda que houvesse pequenas diferenças entre os dois quadros, a conclusão foi a mesma: “Temos, então, sob nossos olhos dois exemplos de monoplegia braquial histérica observada em homens” (CHARCOT, 1887d, p.333).

Charcot, no entanto, ia além e levantava a questão da terapêutica, prevendo que os sintomas histéricos iriam perdurar por meses ou anos, se nenhuma intervenção fosse feita.

³⁵ O caso do pedreiro Pinaud é um dos seis discutidos em *A propos de six cases d'hystérie chez les hommes* (CHARCOT, 1887e, p.289).

Mas, ele indagava: qual seria essa intervenção? Advertindo que os meios empíricos, como a utilização dos “estesiológicos”, não garantiriam resultados duradouros, ele propunha que uma ação seria mais eficaz se fundamentada na fisiologia das paralisias traumáticas. Sem desconsiderar as enormes dificuldades que cercavam o tema, ele prometia tentar abordá-lo a partir da noção de “paralisias dependentes de uma ideia” ou “paralisias psíquicas”, proposta por Reynolds (1869). Ele concordava quanto à possibilidade de, em determinadas circunstâncias, uma paralisia ser determinada por uma ideia, assim como uma ideia poderia fazê-la desaparecer. No entanto, ele advertia quanto à existência de pontos ainda obscuros nas teorias de Reynolds, e ele pretendia esclarecê-los a partir da abordagem de conceitos científicos recentes relativos à “neurose hipnótica”, que tornaram possível a intervenção da “experimentação no estudo de casos deste tipo” (CHARCOT, 1887d, p.335).

Lembrando ser um fato banal o surgimento a partir da sugestão hipnótica de um grupo coerente de ideias associadas entre si, que se traduziriam por fenômenos motores correspondentes, ele argumentava que, no caso de esse grupo de ideias se referir a uma paralisia, essa paralisia surgiria com as características de um evento clínico natural. As paralisias criadas pela sugestão hipnótica seriam análogas às paralisias psíquicas propostas por Reynolds (1869, p.483-485).

Charcot entendia que o estado hipnótico, pela condição particular de um estreitamento do campo da consciência, tornaria possível que um grupo coerente de ideias fosse internalizado pela sugestão, se instalasse no psiquismo à maneira de um parasita e, embora à parte do todo da consciência, preservasse sua capacidade de produzir fenômenos motores. A ideia, ou o grupo de ideias, permaneceria isolado e ao abrigo da influência “desta grande coleção de ideias pessoais há muito tempo acumuladas e organizadas que constituem a consciência propriamente dita, o *eu*” (CHARCOT, 1887d, p.337).

Charcot dava seguimento à apresentação demonstrando que pela sugestão seria possível a criação artificial de sintomas quaisquer, por exemplo, a mesma incapacitação motora de um membro, bem como sua reversão. A paciente Greuzard, mergulhada em um profundo sono hipnótico, era levada a internalizar, pela intimação de Charcot, a ideia de uma monoplegia braquial idêntica à de Porczenska e Pinaud que se materializava no estado pós-hipnótico. Mas, ele foi além, e depois de reverter a monoplegia, provocou uma sequência de paralisias em cada segmento do braço de Greuzard, seguindo pelo ombro, braço, cotovelo, antebraço e punho. Todo esse processo foi replicado em mais uma paciente, Meslay, com os mesmos resultados: nas duas, os sintomas de Porczenska e Pinaud foram recriados pela hipnose (CHARCOT, 1887d, p.352).

A questão era que os dois pacientes não estavam sob hipnose no momento do acidente, ou no momento em que surgiu a paralisia. Mas, quanto a isso Charcot tinha um argumento, baseado na condição emocional causada pelo acidente, e propôs que o *choc nerveux* próprio da experiência de ameaça à vida seria suficiente em indivíduos propensos à histeria – como Porczenska e Pinaud – para desenvolver a “obnubilação do *eu*”, o estado cerebral produzido nos indivíduos histéricos pela hipnose que viabilizaria a instalação do grupo de ideias parasita (CHARCOT, 1887d, p.336). A impressão dolorosa desempenharia o papel da sugestão, fornecendo e fixando a imagem da incapacitação motora e transformando-a em uma ideia autônoma passível de se materializar (CHARCOT, 1887d, p.356).

Para Gauchet, a partir dessas conferências, o trabalho de Charcot teria prosseguido no sentido de um aprofundamento gradativo dessa dimensão de interioridade que a observação do trauma fez aparecer (GAUCHET, 1997, p.159).

4.8.3 Uma fisiologia para o trauma

No entanto, os fundamentos fisiológicos da sugestão hipnótica ainda eram insatisfatórios, exigindo maior esclarecimento. Tomando como um exemplo de modificação do reflexo normal o conjunto de sintomas causados pela estriquinina, que exaltaria a excitabilidade do centro motor levando a uma hiperreflexia, Charcot e Richer, em 1881, haviam proposto que algo análogo ocorreria durante a fase letárgica da hipnose. A hiperexcitabilidade neuromuscular seria resultado de uma alteração funcional do próprio centro nervoso, exacerbando as respostas eferentes. Mas, essa alteração não seria resultado de uma lesão anatômica, mas, sim, de uma “lesão dinâmica” (CHARCOT; RICHER, 1890, p.411).

Uma explicação bem mais extensa e detalhada do processo foi apresentada em 1887 por Charcot, em *L'hypnotisme en thérapeutique – guérison d'une contracture hystérique* (CHARCOT, 1890g). Ele partiu da observação da contratura histérica, sintoma que ele considerava como um *stigmata*, um sinal patognomônico da doença. Uma contratura poderia ser facilmente produzida em pacientes histéricas, tanto hipnotizadas quanto em estado de vigília, bem como ser revertida, em ambas as situações, através de vários expedientes, inclusive a sugestão. Indagando, então, sobre os fundamentos dessa reversão, Charcot criava uma oportunidade para discutir o que ele entendia ser a fisiologia tanto da sugestão, quanto da própria doença histérica.

Apoiado nas teorias de Richet apresentadas no texto ampliado de *Le Somnambulisme Provoqué*, de 1884 (Richet, 1884, p.226-231), e no capítulo *La volonté*, do *Essai de psychologie générale* (Richet, 1887, p.158-171), Charcot levantava suas hipóteses psicofisiológicas³⁶. Ele propunha que o sistema neuromuscular se encontraria ligado à substância cinzenta do córtex, sede dos fenômenos psíquicos, através das fibras do trato piramidal, fibras essas responsáveis tanto pela transmissão dos estímulos para a ação, quanto dos estímulos para a inibição da atividade muscular (CHARCOT, 1890g, p.469). Havendo uma secção do trato piramidal em um indivíduo normal, como consequência, por exemplo, de uma lesão encefálica localizada, haveria um aumento da excitabilidade das células motoras produzido pela privação da ação inibitória cortical, produzindo uma tonicidade aumentada que se transformaria em uma verdadeira contratura a partir de alguma ação excitatória. Em sua argumentação, na histeria o desencadeamento da suspensão da função inibitória sobre o feixe piramidal, com o consequente desenvolvimento de uma excitabilidade exacerbada das células motoras, seria provocado por uma lesão dinâmica (CHARCOT, 1890g, p.469).

Para ele, a histeria aumentaria enormemente a excitabilidade das células motoras, de modo que a menor estimulação dos nervos eferentes determinaria o exagero da tonicidade, ou seja, uma contratura espástica. O efeito terapêutico da sugestão consistiria em dar origem a uma ideia fixa, predominante, que se opusesse ao desarranjo surgido a partir da lesão funcional (CHARCOT, 1890g, p.468).

Esse mecanismo foi descrito outras vezes e por diferentes ângulos. Na aula de 17 de janeiro de 1888 (CHARCOT, 1892b), ele apresentou o caso de uma mulher que, após dar uma bofetada no filho, viu surgir uma paralisia da mão. Feito o exame diferencial com patologias relativas a lesões do sistema nervoso, restava a hipótese de uma ocorrência histérica, que ele creditou a uma lesão cortical dinâmica.

Para Charcot, existiria uma similitude entre o estado mental sonambúlico e o da mãe enraivecida, no sentido de que ambas se encontrariam particularmente vulneráveis à sugestão. Ele lembrava que, nesse estado, a impressão sensorial de um choque contra a mão funcionaria como uma sugestão recebida, e ficaria anexada ao espírito como um corpo estranho, sem se submeter à crítica do agregado de ideias relativo ao *eu*, podendo adquirir uma força extrema. Remetendo a autores psicólogos, inclusive Théodule Ribot, ele asseverava que “em condições psicológicas normais, a ideia de movimento de um membro já é o movimento desse membro em vias de se realizar” (CHARCOT, 1892b, p.98). Da mesma forma, a ideia de uma paralisia

³⁶ A psicologia fisiológica – proposta, entre outros, pelo amigo e colega de Charcot, o psicólogo Théodule Ribot – será tema do tópico 4.9.2, “A psicologia científica”.

funcionaria de maneira análoga. Aí estaria a origem dos fenômenos motores por sugestão hipnótica, e por autossugestão nos casos de histeria traumática. “Essa explicação fisiológica, ou melhor, psicológica” (CHARCOT, 1892b, p.99) era, em linhas gerais, sua proposta para a compreensão do hístico-traumatismo.

4.8.4 O resgate das “causas morais”

Desnecessário lembrar que não foram as observações de Charcot sobre as neuroses traumáticas que introduziram as discussões psicológicas nas teorizações sobre a histeria. Sydenham, no século XVII, já apontava a vinculação temporal entre o início do quadro e uma mobilização afetiva como dado diferencial para o diagnóstico (SYDENHAM, 1717, p.307). Antoine Bayle, a maior referência do ponto de vista organicista na primeira metade do século XIX, afirmava a importância das causas morais para o surgimento dos quadros mentais (BAYLE, 1826, p.418). Para Feuchtersleben, a histeria seria o ponto de contato das esferas psíquica e somática (FEUCHTERSLEBEN, 1847, p.222). E, entre tantos outros, aquele que Charcot reconhecia como seu mais importante predecessor, Briquet, elaborou uma hipótese para o sintoma hístico, em grande medida baseada na afetividade (BRIQUET, 1859a, p.3-4), conforme exposto no tópico sobre seu tratado.

O que é necessário lembrar é que, se desde Sydenham os teóricos da histeria afirmaram a importância dos abalos morais como fator determinante do surgimento do quadro hístico, Charcot foi uma exceção, pelo menos até próximo da década de 1880. Coerente com seu entendimento da histeria como uma doença estritamente neurológica, o que a tornava, para ele, objeto do método anatomoclínico, Charcot, por um longo tempo, não fez referência às tão citadas causas morais. Sua neurologia, ou, a da escola da Salpêtrière, era outra, em comparação até mesmo com a de Briquet.

Porém, à medida que lidava com a hipótese do *choc nerveux* como fator desencadeante dos quadros traumáticos, o rol das condições capazes de provocar uma lesão dinâmica e, conseqüentemente, a histeria, não só crescia como também abarcava condições afetivas cada vez mais diversas. Era como se Charcot, a partir da década de 1880, passasse a promover, pouco a pouco, uma reedição contextualizada daquelas “causas morais” tão alegadas por seus antecessores, mas até então sem qualquer espaço em suas considerações. A patologia poderia advir de uma colisão de trens, de um acidente em um veículo, de um excesso intelectual ou genital, ou do alcoolismo. Da mesma forma, da visão do filho morto, da perda das economias de toda a via, da agressão sofrida da parte de um colega, de um tapa dado no filho, do disparo

acidental no cão de um amigo, etc. A lesão dinâmica surgiria a partir de qualquer mobilização maior e produziria efeitos comparáveis às lesões anatômicas (CHARCOT, 1890g, p.469).

Fora da anatomia, a lesão dinâmica remetia à psicologia, à qual, como já dito, Charcot recorria cada vez mais frequentemente. No atendimento a um jovem de 14 anos, no início de 1888, ele chegou a apontar aquele quadro histérico como uma doença “em três quartos, psíquica, sendo necessário que se aprenda a tratá-la psiquicamente” (CHARCOT, 1892c, p.138).

4.9 A PSICOLOGIA NA SALPÊTRIÈRE

O texto de Richet (1875) “*Le somnambulisme provoqué*”, que teria dirigido o olhar de Charcot em relação à hipnose, ao mesmo tempo em que lhe apresentava uma nova configuração dos estados mentais, se constituía em um novo desafio: explicar essa configuração. De maneira inevitável, as reflexões sobre a sugestão hipnótica o obrigariam a cogitar sobre a importância de algo para além do que se conhecia a respeito da anatomofisiologia. Como resultado, Charcot teria sido levado a incluir a psicologia experimental entre os pontos de vista que o orientavam na busca da compreensão da patologia histérica. O que se pode perceber é que, a partir do início da década de 1880, sua obra está repleta de referências à psicologia, principalmente a partir de seus estudos sobre as neuroses traumáticas.

Mais do que isso, Charcot esteve diretamente envolvido com a consolidação da psicologia na França que, segundo Nicolas e Ferrand (2008, p.16), até o início da década de 1870 havia se desenvolvido muito menos do que em outros centros, como a Alemanha ou os Estados Unidos. A *Société de Psychologie Physiologique*, criada em 1885, tinha Charcot e Théodule Ribot como fundadores, e Charles Richet, Pierre Janet e outros nomes de alguma forma ligados à Salpêtrière, como associados. A *Société*, por sua vez, era um desdobramento da *Revue Philosophique de la France et de l'Étranger*, criada por Ribot em 1876, um primeiro espaço francês para a discussão de tendências em psicologia, e fator decisivo para a afirmação da disciplina no país. Em 1890 era instituído no serviço de Charcot um laboratório de psicologia, que foi entregue a Janet, e, no mesmo ano, Paris sediava o primeiro Congresso Internacional de Psicologia, do qual Charcot foi o presidente.

4.9.1 Diferentes leituras para aqueles “três quartos”

As repetidas inclusões de elementos da psicologia entre os determinantes da histeria poderiam levar à interpretação de uma guinada de Charcot em direção a uma nova fundamentação etiológica. Poder-se-ia interpretar que sua compreensão, agora depurada da fidelidade ao método anatomoclínico, se mostrava aberta aos objetivos para além da neurologia. Ou, pelo menos, na opinião de Trillat, seriam expressões de uma hesitação entre o positivismo científico e o espiritualismo (TRILLAT, 1991, p.155). Essa pretensa “evolução” de seu pensamento seria, para Veith, uma evidência de que “Charcot havia projetado rever toda a sua obra sobre a patologia do sistema nervoso” (VEITH, 1973, p.242).

As referências de Charcot à psicologia, mesmo às ideias inconscientes, são um fato indiscutível. Porém, caberia alinhar Charcot, Janet e Freud como condutores da psiquiatria dinâmica do século XIX ao século XX, como fez Ellenberger em seu *The Discovery of the Unconscious* (ELLENBERGER, 1981, p.48)? Ou, em outras palavras, seriam elas alusivas a um corte, ou, mesmo, a uma hesitação em suas concepções sobre a determinação neurológica da histeria? A resposta a essa questão parece ser negativa, mas, para fundamentá-la, é necessário que se compreenda a qual psicologia Charcot se referia.

Em uma citação feita por Janet³⁷, Charcot afirmava:

Até agora temos nos habituado a colocar a psicologia de lado; ela é ensinada no colégio, mas é uma psicologia menor, adocicada, sem muita utilidade. Saber apenas que possuímos diversas faculdades, não tem muita aplicabilidade. É uma outra psicologia que precisa ser criada, uma psicologia fortalecida pelos estudos patológicos com que estamos envolvidos. Nós a estamos construindo, com a ajuda de psicólogos, desta vez dispostos a não considerar apenas o que é chamado de introspecção, como faziam seus antecessores. O psicólogo do passado se fechava em seu consultório, observava o seu próprio interior; era o seu próprio sujeito de observação. É um método que podia ter um lado bom, mas é totalmente insuficiente. É necessário, para controlar essa observação do homem por si mesmo, uma observação inversa, e nessa observação inversa a patologia nervosa desempenha um papel significativo (JANET, 1985, p.594).

Ao que parece, para Charcot, a psicologia a ser superada seria a psicologia proposta pelos filósofos espiritualistas, sendo Paul Janet o mais próximo a ele. O método de observação baseado na introspecção defendido pelos espiritualistas era objeto da crítica de Ribot, que defendia uma psicologia calcada na fisiologia (NICOLAS, 2008, p.16), já introduzida na Salpêtrière por Richet. Segundo Nicolas (2002, p.121), desde os trabalhos de Richet sobre a fisiologia do hipnotismo, desenvolvidos a partir segunda metade da década de

³⁷ A referência apresentada por Janet foi insuficiente para que se encontrasse a citação em seu original (N.A.).

1870, as manifestações inconscientes passaram a interessar, cada vez mais, os médicos. Lellouch também entende que o processo que se iniciou com a hipnose teria conduzido ao surgimento de uma psicologia experimental, que abriu um novo espaço no campo médico (LELLOUCH, 2004, p.416), e foi a essa psicologia fisiológica de Ribot e de Richet que Charcot havia aderido.

4.9.2 A psicologia científica

Em sua crítica à psicologia espiritualista, Ribot propunha uma psicologia livre da metafísica, de caráter científico, apoiada na observação das patologias mentais, que ele considerava como uma dissolução do funcionamento normal. Sua teorização sobre as diversas funções psíquicas teve apoio na observação das variações patológicas dessas funções (NICOLAS; MURRAY, 2000, p.3-4).

Ribot buscava entender o desenvolvimento da memória, a partir de suas concepções sobre o seu comprometimento, segundo uma “lei da regressão”. Para ele:

A destruição progressiva da memória segue uma marcha lógica, uma lei. Ela descende, progressivamente, do instável ao estável. Ela começa pelas lembranças recentes que, mal fixadas nos elementos nervosos, pouco repetidas e, por consequência, fracamente associadas aos demais, representam a organização em seu menor grau. Ela termina pela memória sensorial, instintiva, que, fixada ao organismo, tornou-se uma parte dele, ou ele mesmo, e representa a organização em seu grau mais sólido (RIBOT, 1895, p.95).

A “lei da regressão”, após ser estabelecida para a memória, foi estendida por Ribot (1895) aos demais fatos psíquicos.

Nicolas e Murray (2000, p.8) apresentam uma definição de Ribot para a vontade: “um estado de consciência final que resulta da coordenação mais ou menos complexa de um grupo de estados conscientes, subconscientes ou inconscientes que, em conjunto, levam a uma ação ou a uma inibição”. Para Ribot, a atividade, ou o poder de produzir atos, se desenvolveria em três estágios: no mais baixo, os atos automáticos, reflexos simples ou compostos; em seguida, os atos produzidos pelos sentimentos, emoções e paixões; por fim, e acima de todos, os atos racionais. Esse último estágio se colocaria sobre os dois outros, coordenando-os e propiciando uma unidade entre os três (RIBOT, 1888, p.116). A atividade automática e mais primitiva de coordenação seria, basicamente, inconsciente. Sobre essa base, se daria uma coordenação mais complexa, consciente e personalizada de administração dos desejos, dos sentimentos,

das paixões, etc. Acima dessas, a atividade “ideomotora”, um nível bem mais complexo de coordenação racional da vontade, e sua transformação em uma atividade. Sendo assim, pela lei da regressão aplicada à vontade, os eventos voluntários mais complexos e racionais deveriam desaparecer antes dos mais simples, e os mais simples, antes dos automáticos (NICOLAS; MURRAY, 2000, p.8).

Os conceitos desenvolvidos pelos teóricos da psicologia fisiológica foram esquematizados pelo médico forense Charles Fauvelle, no artigo *Qu'est-ce que la psychologie physiologique?* (FAUVELLE, 1887), publicado nos *Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris*. Entre outras considerações, ele alinhou como característico da função cerebral: 1 – a capacidade de dois dos seus elementos histológicos – as células receptoras sensoriais que conhecemos, e outras a serem identificadas – de reter as impressões recebidas; 2 – a propriedade que possuem as células motoras de interferirem no influxo nervoso, distribuindo-o em proporções desejadas à musculatura voluntária, através dos feixes nervosos; 3 – a existência do impulso nervoso, agente dessas diversas funções, forma especial de energia universal, gerado pela ação química do oxigênio, gás cuja supressão faz com que ele desapareça instantaneamente. “Foi a este conjunto que, em sua ignorância amplamente desculpável, os filósofos antigos deram o nome de alma” (FAUVELLE, 1887, p.127).

Não há espaço, nessa tese, para uma apresentação mais extensa das teorias psicofisiológicas de Ribot ou de Richet, e nem haveria uma razão para isso, a não ser a de ilustrar a psicologia a que Charcot remetia suas reflexões. Tratava-se de uma psicologia apoiada nas ciências médicas, em princípios da neurologia, tendo como fundamento a ação reflexa. Para Ribot: “O reflexo é o tipo único de toda ação nervosa, de toda vida de relações” (RIBOT, 1888, p.4). Ou, nas palavras de Richet: “É pelo ato reflexo que o sujeito existe, e que ele é um indivíduo, um ser único, alguma coisa além de um amontoado de células” (RICHET, 1898, p.82). Ou:

Assim, o aparelho cerebral, seja pela excitação psíquica dita voluntária, seja por uma excitação sensorial que desencadeie sua atividade, pode moderar ou inibir os atos reflexos. Esse poder de interrupção que o cérebro exerce sobre as funções medulares, é um dos elementos essenciais da vida psíquica (RICHET, 1898, p.81).

4.9.3 Projeto de um inconsciente para neurólogos

Como visto mais acima, Charcot atribuía à pessoa histérica uma propensão à sugestão, algo que compensaria a suspensão da ação inibitória própria do processo volitivo, imposta por

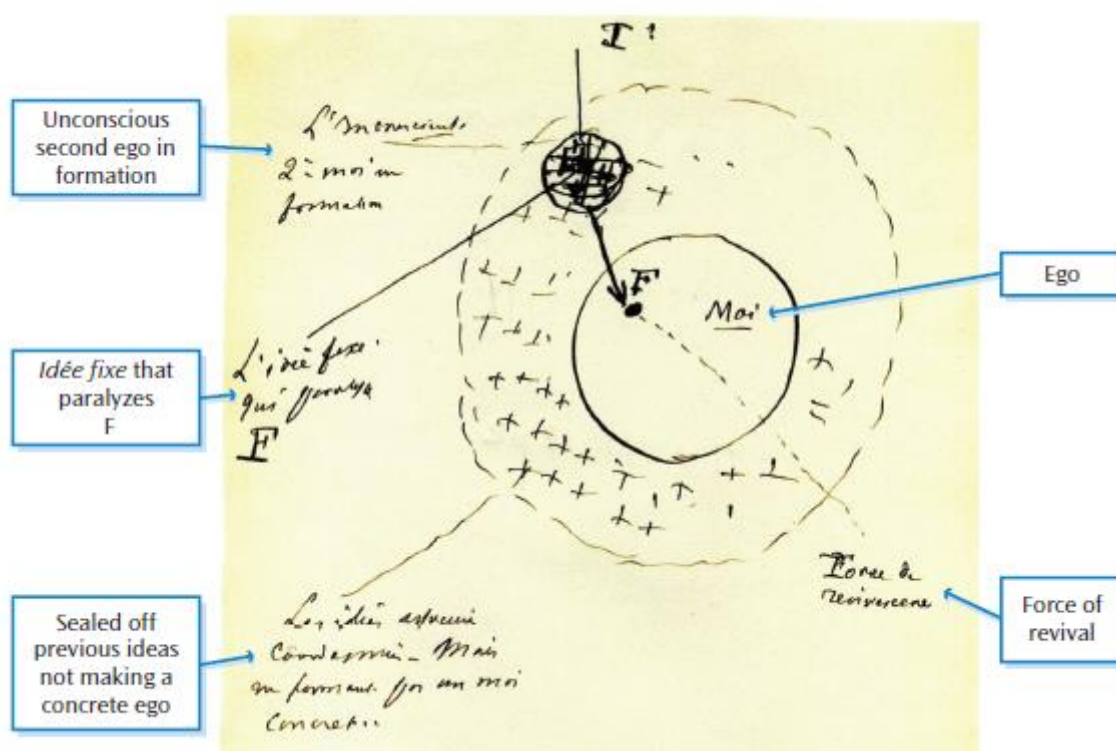
uma lesão dinâmica do feixe piramidal (CHARCOT, 1890g, p.468), permitindo a reversão dos efeitos dessa lesão, em última análise, a reversão do sintoma. Susceptível que era à sugestão externa e à autossugestão, a pessoa histérica apresentaria um estado mental particularmente favorável à cura pela fé: “Nesses indivíduos, homens ou mulheres, a influência do espírito sobre o corpo é eficaz o bastante para produzir a cura de doenças que a ignorância (...) de sua verdadeira natureza levava a considerá-las incuráveis” (CHARCOT, 1897, p.37).

Mas, a sugestão era também fator de cura em outros espaços que não a Policlínica. Ela estava na energia dos santuários e no dom dos taumaturgos capazes de reverter quadros orgânicos levados para tratamento fora do campo médico, mas cuja base era a histeria. Em *La foi qui guérit*, de 1892, ele discute as curas repentinas de convulsões e paralisias. A observação que faz dos *ex-votos* ou a análise de pinturas votivas levava Charcot à hipótese diagnóstica para as enfermidades que a fé curou: histeria. “A ciência demonstrou que esses fenômenos eram de origem histérica, quer dizer, não orgânicas, puramente dinâmicas...” (CHARCOT, 1897, p.8). Esse entendimento tomava como base, em grande medida, as discussões dos dois casos de monoplegia hístico-traumática, Porczenska e Pinaud, apresentados em 1885 (CHARCOT, 1887d). Ali ele se referia à existência de um *eu* formado pela coleção de ideias pessoais acumuladas e organizadas que constituem a consciência propriamente dita, que pode vir a ser parasitado por uma ideia fixa que nele se insere, guardando sua capacidade para determinar alterações sensoriais e motoras.

O trabalho de Charcot no sentido de situar o afeto e as representações mentais na vida psíquica parecia conduzi-lo à conceituação de um sistema que incluía as noções de consciente e inconsciente. Em uma anotação pessoal encontrada por Catherine Bouchara, ele advertia: “A maior parte de nossos tesouros mentais se mantém fora da esfera da consciência” (BOUCHARA, 2013, p.132). E foi também Bouchara quem localizou uma aula inédita de 28 de junho de 1892 (BOUCHARA; MAZET; COHEN, 2010), onde ele expunha, de forma bastante vaga, uma representação gráfica para o funcionamento do psiquismo³⁸.

Figura 1 – Esquema psicodinâmico de Charcot

³⁸ O esboço não traz mais do que algumas pontuações manuscritas, em nada conclusivas. Para se ampliar um pouco sua compreensão, é necessário recorrer a alguns artigos que tocam o tema, como CHARCOT, 1887d, CHARCOT, 1887g e CHARCOT, 1892b.



Fonte: Bouchara; Mazet; Cohen (2010, p.387).

Neste esquema, o Eu consciente, “concreto”, seria o ponto central do psiquismo, guardando em si a capacidade de recordar, a “força da revivescência”. Charcot considerou o inconsciente como um “segundo Eu em formação”, potencial, que permaneceria na periferia do Eu consciente, composto pelas “ideias anteriores condenadas, mas que não compõem o Eu concreto”. A partir de um choque nervoso, a emoção violenta, a imagem do choque, criaria “ideias fixas”, designadas no esquema por “F”, que parasitam o Inconsciente e diminuem a força da revivescência do Eu, levando à amnésia das ideias associadas ao trauma, podendo chegar a uma amnésia mais ampla. A hipnose estabeleceria uma linha de diálogo com o inconsciente, agindo sobre a ideia fixa e desfazendo o seu potencial patógeno, ao mesmo tempo em que restauraria a força da revivescência do Eu, reabrindo o caminho das ideias inconscientes até a consciência.

É necessário, a essa altura, que se caracterize a noção de inconsciente com que Charcot lidava. Seu modelo, assim como o de toda a sua abordagem psicológica, seguia um modelo neurofisiológico. Não seria um sistema bem constituído e com uma dinâmica própria, mas, basicamente, o conjunto de conteúdos fora da consciência. Para Charles Fauvelle, isso também incluiria as “conexões estabelecidas entre células motoras sinérgicas, que agiriam à parte dos sentidos para a realização de um movimento” (FAUVELLE, 1887, p.126).

Discutindo as condições de existência dos estados de consciência, Ribot propôs que a primeira delas seja o modo de atividade do sistema nervoso, em si, a descarga nervosa (RIBOT, 1895, p.22). Ele afirma, então, que a maioria dos estados nervosos não determinam a consciência, ou muito raramente contribuem para ela, e ainda assim, de forma indireta, como, por exemplo, as excitações e descargas simpáticas, a ação comum dos nervos vasomotores, um grande número de reflexos, etc. Outros adquirem o atributo da consciência de forma intermitente, isto é, após terem sido conscientes durante o primeiro período de vida, deixam de sê-lo na idade adulta, como, por exemplo, as ações automáticas. Ribot lembra que a atividade nervosa é muito mais ampla do que a atividade psíquica. Toda ação psíquica pressupõe uma ação nervosa, sem que o inverso seja verdadeiro, e “entre a atividade nervosa que nunca (ou quase nunca) é consciente, e a atividade nervosa que sempre (ou quase sempre) o é, há um grupo que às vezes é consciente, e outras vezes, não. É neste grupo de fatos que devemos estudar o inconsciente” (RIBOT, 1895, p.22).

O ponto de vista de Charles Richet, expresso em seu *Essai de Psychologie générale*, de 1887, é o de que um “inconsciente” só seria imaginável enquanto uma ideia fora da consciência, e nunca como um sistema organizado à parte da consciência: “a hipótese de consciências inferiores, obscuras, coincidentes com a consciência principal, me parece pouco digna de ser tomada em consideração” (RICHET, 1898, p.117). Ele observava que, em meio às operações intelectuais, existem fenômenos que não se encontram no foco de nossa percepção consciente. São as sensações, emoções e intenções que compõem a trama de nossa vida psíquica anterior, e que não se encontram, em todos os instantes, presentes em nossa consciência. Esses elementos, no entanto, seriam objeto de transformações empreendidas pelo cérebro, em um trabalho de elaboração do qual só conheceríamos os resultados, e à medida que eles tomassem a consciência (RICHET, 1898, p.118).

4.10 AO FIM E AO CABO, A NEUROLOGIA

Iniciadas em 1865, as observações de Charcot sobre a histeria fizeram referência à esclerose de cordões laterais, à metaloterapia e à hipnose que, por sua vez, abriu caminho para o estudo dos quadros traumáticos e das afasias, em homens e mulheres, com um espaço crescente para as lesões dinâmicas, culminando em uma extensão dos conceitos da psicologia à compreensão da doença histérica. Seu envolvimento com a psicologia o levou ao esboço de um aparelho psíquico, com um espaço consciente e um espaço inconsciente.

Para leitores apressados, a trajetória de Charcot, suplantando cada equívoco, evoluía em direção ao que viria a ser o pensamento freudiano, quando foi interrompida por sua morte. Para seus comentadores mais atentos, uma conclusão que pode ser expressada pela afirmativa de Alain Lellouch: “No plano epistemológico, Charcot se mostra muito mais ‘continuísta’ do que ‘discontinuísta’” (LELLOUCH, 1994, p.415). Aberto a novas possibilidades, revendo suas concepções em função de cada uma delas, muito mais no sentido de ampliá-las do que denegá-las, em nenhum momento Charcot deixou de lado o sistema nervoso como fundamento último de suas teorias sobre a doença histérica. Entre a contratura permanente dos quatro membros, de 1865, e a cura pela fé, de 1892, há um percurso, sem dúvida, tortuoso, mas invariavelmente conduzido pela neurologia.

5 A TÍTULO DE CONCLUSÃO: UMA HISTERIA ESTRITAMENTE NEUROLÓGICA

Desde o momento, com Charles Lepois, em que a patologia histérica apartada da etiologia uterina foi associada ao sistema nervoso, os pontos de vista sobre sua determinação se alternaram inúmeras vezes, no que teria sido, na descrição de Didi-Huberman, uma contínua e feroz disputa entre “os exploradores uterinos e os inquisidores encefálicos” (DIDI-HUBERMAN, 2003, p.72). A partir da metade do século XIX, porém, as discussões sobre a sede da doença e, portanto, sobre sua determinação, parecem ter chegado ao fim, e o *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, de Briquet, em 1859, teria demarcado o término dessa querela. Na década de 1870, as importantes descrições feitas por Lasègue de diversas apresentações históricas, embora sem uma teoria etiológica que as sustentasse, traziam referências ao sistema nervoso, mas não faziam, sequer, a mais vaga alusão ao aparelho reprodutivo. Talvez se possa, mesmo, apontar o *Traité complet de l'hystérie*, de Landouzy, em 1846, como a última grande obra referida a uma etiologia uterina.

Sendo assim, em 1870, ao se encontrar, por assim dizer, casualmente com a histeria, Charcot, à época já identificado com a neurologia, podia lidar com ela como uma doença que Briquet instalara no encéfalo, e que Lasègue havia descrito e avalizado como objeto de estudo. Tratava-se, portanto, de uma patologia do sistema nervoso, cuja engrenagem anatomofisiológica estava ainda por esclarecer, o que Charcot pretendia que viesse a ser feito através do método anatomoclínico vigente na Salpêtrière.

5.1 APESAR DE UMA INTRIGANTE CONTRADIÇÃO

No entanto, em uma intrigante contradição, as primeiras *Leçons* de Charcot sobre a histeria trazem uma reiterada alusão a uma dor na região correspondente aos ovários, dor essa frequente nos quadros históricos. Segundo afirmava, a compressão da região ovariana seria uma manobra capaz de, não só produzir a dor, mas também desencadear “uma sensação complexa que se acompanha, no todo ou em parte, de fenômenos da aura histérica” (CHARCOT, 1872-1873e, p.287). Por outro lado, uma compressão mais enérgica poderia interromper ou mitigar uma crise já em andamento (CHARCOT, 1872-1873e, p.292).

Essa insistência de Charcot na interferência dos ovários no desenrolar do ataque histérico levanta questões que correm o risco de permanecerem em aberto. Observando-se os diversos caminhos pelos quais ele buscou o suporte anatomofisiológico definitivo para a

histeria, não se encontra qualquer sinal de vacilação entre suas proposições neurológicas e as antigas teorias ginecológicas atribuídas à doença até pouco antes de seu envolvimento com ela. Como se viu, fosse em relação à metaloterapia, à hipnose ou à psicologia, suas teorizações em nenhum momento deixaram de lado o sistema nervoso.

Por outro lado, não se pode desconsiderar uma curiosa afinidade entre a importância concedida por Charcot aos ovários no ataque histérico, e as teorias neuro-uterinas de Landouzy ou de Louyer-Villermay. Não que Charcot, em qualquer passagem, tenha classificado a histeria como uma “neurose genital da mulher” (LOUYER-VILLERMAY, 1818, p. 227) ou elaborado uma teoria sobre os desdobramentos do comprometimento da inervação uterina na instalação da patologia (LANDOUZY, 1846, p.212-213). Em lugar algum de sua obra é possível inferir um posicionamento a favor da etiologia uterina. Aliás, sua adesão irrestrita a uma perspectiva neurológica é, justamente, o pressuposto desse trabalho. A proximidade estaria na aceitação de uma determinação mista para o “grande ataque”, assim como Landouzy e Louyer-Villermay, em outra medida, o fizeram.

Ao longo de sua abordagem da histeria, Charcot se valeu de diferentes técnicas para chegar a uma compreensão da doença, invariavelmente buscando apoio na anatomia, na histologia e na fisiologia. Porém – e isso torna ainda mais estranha sua defesa do quadro –, a histeria ovariana foi afirmada sem qualquer referência àquelas três áreas. Ele citava a participação dos ovários no desenvolvimento das crises, sem apresentar qualquer dado anatômico ou neurofisiológico que amparasse o seu ponto de vista: “Sobre este ponto, no estado atual das coisas, infelizmente, não podemos fornecer mais do que informações vagas” (CHARCOT, 1872-1873e, p.289).

Parafraseando Charcot, sobre essa insistente argumentação, não podemos fornecer mais do que interpretações vagas. Em um reconhecido desvio especulativo, cabe indagar quanto a um possível compromisso não assumido – possivelmente, sequer percebido – com as concepções ginecológicas vigentes até poucos anos antes. Em uma etapa inaugural de seu envolvimento com a histeria, resquícios de nem tão remotas doutrinas podem ter dado mostras de sobrevivência. Sua argumentação em favor de uma teoria ovariana poderia, assim, ser evidência de uma impregnação por aquelas antigas concepções, levando-o a substituir a histeria “uterina” por uma histeria “ovariana”, em uma aparente repaginação, ainda que relativizada, de proposições mais antigas. Nas palavras de Charcot:

Eu não sou partidário exclusivo da doutrina antiga, que coloca o ponto de partida da doença histérica inteiramente nos órgãos genitais; mas, com Schutzenberger, eu creio que está peremptoriamente demonstrado que, em uma forma especial da histeria – que eu chamarei, se me permitirem, ovariana, ou ovárica – o ovário desempenha um papel importante (CHARCOT, 1872-1873d, p.266).

A propósito, Briquet, que havia interpretado o sinal que ele tanto valorizava como um simples comprometimento muscular (BRIQUET, 1859, p.238-239), foi criticado justamente por estar em desacordo com os “seus predecessores” (CHARCOT, 1872-1873e, p.285), Schutzenberger, Piorry e Négrier, citados outras vezes ao longo da aula *De l’hyperesthésie ovarienne* como apoios para a hipótese de comprometimento dos ovários³⁹. E sua discordância de Briquet se desdobrou naquela crítica citada mais acima: “O livro é excelente (...) mas tem, talvez, um lado fraco: tudo aquilo que se relaciona ao ovário e ao útero é tratado com um estado de espírito singular, da parte de um médico. Uma espécie de pudor, um sentimentalismo inexplicável” (CHARCOT, 1872-1873d, p.266).

E, mesmo após longo tempo sem fazer muitas alusões à histeria ovariana, à época de seus estudos sobre a histeria masculina, Charcot dava mostras de não ter abandonado totalmente sua antiga suposição. Uma interessante transposição das características do quadro histérico feminino ao homem tem a ver com a zona histerógena ovariana: um aumento da sensibilidade cutânea na região escrotal, como relatado no caso de G. (CHARCOT, 1887d, p.272-273), estaria associado ao desencadeamento ou à interrupção da crise. Já quanto ao ferroviário neurastênico e histérico, “o testículo do lado esquerdo é mais sensível do que o do direito. Ele é um *testicular*, em oposição à histérica ovariana” (CHARCOT, 1892a, p.53).

5.2 DE VOLTA À COERÊNCIA

O fato é que, ao mesmo tempo, Charcot procurava assimilar à clínica recursos trazidos pelas novas tecnologias capazes de mensurar as alterações impostas pela histeria às diversas funções do sistema nervoso. Implicitamente, ele expressava sua concepção neurológica da doença, bem como sua confiança quanto à possibilidade de apreendê-la materialmente. Para tanto, passou a ser utilizada uma série de marcadores objetivos, no sentido de dotar a histeria de componentes mais positivos, como a fotografia, os termômetros, os miógrafos, os dinamômetros, os diapasões, etc. As aulas de Charcot estão repletas desses registros,

³⁹ É interessante lembrar que, em seu *L’Hystérie*, Bernheim (1915, p.12) aponta Schutzenberger e Négrier como propositores de uma “concepção útero-ovariana” para a histeria.

indicando as variações funcionais supostamente características das diversas condições da doença.

A aproximação de Duchenne de Boulogne e Victor Burq abriu caminho para uma experimentação mais ampla, envolvendo ensaios em eletrofisiologia, base presumida da metaloterapia. Também teria sido Burq, além de Richet, uma das influências para a adesão de Charcot à hipnose, da qual ele partiu para uma teoria sobre a histeria traumática e para a noção de lesão dinâmica. Segundo Veith, nesse ponto de seu percurso teórico teria se iniciado “um abandono dos estudos neurológicos e neuropatológicos em favor dos estudos sobre a histeria” (VEITH, 1973, p.227). O que se propõe nessa tese, é que esse abandono nunca ocorreu.

5.3 LA LÉGÈRE DÉFAILLANCE

Em 1925, na sessão comemorativa do centenário de nascimento de Charcot realizada pela Academia Nacional de Medicina, Pierre Marie, um dos poucos cujo reconhecimento ao Mestre sobreviveu ao seu ocaso, admitia em nome da “imparcialidade científica”, a presença de vícios fundamentais nas pesquisas desenvolvidas na Salpêtrière. Para ele, a convivência estreita entre histéricas e epiléticas teria sido a base para a apresentação epileptiforme da histeria observada por Charcot, e a ponte entre um quadro e outro seria a tendência à mímica própria da neurose. Somava-se a isso a inexperiência de seus chefes de clínica e seus internos, na prática os primeiros a assistirem as histéricas, que acabavam abordando as pacientes de maneira a construir e reforçar a cadeia de sugestões que levariam aos quadros a serem discutidos durante as aulas.

Porém, acima de tudo, Marie recusava a ideia de que a obra de Charcot sobre a histeria pudesse se limitar a esses equívocos. Esses, seriam apenas um lado da questão, *une légère défaillance* (MARIE, 1925, p.589), e Marie creditava a Charcot a transformação de uma histeria mística e/ou moralista em uma outra, objeto de uma descrição metódica coerente com o método científico vigente ao final do século XIX. No entanto, talvez se possa imputar a Marie também uma *légère défaillance*: a de não ter, em seu comentário, situado Charcot na Salpêtrière das últimas décadas do século anterior, em um contexto do qual fez parte, ainda que não muito envolvido com a histeria. Marie fez sua crítica em 1925, isto é, instalado em um universo médico cada vez mais psicologizado.

5.4 A MEDICINA DO SISTEMA NERVOSO EM UMA LEITURA PSICOLÓGICA

Traçando um paralelo entre a medicina mental e as artes, ao final do século XIX e início do século XX, Micale aponta como uma característica marcante e comum às duas áreas, uma significativa “guinada para o interior”, em uma ampla psicologização de seus métodos, objetos e intenções. Segundo ele, ao longo desse período, artistas, filósofos e cientistas teriam olhado para além da realidade superficial da razão, na proposta de trazer à tona os mais profundos níveis da irracionalidade, próprios da experiência humana. Artes e ciências teriam, a partir de então, se debruçado sobre o inconsciente, o subconsciente, os níveis subliminares da vida mental, “o obscuro reino da desrazão” (MICALE, 2004, p.2).

As abordagens de Charcot à histeria, especialmente à histeria traumática, sem dúvida, fazem referência a essa psicologização da medicina, por um lado, contribuindo em alguma medida para ela e, por outro lado, já sendo dela uma expressão. Mas, acima de tudo, o que parece é que, em contrapartida, essa tendência apontada por Micale acabou por ditar os parâmetros pelos quais Charcot viria a ser lido. Suas propostas acabariam por se tornar objeto de uma leitura que, pouco atenta às fontes primárias, o apresentaria como o antecessor de Freud em seu modelo de aparelho psíquico, além de levar a um dimensionamento equivocado de seu interesse pela conflitiva sexual como determinante da histeria, sugerindo, inclusive, uma questionável genealogia entre suas proposições e as proposições freudianas para o quadro histérico⁴⁰. Pelos mesmos parâmetros, contraditoriamente, Charcot estaria ao alcance de críticas como a de Marie, justamente por não ter se valido de um olhar mais “psicológico”.

5.4.1 Charcot e a psicogênese

Ellenberger alinha Charcot, Janet e Freud em uma mesma perspectiva teórica, naquilo que ele conceituou como “psiquiatria dinâmica” (ELLENBERGER, 1981, p.48). Em relação à Charcot, ele destaca o uso da hipnose como meio de abordagem do inconsciente, o reconhecimento de um modelo dual da mente, com um consciente e um inconsciente, a crença na psicogênese de quadros mentais e físicos, e o uso de procedimentos psicoterapêuticos específicos (ELLENBERGER, 1981, p.vii). Para Roudinesco e Plon, “incluem-se na psiquiatria dinâmica todas as formas de tratamento psíquico que privilegiam a psicogênese, e não a organogênese, das doenças da alma e dos nervos, desde o magnetismo de Franz Anton Mesmer até a psicanálise, passando pelo hipnotismo e pelas diversas psicoterapias”

⁴⁰ Ao mesmo tempo, essa leitura tendia a exagerar, implicitamente, a importância para Charcot e para a Salpêtrière dos quatro meses em que Freud estagiou ali.

(ROUDINESCO; PLON, 1998, p.627). Porém, em nenhum momento pode-se perceber Charcot privilegiando a psicogênese em lugar da organogênese, e, se ele fez referência a uma inconsciência em oposição a uma consciência, isso não se referia a qualquer coisa que o próprio Freud pudesse aceitar como análogo à noção de Inconsciente que ele veio a formular.

Charcot, de fato, estaria mais bem alinhado com os psicólogos fisiologistas, como exemplos os já citados Ribot e Richet, uma vez que, como entende Guillaín, a psicologia que atraiu Charcot se referia ao “estudo dos correlatos comportamentais da função cerebral” (GUILLAIN, 1959, p.165). É ao modelo dual da mente, com um consciente e um inconsciente na forma proposta pela psicologia fisiológica, que se pode remeter a representação gráfica para o funcionamento do psiquismo, apresentada no capítulo anterior. Ali, inconsciente é apenas o atributo de estar fora da consciência, com um trânsito das ideias de uma condição à outra, impulsionado pela força da revivescência do Eu, força essa que poderia ser afetada pelo trauma, levando a uma amnésia. No entanto, uma vez que a hipnose a restaurasse, as ideias retidas no inconsciente, simplesmente retomariam seu fluxo em direção à consciência. Também para Ribot, como já visto, o inconsciente deveria ser entendido como o grupo de fatos que às vezes é consciente, e outras vezes, não (RIBOT, 1895, p.22). Quanto a Richet, ele afirmava que um “inconsciente” não poderia ser mais do que uma ideia fora da consciência, e nunca um sistema organizado à parte da consciência (RICHET, 1898, p.117).

Nesses autores encontra-se um modelo que se choca com a proposição freudiana de um sistema regido por leis próprias, diversas das leis de um outro sistema, o “pré-consciente/consciente”: “O que temos em mente aqui não é a formação de um segundo pensamento situado num novo lugar, como uma transcrição que continuasse a existir junto com o original”. Portanto, “a noção de irromper na consciência deve manter-se cuidadosamente livre de qualquer ideia de uma mudança de localização” (FREUD, 1996e, p.635), como afirmado na seção F de “A interpretação dos sonhos”, publicado não muito tempo após a morte de Charcot (FREUD, 1996e). Como apontam Roudinesco e Plon:

(...) com Freud, de fato, o inconsciente deixou de ser uma “supraconsciência” ou um “subconsciente”, situado acima ou além da consciência, e se tornou realmente uma instância a que a consciência já não tem acesso, mas que se revela a ela através do sonho, dos lapsos, dos jogos de palavras, dos atos falhos etc. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.375).

5.4.2 Lesão dinâmica e trauma

A prática da hipnose e o estudo da histeria traumática, intensificados na década de 1880, implicavam o conceito de “lesão dinâmica”, surgido, segundo Charcot, a partir da percepção de que a metodologia baseada na estratégia anatomoclínica tinha uma efetividade limitada (CHARCOT, 1887a, p.15). No entanto, a lesão dinâmica não era um desmentido daqueles elementos com que ele havia até então explicado a histeria, e nem um desvio seu em direção à psicologia. Pelo contrário, o conceito afirmava a validade do método anatomoclínico, plenamente inserido no contexto anatomofisiológico em que o trabalho de Charcot sempre se desenvolvera. Tanto quanto em outros quadros, havia ali uma lesão, e de ordem neurológica. Quem veio a propor uma leitura psicológica da lesão dinâmica foi Freud, pedindo “permissão para passar à área da psicologia” (FREUD, 1996b, p.213), em “Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas”, de 1893 (FREUD, 1996b [1893]).

A dimensão psicológica do conceito de trauma acabou sendo adotada pela psicanálise e elevada à condição de seu fundamento primordial nos primeiros estágios de sua teoria, ao final do século XIX. Porém, estabelecer uma continuidade entre a abordagem de Charcot e a de Freud, como sugere Ellenberger, depende de uma leitura menos rigorosa do texto charcotiano. Em primeiro lugar, pela própria disparidade das concepções sobre o funcionamento do psiquismo, fundamentais para se elucidar a ação traumática. Além disso, como aponta Micale, ao privilegiar a etiologia traumática, Freud a referia à sexualidade; o trauma sexual era o objeto da repressão (MICALE, 2004, p.389 nota). Embora Roudinesco e Plon afirmem que “no fim do século, todos os especialistas em doenças nervosas reconheciam a importância do fator sexual na gênese dos sintomas neuróticos, sobretudo no tocante à histeria” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p.340), no que se refere à Charcot, isso não pode ser encontrado em seu texto.

5.4.3 Histeria e sexualidade

De fato, há um relato de Freud sobre um episódio ocorrido durante a recepção na casa dos Charcot, em que ele teria ouvido o *Maître* cochichar ao ouvido do ginecologista Paul Brouardel, a respeito de uma mulher cujos sintomas histéricos eram, supostamente, decorrentes da impotência do marido: “Mas, em casos assim, é sempre a coisa genital, sempre, sempre!” Freud teria se surpreendido com a afirmativa e pensado: “Bem, se ele sabe, por que nunca diz isso?” (FREUD, 1996f, p.24). Esse episódio é narrado em um trecho no

qual Freud creditava sua primeira teoria sobre a etiologia sexual das neuroses a três figuras do meio médico. Além de Charcot, ele citava Josef Breuer e Rudolf Chrobak, traçando uma linha de desenvolvimento entre as convicções deles e as teorias que veio a desenvolver. Mais à frente, no entanto, Freud reconheceu que, em conversas posteriores, Breuer e Chrobak alegaram não se lembrarem das proposições a eles imputadas, admitindo que o próprio Charcot, caso estivesse vivo, provavelmente, também não se lembraria.

Porém, mais do que aludir a um provável esquecimento, cabe perguntar: pode-se encontrar alguma observação registrada de Charcot, que aponte para uma concepção dessa natureza? Existe, sim, uma afirmativa radicalmente oposta: “eu estou longe de crer que a lubricidade esteja sempre em jogo, na histeria; eu estou, mesmo, convencido do contrário” (CHARCOT, 1872-1873d, p.266).

Mais provavelmente – no caso de aquele episódio ter realmente ocorrido –, não estaria Charcot fazendo referência à sua teoria ovariana? Afinal, na clínica charcotiana, as disfunções da sexualidade eram vistas muito mais como efeitos da doença histérica, ou sinais de predisposição a ela, do que como suas causas, enquanto que os ovários – esses, sim – foram tomados como elementos fundamentais na determinação de uma apresentação do quadro.

Mais do que isso, é possível dizer que, o auge do envolvimento de Charcot com a histeria, a época de ouro das aulas públicas, coincidiu com um período em que a patologia histérica esteve amplamente dissociada de uma imagem erótica. Desde o artigo de Richet, *Les démoniaques d’aujourd’hui*, de 1880, a histeria passou a ser observada sob um novo enfoque, e, paralelo à grande histeria e à histeria traumática, surgia uma nova configuração, o caráter histérico, que se revelaria, não através de sintomas neurológicos, mas, nas particularidades dos vínculos estabelecidos, seja nos espaços públicos ou nas relações mais íntimas. Richet isentava essa formação caracterológica do erotismo habitualmente atribuído à histeria, afirmando tratar-se meramente de algo propagado pelos romancistas, “especialmente os Naturalistas” (RICHET, 1880, p.341). E mesmo as situações em que havia uma exacerbação do erotismo, em se tratando de uma patologia do sistema nervoso, isso ocorreria por uma determinação neurológica.

Henri Huchard acompanhou Richet e no seu *Caractère, Mœurs, et l’État Mental des Hystériques*, apontando, entre outros traços, a labilidade afetiva, a inconstância e a vulnerabilidade ao “contágio” de emoções fez questão de assinalar que a histérica sexualizada, sem dúvida existia, mas seria muito mais rara do que se pensava. Em muitas delas os desejos e os apetites venéreos seriam nulos, experimentando total indiferença pela relação sexual (HUCHARD, 1882, p.200). Henri Legrand du Saulle admitia níveis de

severidade da doença, partindo de um “nervosismo”, e chegando à “loucura histérica”. Mas, também ele se preocupava em “dissipar a lamentável confusão que fazem inadvertidamente alguns médicos entre ninfomania e histeria”, ressaltando que, em alguns casos a histérica poderia apresentar sinais de “superexcitação dos órgãos genitais que a impulsiona a buscar relações sexuais” (LEGRAND DU SAULLE, 1883, p.612). Não seria provável que Charcot, ainda que intimamente, sustentasse uma crença em uma etiologia sexual para a histeria, que não se expressasse no pensamento dos maiores estudiosos da doença em seu tempo, ou, ainda mais, que lhes inspirasse afirmativas tão contrárias a ela⁴¹.

5.5 CONCLUSÃO

Retornamos, então, à tese proposta na Introdução a este trabalho: a de que a histeria charcotiana sempre esteve plenamente inserida no campo da clínica do sistema nervoso, e que não teria havido qualquer pretensão da parte de Charcot, de dirigi-la à esfera das doenças mentais. A medicina praticada e ensinada por Charcot, sua inserção no contexto médico parisiense e, acima de tudo, a leitura de sua obra não fornecem elementos para se afirmar algo diferente. Afastando-se de um contexto médico psicologizado, e se apegando ao texto charcotiano, o que se pode ler – e inferir apenas a partir do que se lê – é que, de fato, os fenômenos abordados como histéricos são invariavelmente remetidos à neuroanatomia e à neurofisiologia, e os novos conhecimentos gerados, seja pela prática ou por teorizações referentes à doença, se mantêm dentro dos limites da mesma clínica.

⁴¹ Quanto aos autores citados, eles não seriam dissidentes de Charcot: Huchard, nele se apoia em algumas passagens de seu artigo, e Richet e Legrand du Saulle trabalhavam com Charcot na Salpêtrière.

REFERÊNCIAS

1 – À obra de Charcot

CHARCOT, Jean-Martin. **Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive), etc.** Paris: Rignoux, 1853.

_____. **De l'expectation en médecine:** Thèse pour l'agrégation présentée et soutenue à la Faculté de Médecine le 17 avril 1857. Paris: Germer Baillière, 1857.

_____. Sclérose des cordons latéraux de la moelle épinière chez une femme hystérique atteinte de contracture permanente des quatre membres. In: **Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris**. Tome Deuxième, 2^{ème} série, Paris: P. Asselin, Gendre & Successeurs de Babé, 1865, p.24-35.

_____. De l'hémianesthésie hystérique. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: A. Delahaye, 1872-1873a, p.265-282.

_____. De l'hyperesthésie ovarienne. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: A. Delahaye, 1872-1873b, p.283-304.

_____. De la sclérose en plaques disséminé – Anatomie pathologique. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: Delahaye, 1872-1873c, p.168-219.

_____. Sur la paralysie agitante. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: Delahaye, 1872-1873d, p.139-167.

_____. De L'Hystéro-Épilepsie. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: A. Delahaye, 1872-1873e, p.321-337.

_____. De l'ischurie hystérique. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: A. Delahaye, 1872-1873f, p.243-264.

_____. **Leçons Cliniques sur les Maladies des Vieillards et les Maladies Chroniques.** Paris: A. Delahaye, 1874.

_____. De l'hémichorée post-hémiplégique. In: **Le progrès médical:** journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 03, 1875, p.36-37/69-71.

_____. Leçons Deuxième – Treizième. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Paris: Adrien Delahaye, 1877, p.213-242.

_____. De la chorée rythmique hystérique. In: **Le progrès médical:** journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 06, 1878a, p.93-95/113-116.

_____. Catalepsie et somnambulisme hystériques provoqués (Compte rendue par Richer, P.). In: **Le Progrès Médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 06, 1878b, p.973-975.

_____. Description de la grande attaque hystérique. (Comptes-rendus par Richer, P.) In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 07, 1879, p.17-20.

_____. Préface. In: RICHER, P. **L'Hystéro-épilepsie ou Grande-hystérie**. Paris: Adrien Delahaye et Émile Lecrosnier Éditeurs, 1881.

_____. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. In: ACADÉMIE DES SCIENCES (France). **Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences**. 1882/01, T94. Paris: Gauthier-Villars, 1882a, p.403-405.

_____. De l'hystérie chez les jeunes garçons. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 10, 1882b, p.1003-1004.

_____. **Differenti formi d'afasia** – Lezioni fatte nella Salpêtrière nel semestre d'estate dell'anno 1883 (Rummo, G. red.). Milano: Francesco Villardi, 1884.

_____. **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**. Tome II. Paris: A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1885.

_____. Leçon d'ouverture. In: _____. **Œuvres complètes de J.M. Charcot**, Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887a, p.1-22.

_____. De l'hystérie chez les jeunes garçons. In: _____. **Œuvres complètes de J.M. Charcot**, Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887b, p.80-96.

_____. Neuvième Leçon – Exemple d'une Affection Spinale Consécutive à une Contusion du Nerf Sciatique. In: _____. **Œuvres complètes de J.M. Charcot**, Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887c, p.124-139.

_____. Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique, chez l'homme. Monoplégies hystéro-traumatiques. In: _____. **Oeuvres Complètes de J M Charcot**, Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887d, p.299-369.

_____. A propos de six cases d'hystérie chez les hommes. In: _____. **Œuvres complètes de J.M. Charcot**, Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887e, p.249-298.

_____. Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, Tome. III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887f, p.370-385.

_____. Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, Tome. III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887g, p.441-462.

_____. Deuxième Leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889**. Paris: Lecrosnier et Babé, 1889a, p.19-41.

_____. Troisième Leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889**. Paris: Lecrosnier et Babé, 1889b, p.42-62.

_____. Dix-septième Leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889**. Paris: Lecrosnier et Babé, 1889c, p.379-403.

_____. Des tremblements hystériques. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 02, tome 12. Paris, 1890a, p.188-190.

_____. De la métalloscopie et de la métallothérapie. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890b, p.233-252.

_____. Études physiologiques de l'hystérie. – Action des applications métalliques, des aimants, des courants galvaniques faibles, sur l'anesthésie des hystériques et sur l'anesthésie cérébrale par lésion organique. – Métalloscopie ; métallothérapie. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890c, p.213-219.

_____. Contracture hystérique et aimants; phénomènes curieux de transfert. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, v.9. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890d, p.272-277.

_____. Phénomènes divers de l'hystéro-épilepsie – Catalepsie provoqué artificiellement. In: **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, v.9. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890e, p.278-288.

_____. Études physiologiques sur l'hypnotisme chez les hystériques. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, v.9. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890f, p.297-308.

_____. L'hypnotisme en thérapeutique – guérison d'une contracture hystérique. In: _____. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, v.9. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890g, p.462-478.

_____. Quatrième Leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière**. Policlinique 1887-1888. Paris: Vve. Babé & Cie, 1892a, p.45-60.

_____. Septième Leçon. In: **Leçons du Mardi à la Salpêtrière**. Policlinique 1887-1888. Tome I. Paris: V^{ve} Babé & C^{ie}, 1892b, p.95-111.

_____. Neuvième leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière**. Policlinique 1877-1888. Paris: V^{ve} Babé & Cie, 1892c, p.131-143.

_____. Vingtème Leçon. In: **Leçons du Mardi à la Salpêtrière**. Policlinique 1887-1888. Paris: Babé & Cie., 1892d, p.321-343.

_____. Vingt- et- unième leçon. In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière**, Policlinique 1877-1888. Paris: Vve Babé & Cie, 1892e, p.344-366.

_____. **La foi qui guérit**. Paris: Aux bureaux du Progrès médical et Félix Alcan, 1897.
CHARCOT, Jean-Martin; REGNARD, P. Sur l'action physiologique de l'aimant et des solénoïdes. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 06, 1878, p.617-619.

CHARCOT, Jean-Martin; RICHER, P. Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques ; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire. In: **Archives de Neurologie**, T. II. Paris: Au Bureau du Progrès Médical, 1881, p.32-75/173-215.

_____. **Les démoniaques dans l'art**. Paris: Adrien Delahaye & Émile Lecrosnier, 1887.

_____. Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques; du phénomène de l'hyperexcitabilité neuromusculaire. In: CHARCOT, Jean-Martin. **Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot**, v.9. Paris: Lecrosnier & Babé, 1890, p.309-421.

2 – Às obras em geral

ABRICOSSOFF, Glafira. **L'Hystérie aux XVII^e e XVIII^e siècles**. Paris: G. Steinheil Éditeurs, 1987.

ACADÉMIE DES SCIENCES (France). **Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences**. v.1, T94. Paris: Gauthier-Villars, 1882.

ACKERKNECHT, Erwin H. **Short history of medicine**. Baltimore & London: Johns Hopkins University Press, 1982, p.124.

AKAGI, Hiroko; HOUSE, Allan. The clinical epidemiology of hysteria: vanishingly rare or just vanishing? In: **Psychological Medicine**, 32, 2002, p.191-194.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. **Tome Premier**. v.01. Paris: Masson, 1843.

ANSTEY, Peter. (2011). The Creation of the English Hippocrates. **Medical History**, 2011; 55: 457-478.

ARNAUD, Sabine. De la dénomination d'une maladie à son assignation: L'hystérie et la différence sexuelle, entre 1750 et 1820. In: PELLEGRINI, N.; SONNET, M. **Les discours sur l'égalité/l'inégalité des sexes de 1750 aux lendemains de la Révolution**. Saint-Étienne: Presses de l'Université de Saint-Étienne, 2012, p.132.

ARNAUD, Sabine. **L'invention de l'hystérie au temps des Lumières (1670 – 1820)**. Paris: Editions de l'EHESS, 2014.

AXENFELD, Alexandre; HUCHARD, Henri. **Traité des névroses**. Paris: Germer Baillière, 1883.

BARRILLÉ, Claire. L'hôpital à Paris dans les quartiers populaires. In: BELMAS, Élisabeth; NONNIS-VIGILANTE, Serenella. **La santé des populations civiles et militaires – nouvelles approches et nouvelles sources hospitalières, XVIIe-XVIIIe siècles**. Villeneuve d'Ascq: Septentrion, 2010, p.209-220.

BASE DE DONNÉES INTERNATIONALE DU PATRIMOINE DU GENIE CIVIL. **Hôpital de la Salpêtrière**. Disponível em: <<http://fr.structurae.de/structures/data/index.cfm?id=s0013160>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BAYLE, Antoine Jesse. **Traité des maladies du cerveau et de ses membranes: maladies mentales**. Paris: Gabon et Compagnie, 1826.

BERNHEIM, Hippolyte. **L'Hystérie – Définition et Conception. Pathogénie Traitement**. Paris: Octave Doin et Fils, 1915.

_____. Le Dr Liébault et la doctrine de la suggestion. In: **Revue Médicale de l'Est**. Nancy: Revue Médicale de l'Est, 1907.

_____. **De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille**. Paris: O. Doin, 1884.

BICHAT, François Xavier. **Anatomie générale appliquée à la physiologie et à la médecine**, 4 volumes. Paris: Brosson, Gabon et Cie, 1801.

BOGOUSLAVSKI, Julien. **Hysteria: the rise of an enigma**. Basel: Karger, 2014.

_____. **Following Charcot: a forgotten history of neurology and psychiatry**. Basel: Karger, 2011, p.6.

BOGOUSLAVSKI, Julien; MOULIN, Thierry. From Alienism to the Birth of Modern Psychiatry: A Neurological Story? In: **European Neurology**, 2009; (62):257-263.

BOGOUSLAVSKI, Julien; WALUSINSKI, Olivier; MOULIN, Thierry. Alfred Vulpian and Jean-Martin Charcot in Each Other's Shadow? From Castor and Pollux at La Salpêtrière to Neurology Forever. In: **European Neurology**, 2011; (65):215-222.

BOGOUSLAVSKI, Julien; WALUSINSKI, Olivier; VEYRUNES, Denis. Crime, Hysteria and Belle Époque Hypnotism: The Path Traced by Jean-Martin Charcot and Georges Gilles de la Tourette. **European Neurology**, 2009; 62:193-199.

BONDUELLE, Michel. Charcot: dates. Légendes et réalité. In: **Histoire des Sciences Médicales – Tome XXVIII**, n.4, 1994, p.289-295.

_____. La Salpêtrière de Mazarin à Charcot. In: **Histoire des Sciences Médicales**– Tome XXXI, n.2, 1997, p.161-170.

BOUCHARA, Catherine. **Charcot: une vie avec l'image**. Paris: Éditions Philippe Rey, 2013.

BOUCHARA, Catherine; MAZET, Philippe; COHEN, Davi. Jean Martin Charcot, 1825–1893: Did He Anticipate Freud's First Topology? In: **American Journal of Psychiatry**, 167:4, April 2010. p.387.

BOUCHER, Louis. **La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790**. Ses origines et son fonctionnement au XVIIIe siècle. Paris: Imprimerie de la Société de Typographie, 1883.

BOUCHUT, Eugène. **Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale**. Paris: Germer Baillière, 1867.

BOURNEVILLE, Desiré-Magloire; D'OLIER, Henri. Note sur un cas d'hystéro-épilepsie chez l'homme. In: **Le progrès médical: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie**. Série 01, tome 08, 1880, p.949-951/966-969.

BOURNEVILLE, Desiré-Magloire; REGNARD, P. **De l'ischurie hystérique**. Paris: A. Delahaye, 1876.

BOUVET, Maurice. La pharmacie hospitalière à Paris avant 1789: Le Grand Bureau des Pauvres. In: **Revue d'histoire de la pharmacie**. Année 1947, v.35, n.118, p.206-208.

BRAID, James. **Neurypnology or The rationale of nervous sleep, considered in relation of animal magnetism**. London: John Churchill, 1843.

_____. **The power of the mind over the body**. London: John Churchill, 1846.

BRIQUET, Pierre. De l'hyperesthésie hystérique et notamment de l'hyperesthésie des muscles chez les hystériques. **L'Union Médicale**, Février, Mars et Avril, 1858.

_____. **Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie**. Paris: J. B. Baillière et fils, 1859a.

_____. **Titres scientifiques de M. le Dr Briquet**. Paris: L. Martinet, 1859b.

BRODIE, Benjamin. **Lectures illustrative of certain local nervous affections**. London: Longman, Rees, Orme, Brown, Green, & Longman, 1837.

_____. Psychological Inquiries, parts I & II. In: HAWKINS, C. (Org.) **The works of Sir Benjamin Collins Brodie**. London: Longman, Roberts, & Green, 1865, p.117-384.

BULLETIN DES LOIS DE LA RÉPUBLIQUE, Volume 11. Paris: Imprimerie Impériale, 1867.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE. **Tome 35**. V. 35. Paris: Le Rédacteur en Chef., 1848.

BURQ, Victor. **Métallothérapie**. Paris: Germer-Baillière, 1853.

_____. **Des origines de la métallothérapie, part qui doit être faite au magnétisme animal dans sa découverte:** le burquisme et le perkinisme. Paris: A. Delahaye et Lecrosnier, 1882.

BUTTERFIELD, Herbert. **The Whig Interpretation of History**. New York: Norton & Company, 1965.

CABANIS, Pierre Jean Georges. **Rapports du Physique et du Moral de l'Homme**. Troisième Edition. Tome Premier. Paris: Caille et Ravier Libraires, 1815.

_____. **Rapports du physique et du moral de l'homme**. Tome second. Paris: Crapart, Callie & Ravier, 1805.

_____. **Observations sur les hôpitaux**. Paris: L'Imprimerie Nationale, 1790.

CAIRE, Michel. Philippe Pinel en 1784 – Un médecin n “étranger” devant la Faculté de Médecine de Paris. In: **Histoire Des Sciences Médicales**, Tome XXIX, n.3, 1995, p.243-251.

_____. (Ernest) Charles Lasègue. 2012. Disponível em: <<http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/lasegue.htm>>. Acesso em: 10 set. 2013.

CARREZ, Jean-Pierre. Aux origines de la Salpêtrière de Paris. In: **La Revue du Praticien**, mai/2007 ; (57):15,1038-1041.

CARTAZ, Adolphe. Du mutisme hystérique. In: **Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière**, vol. III. Paris: Delahaye & Lecrosnier, 1887, p.481-506.

CASTEL, Pierre Henri. **Chronologie et bibliographie historique de La Querelle de l'hystérie**. 1998. Disponível em: <<http://pierrehenri.castel.free.fr/QH18701892.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2008.

CESBRON, Henri. **Histoire critique de l'hystérie**. Paris: Asselin & Houzeau, 1909.

CHAMBERS, William; CHAMBERS, Robert. The Bicêtre in 1792. In: **Chamber's Edinburgh Journal**, March 1849, no. 272, p.169-171.

CHARCOT, Jean-Baptiste. Banquet offert à M. le Pr. Charcot. In: **Le progrès médical:** journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie. 1892, série 02, tome 15, 1892, p.208-210.

CLARAC, François; MASSION, Jean; SMITH, Allan M. Duchenne. Charcot and Babinski, three neurologists of La Salpêtrière Hospital, and their contribution to concepts of the central organization of motor synergy. In: **Journal of Physiology**. Paris 103 (2009) 361–376.

CONRY, Yvette. Thomas Willis ou le premier discours rationaliste en pathologie mentale. In: *Revue d'histoire des sciences*, v.31, n.3, 1978, p.193-231.

CONSEIL GÉNÉRAL D'AMINISTRATION DES HÔPITAUX, HOSPICES CIVILSETSECOURS DE LA VILLE DE PARIS. **Code administratif des hôpitaux Civils:** hôpices et secours à domicile de la ville de Paris. v. 1. Paris: Madame Huzard, 1824.

CORNIL, Victor. Banquet offert à M. le Pr. Charcot. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie. Série 02, tome 15, 1892, p.208-210.

CULLEN, William. **Synopsis Nosologiae Methodicae**. Edinburgh: William Creech, 1769.

DECHAMBRE, Amédée; DUVAL, Mathias; LEREBoullet, Léon. **Dictionnaire usuel des sciences médicales**. Paris: G. Masson, 1885, p.1063-1064.

DE LA CLOTURE, Auguste Lepecq. **Dissertation sur l'hystérie**. Paris: De L'Imprimerie de Didot le Jeune, 1831.

DELAUNAY, P. **Le Monde Médical Parisien Au Dix-Huitième Siècle**. Paris: Jules Rousset, 1906.

DESCARTES, René. **Les passions de l'âme**. Paris: Henri le Gras, 1649.

DIBATTISTA, Liborio. La "coscienza muscolare" di Duchenne de Boulogne e il "senso di innervazione muscolare" di J.-M. Charcot: dall'anatomia elettrica alla lesione dinamica. In: **Annali della Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Bari**, XLIII, 2000, p.271-310.

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invention of hysteria**: Charcot and the photographic iconography of the Salpêtrière. Cambridge: The MIT Press, 2003, p.72.

DUCHENNE, Guillaume-Benjamin. **Mécanisme de la Physionomie Humaine**. Paris: V^e Jules Renouard, 1862.

DUCHENNE, Guillaume-Benjamin; JOFFROY, Alix. De l'atrophie aiguë et chronique de la moelle et du bulbe rachidien. In: BROWN-SÉQUARD, Ch. Édouard; CHARCOT, Jean-Martin; VULPIAN, Edmé Félix Alfred. **Archives de Physiologie Normal et Pathologique**. Tome troisième. Paris: Victor Masson et Fils, 1870.

DUMONTPALLIER, Victor. **Rapport Fait à la Société de Biologie Sur la Métalloscopie du Docteur Burq En Nom D'une Commission Composée De MM. Charcot, Luys, et Dumontpallier, (Rapporteur)**. Paris: Imprimerie Cusset & Co, 1877.

_____. Second Rapport Fait à la Société de Biologie Sur la Métalloscopie du Docteur Burq En Nom D'une Commission Composée De MM. Charcot, Luys, Et Dumontpallier, (Rapporteur). In: **Gazette médicale de Paris**: journal de médecine et des sciences accessoires, série 5, n° 07, 1878, p.419-423/450-452.

EDELMAN, Nicole. **Les métamorphoses de l'hystérique**: du début du XIX^{ème} siècle à la Grande Guerre. Paris: Éditions de la Découverte, 2003.

ELLENBERGER, Henri F. Charcot and the Salpêtrière School. In: MICALE, Mark S. (Editor). **Beyond the Unconscious**: Essays of Henri F. Ellenberger in the History of Psychiatry. Princeton: Princeton University Press, 1993.

_____. **The Discovery of the Unconscious**: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York: Basic Books, 1981.

ERICHSEN, John Eric. **Railway and other injuries of the nervous system**. Philadelphia: Henry C. Lea, 1869.

ESQUIROL, Jean Étienne Dominique. **Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale**. Paris: Didot Jeune, 1805.

FAUVELLE, Ch. Qu'est-ce que la psychologie physiologique? In: **Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris**, III^e Série. Tome 10, 1887, p.119-128.

FEUCHTERSLEBEN, Ernst. **The principles of medical psychology**: being the outlines of a course of lectures. London: Sydenham Society, 1847.

FOSSEYEUX, Marcel. Les premiers budgets municipaux d'assistance. La taxe des pauvres au XVI^e siècle. In: **Revue d'histoire de l'Église de France**, Année 1934, v.20, n.88, p.407-432.

FREUD, Sigmund. **Letters of Sigmund Freud**. Freud, E. L. (Edit.). New York: Dover, 1992.

_____. Charcot. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.I. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, p.19-34. (Primeira publicação em 1893).

_____. Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.I. Rio de Janeiro: Imago, 1996b, p.37-52. (Primeira publicação em 1886).

_____. Sobre a teoria dos ataques histéricos. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.I. Rio de Janeiro: Imago, 1996c, p.193-198. (Primeira publicação em 1893).

_____. Algumas considerações para um estudo Comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.I, Rio de Janeiro: Imago, 1996d, p.199-218.

_____. A interpretação dos sonhos – parte 2. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v.V. Rio de Janeiro: Imago, 1996e, p.371-650. (Primeira publicação em 1900-1901).

_____. A história do Movimento Psicanalítico. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996f, p.17-76. (Primeira publicação em 1914).

FROMENT, Nils. **Mots pour maux**: maladies nerveuses et écrits contagieux sous le Second Empire et la Troisième République. Ann Arbor: Proquest, 2007.

GALIEN, Claude. **Oeuvres Anatomiques, Physiologiques et Médicales de Galien**. Tome II. Paris: J. B. Baillière, 1856.

GARDNER, Augustus Kinsley. **Old wine in new bottles**: Or, Spare hours of students in Paris. New York: CS Francis & Co, 1848.

GARRABÉ, Jean. Les chaires de clinique des maladies mentales et des maladies nerveuses à Paris. In: **L'information psychiatrique**. 7/2012, v. 88, p.549-557.

GATEAUX-MENNECIER, Jacqueline. L'œuvre médico-sociale de Bourneville. In: **Histoire des Sciences Médicales**. Tome XXXVI I, N. 1, 2003, p.13-30.

GAUCHET, Marcel. Les chemins imprévus de l'inconscient. In: SWAIN, G.; GAUCHET, M. **Le vrai Charcot**. Paris: Calmann-Lévy, 1997, p.97-208.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS, Année 38, 3ème Série, Tome 22. Paris: Au Bureau de la Gazette Médicale, 1867.

GELFAND, Toby. Comment Charcot a obtenu sa chaire. In: **Histoire des sciences médicales**. Tome XXVIII, n. 4, 1994, p.307-312.

GEORGET, Etienne. **De la folie**. Considérations sur cette maladie. Paris: Crevot Librairie, 1820.

_____. **De la Physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau**.v.2. Paris: Baillière, 1821.

GOETZ, Cristopher G.; BONDUELLE, Michel; GELFAND, Toby. **Charcot: constructing neurology**. New York: Oxford University Press, 1995.

GOLDSTEIN, Jan. The Hysteria Diagnosis and the Politics of Anticlericalism in Late Nineteenth-Century France. In: **The Journal of Modern History**, vol. 54, n. 2, Sex, Science, and Society in Modern France (Jun., 1982), p.209-239.

_____. **Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century**. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

_____. **Le diagnostic d'Hystérie et L'épidémiologie de la maladie**. 1997. Disponível em: <<http://www.psichiatriaestoria.org/Charcot/diagnostic%20d'hyst%C3%A9rie.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2013.

_____. Hystérie compliquée d'extase : temps et biens de consommation dans la maladie d'une paysanne savoyarde dans les années 1820. In: **Revue d'histoire du XIX^e siècle**, n.38, 2009/1, p.101-113.

GRIMBERT, Charles. Le centenaire de J-M. Charcot (1825 – 1893). In: **Revue Apologétique** – doctrine et faits religieuses, octobre, 1925, p.85-97.

GRMEK, Mirko D. A propos de la célébration de Charcot. In: **Histoire Des Sciences Médicales**. Tome XXVIII, n.4, 1994, p.285-289.

GUILLAIN, George. **J-M Charcot: his life – his work**. New York: Paul B. Hoeber, 1959.

_____. **J. M. Charcot (1835-1893): sa vie, son œuvre**. Paris: Masson, 1955.

HUCHARD, Henri. Caractère, Mœurs, et l'État Mental des Hystériques. In: **Archives de Neurologie** – Revue des Maladies Nerveuses et Mentales. Tome III. Paris: Charles Hèrissey, 1882.

HUERTAS, Rafael. Historia de la Psiquiatria, ¿Por Qué?, ¿Para Qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. In: **Frenia**, v. I-1-2001, p.9-36.

INSTITUT FRANÇAIS DES SCIENCES ADMINISTRATIVES. **Administration de Paris (1789-1977)**. Tome I. Paris: Champion, 1979.

JANET, Pierre. J.-M. Charcot – Son Œuvre Psychologique. In: **Revue Philosophique de la France et de l'étranger**, Janvier à Juin 1895. Paris: Félix Alcan, 1895, p.569-604.

JOURDAN, Jean-Paul. **Documents d'histoire contemporaine: le XIXe siècle**. Bordeaux: Presse Universitaire de Bordeaux, 2002.

KAHN, Marcel-Francis. Charcot et les arthropathies nerveuses "Charcot's Joint". In: **HEGEL**, v. II, n.4, 2012, p.93-103.

KLEIN, Alexandre. Du corps médical au corps du sujet. Étude historique et philosophique du problème de la subjectivité dans la médecine française moderne et contemporaine. In: **Bulletin Amades**. [Online], 87, 2013.

KLEIN, Auguste. **L'hystérie chez l'homme**. Paris : Octave Doin, 1880.

L'UNION MÉDICALE. Le magnétisme scientifique à la Salpêtrière. In: **L'Union médicale: journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical**. 1878, Troisième serie, n° 26, p.828.

LA BERGE, Ann; HANNAWAY, Caroline. Paris medicine: perspectives past and present. In: HANNAWAY, C.; FOWLER, A. E. **Constructing Paris Medicine**. Amsterdam: Rodopi BV, 1998.

LALLEMANT, Octave. **Quelques observations d'hystérie chez l'homme**. Paris: A. Parent, 1877.

LANDOUZY, Marc Hector. **Traité complet de l'hystérie**. Paris: J-B et G. Baillière, 1846.

LANTERI-LAURA, Georges. Psychiatrie et connaissance du système nerveux central: quelques aspects historiques. In: **l'Information Psychiatrique**. v. 80, n.8, p.671-84, Octobre 2004, Histoire de la psychiatrie.

LASÈGUE, Ernest-Charles. De l'anorexie hystérique. In: **Archives Générales de Médecine**, 21 (avril), 1873, p.385-403.

_____. Des hystéries périphériques. In: **Archives Générales de Médecine**, juin, série 7, n.1, 1878, p.640-656.

_____. De la toux hystérique. In: A. Blum (Ed.). **Études médicales du Professeur Charles Lasègue**. Tome II. Paris: Asselin et Cie, p.1-24, 1884a.

_____. Anesthésie et ataxie hystériques. In: A. Blum (Ed.). **Études médicales du Professeur Charles Lasègue**. Tome II, p.25-44. Paris: Asselin et Cia Éditeurs, 1884b.

_____. Hystéro-Épilepsie. In: BLUM, A. (Ed.). **Études médicales du Professeur Charles Lasègue**. Tome I. Paris: Asselin et Cia. Éditeurs, 1884c.

LE FRANÇOIS, Antoine. **Projet de réformation de la médecine, dédié à Son Altesse Royale**. Paris: Cavelier et Quillau, 1713.

LE POIS, Charles. **Selectiorum observationum et consiliorum de præter visis hactenus morbis affectibus que præter naturam**. Pont à Mousson: Carolum Mercatorem, 1618, p.101.

_____. **Discours de la Nature, causes, et remèdes tant curatifs que préservatifs des maladies populaires accompagnées de Dysenterie, et autres fins de ventre**. Pont-à-Mousson: Sébastien Cramoisy, 1623.

LE PROGRÈS MÉDICAL. Inauguration de la chaire de Clinique de Maladies du Système Nerveux à la Salpêtrière: M. Charcot. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 10, 1882, p.320.

_____. Nécrologie – Ch. Lasègue. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 11, 1883, p.311-312.

_____. Laïcisation de l'hospice des Enfants-Assistés. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 02, tome 03, 1886, p.182.

LEGÉE, Georgette. Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840): la personnalité d'un élève de Philippe Pinel. In: *Histoire des sciences médicales*, 22 (2), 1988, p.159-168.

LEGRAND DU SAULLE, Henri. **Les hystériques**: État physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels. Paris: Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1883, p.612.

LELLOUCH, Alain. La méthode de J.M. Charcot (1825-1893). In: **History and Philosophy of the Life Sciences**, v.11, n.1, 1989, p.43-69.

_____. **Jean Martin Charcot et les origines de la gériatrie**. Paris: Payot, 1992.

_____. La nouvelle "Théorie des sciences" de J.-M. Charcot (1825-1893). In: **Histoire des Sciences Médicales**, Tome XXVIII, n.4, 1994, p.298.

_____. Charcot, Freud et l'inconscient Un nouveau paradigme médical est-il né à Paris, à la Salpêtrière, entre 1880-1890. In: **Histoire des Sciences Médicales**, Tome XXXVIII, n.4, 2004, p.411-418.

LIÉBEAULT, Ambroise. **Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique**. Paris: Victor Masson et Fils, 1866.

LITTRÉ, Emile; ROBIN, Charles. **Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences**. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1873.

LOUYER-VILLERMAY, Jean-Baptiste. **Traité des maladies nerveuses, ou vapeurs, et particulièrement de l'hystérie et de l'hypocondrie**. Paris: Méquignon, 1816.

_____. Hystérie. In: UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS. **Dictionnaire des sciences médicales**. Paris: Panckoucke, v.23, 1818, p.226-272.

LUBIMOFF, Alexei. **Le professeur Charcot: étude scientifique et biologique**. Saint Petersburg: A. S. Souvorine, 1894.

MARIE, Pierre. Eloge de J-M Charcot. In: ACHARD, C.; SOUQUES, A. **Bulletin de l'Académie de Médecine**. 3^{ème} série, tome XCIII. Paris: Masson & Cie, 1925.

MARQUER, Bertrand. **Les romans de la Salpêtrière**. Réception d'une scénographie clinique: Jean-Martin Charcot dans l'imaginaire fin-de-siècle. Genève: Droz, 2008.

MESMER, Franz Anton. **Mémoire sur la découverte du magnétisme animal**. Paris: Didot le Jeune, 1779.

MEYER, Philippe; TRIADOU, Patrick. **Leçons d'histoire de la pensée médicale: sciences humaines et sociales en médecine**. Paris: Odile Jacob, 1996.

MICALE, Mark S. Hysteria and its historiography: the future perspective. In: **History of psychiatry**, v.1, n.1, p.33-124, march/1990a.

_____. Charcot and the Idea of Hysteria in the Male: Gender, Mental Science, and Medical Diagnosis in Late Nineteenth-Century France. In: **Medical History**, 1990b, 34: p.363-411.

_____. **Approaching hysteria**. Princeton: Princeton University Press, 1995.

_____. **Hysterical men: The Hidden History of Male Nervous Illness**, 2008.

_____. Hysteria and its historiography: the future perspective. In: **History of Psychiatry**, 1, 1990, p.33-124.

_____. Introduction – The modernist mind: a map. In: _____. (Org.). **The mind of modernism – Medicine, psychology and the cultural arts in Europe and America, 1880 – 1940**. Stanford: Stanford University Press, 2004, p.1-20.

MORGAGNI, John Baptist. **The seats and causes of diseases investigated by anatomy**. Vol. II. London: Millar, Cadell, Johnson & Payne, 1769.

MUNTHER, Axel. **The Story of San Michele**. New York: Dutton & Company, 1929.

NICOLAS, Serge. **Histoire de la psychologie française: naissance d'une nouvelle science**. Paris: In Presse, 2002.

NICOLAS, Serge; FERRAND, Ludovic. **Histoire de la Psychologie Scientifique**. Bruxelles: De Boeck, 2008.

NICOLAS, Serge; MURRAY, D.J. Le fondateur de la psychologie “scientifique” française: Théodule Ribot (1839-1916). In: **Psychologie et Histoire**, v.1, 2000, p.1-42.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde**. São Paulo: Edusp, 2007.

PAGEL, Walter. **Johan Baptista Van Helmont**: reformer of science and medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

PAGET, James. **Leçons de clinique chirurgicale**. Paris: Germer Baillière & Cie, 1877.

PAICHELER, Geneviève. Charcot, l’hystérie et ses effets institutionnels: du “labyrinthe inextricable” à l’impasse (Commentaire). In: **Sciences sociales et santé**. v.6, n.3-4, 1988, p. 138-139.

PALLUAULT, Florent. **Etudiants et Praticiens au Service de la Médecine**: La Société Anatomique de Paris de 1803 à 1873. (1999) Disponível em: <<http://www.biusante.parisdescartes.fr/ressources/pdf/histmed-asclepiades-pdf-palluault.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2016.

PARADIS, André. De Condillac à Pinel ou les fondements philosophiques du traitement moral. In: **Philosophiques**, v.20, n.1, 1993: 69-111.

PINEL, Patrice. Champ médical et processus de spécialisation. In: **Actes de la recherche en sciences sociales**, 2005/1, n.156-157, p.4-36.

PINEL, Philippe. **Recherches et observations sur le traitement moral des aliénés**. Paris: [s.n.], 1798.

_____. **Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine**. v.3. Paris: Brosson, 1810.

_____. **Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale**. 2^{de} Édition. Paris: J. Ant. Brosson Libraire, 1809, (1^{ère} Édition en 1801), p.10-16.

_____. **Mémoires sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme (1794)**. Paris: L'Harmattan, 2006.

POSTEL, Jacques. **Eléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale**. Paris: L'Harmattan, 2007.

POULIQUEN, Jean-Claude; LANGLAIS, Jean; OBIN, Marlène. **Jean-Martin Charcot (1825 – 1893)**. 2007. Disponível em: <<http://www.sofop.org/Data/ModuleGestionDeContenu/Pages/Generees/02-Bibliotheque/Historique/CahiersGEOP/190.asp>>. Acesso em: 20 maio 2016.

RAULIN, Joseph. **Traité des affections vaporeuses du sexe**. Paris: Jean-Thomas Hérisant, 1758.

REGNARD, P.; BOURNEVILLE, Desiré-Magloire. **Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. Charcot)**. Paris: Aux Bureaux du Progrès médical, 1875-1880.

_____. **Iconographie photographique de la Salpêtrière**. Évreux : Charles Hèrissey, 1875.

REVUE DE L'HUPNOTISME EXPÉRIMENTAL ET THÉRAPEUTIQUE. n.1, juillet. Paris: Editor desconhecido, 1886.

REY, Roselyne. L'École de santé de Paris sous la Révolution: transformations et innovations. In: **Histoire de l'éducation**, Année 1993, v.57, n.1, p.23-57.

REYNOLDS, John Russell. Remarks on Paralysis, and other Disorders of Motion and Sensation, Dependent on Idea. In: **British Medical Journal**, Nov 6; 2(462): 483–485, 1869.

_____. **A system of medicine**. v.2. Philadelphia: Lippicott & Co, 1872.

RIBOT, Théodule. **Les maladies de la mémoire**. Paris: Félix Alcan, 1895.

_____. **Les maladies de la volonté**. Paris: Felix Alcan, 1888.

RICHER, Paul Marie Louis Pierre. **Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie**. Paris: Delahaye & Lecrosnier, 1881.

_____. **Anatomie artistique**: descriptions des formes extérieures du corps humain. Paris: Plon, 1890.

_____. **Canon des proportions du corps humain**. Paris: Ch. Delagrave, 1893.

_____. (transcrição) Description de la Grande Attaque Hystérique. In: BOURNEVILLE, Desiré-Magloire (org.). **Œuvres Complètes - J-M Charcot**. Tome premier. Paris: Louis Bataille, 1892, p.435.

RICHET, Charles. Les démoniaques d'aujourd'hui. In: **Revue des deux mondes**, janvier 1880 (seconde quinzaine), p.340-372.

_____. Le somnambulisme provoque. In: ROBIN, Ch. (org.). **Journal de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique de l'homme et des animaux**. Paris: Germer Baillière, 1875, p.348-378.

_____. **L'homme et l'intelligence** – Fragments de physiologie et psychologie. Paris : Felix Alcan, 1884.

_____. **Essai de Psychologie générale**. Paris: Félix Alcan, 1898.

ROSTAN, Léon. **Recherches sur le ramollissement du cerveau**. Paris: Gabon & Crévot, 1823.

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. Histeria. In: **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

ROUSSEAU, George S. **Nervous acts**. New York: Palgrave Macmillan, 2004.

SANDRAS, C.M.S. **Traité Pratique des Maladies Nerveuses**. Paris: Germer Baillière, 1851.

SAUCEROTTE, Constant. **Eloge Historique de Charles Le Pois (Carolus Piso) Célèbre Médecin Lorrain au XVIIe Siècle**. Nancy: Grimblot & Veuve Raybois, 1884.

SCHAEFFER, Neil. **The Marquis de Sade: a life**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2000.

SCULL, Andrew. **Hysteria – The Biography**. Oxford: Oxford University Press, 2009.

SLATER, Eliot. Diagnosis of “Hysteria”. In: **British Medical Journal**, n.1, 1965, p.1395-1399.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS. **Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie**, 1876, Tome III, 6^{ème}, 1877a. Paris : V^{ve} A. Delahaye, 1876.

_____. Comptes rendus de la séance de 14 avril 1877. In: **Le Progrès Médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, 1877, série 01, tome 05, 1877b, p.309.

_____. Comptes rendus de la séance de 13 janvier 1877. In: **Le progrès médical**: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie, série 01, tome 05, 1877c, p.48.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. Fondation de la Société Médico-Psychologique. In: **Annales médico-psychologiques**, n.11, 1848.

SOUQUES, A.; MEIGE, H. Jean-Martin Charcot (1825-1893). In: **Les biographies médicales**. 13e. année, n. 5, juin-juillet, p.337-352. Paris: J-B. Baillière, 1939.

STEWART, Ferdinand Campbell. **Eminent French surgeons, with a historical and statistical account of the hospitals of Paris**. Buffalo: A. Burke, 1843.

STONE, J.; HEWETT, R.; CARSON, A.; WARLOW, C.; SHARPE, M. The ‘disappearance’ of hysteria: historical mystery or illusion? In: **Journal of the Royal Society of Medicine**. 2008: 101, p.12-18.

SWAIN, Gladys. L’appropriation neurologique de l’hystérie. In: SWAIN, G.; GAUCHET, M. **Le vrai Charcot**. Paris: Calmann-Lévy, 1997, p.13-96.

SYDENHAM, Thomas. **The whole works of that excellent practical physician Dr. Thomas Sydenham**. London: M. Wellington, 1717.

THÉODORIDÈS, Jean. Charcot dans le sillage de Rayer. In: **Histoire des Sciences Médicales**. Tome XXVIII, n.4, 1994, p.313-318.

TIBERGHIE, D. The chair of mental and brain diseases: Charcot's pupils – Benjamin Ball, Alix Joffroy and Gilbert Ballet. In: BOGOUSLAVSKY, Julien (Ed.). **Following Charcot: A Forgotten History of Neurology and Psychiatry**. Basel: Karger, 2011, p.36-51.

TRILLAT, Étienne. **História da histeria**. São Paulo: Escuta, 1991.

TURREL, Denise. Une identité imposée: les marques des pauvres dans les villes des XVIe et XVIIe siècles. **Cahiers de la Méditerranée**, 66/2003.

VANDERMEERSCH, Patrick. The Victory of Psychiatry over Demonology. In: **History of Psychiatry**. Dec; 2(8):351-63, 1991.

VEITH, Ilza. **Histoire de l'hystérie**. Paris: Seghers, 1973.

_____. **Hysteria: The History of a Disease**. Chicago: University of Chicago Press, 1965.

VICAIRE, Marie-Humbert. Le catholicisme français au XIXe siècle. In: **Annales**. Economies, Sociétés, Civilisations, Année 1949, v.4, n.3, p.316-326.

VIGOROUS, Romain. Sur un nouveau procédé de métallothérapie externe. In: **Le Progrès Médical: journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie**, série 01, tome 06, 1878, p.573-574.

VIRIDET, Jean. **Dissertation sur les vapeurs qui nous arrivent**. Yverdon: J. Jaques Guenath, 1726.

VONS, Jacqueline; VELUT, Stéphane. **La Fabrique de Vésale et autres textes**. Introduction au livre VII, 2016. Disponível em: <<http://www3.biusante.parisdescartes.fr/vesale/pdf/livre7.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

WAJEMAN, Gerard. The hysteric's discourse. In: ZIZEK, Slavoj. (Ed.) **Jacques Lacan: Critical Evaluations in Cultural Theory**, v.1. Londres - Nova York, Routledge, p.77-89, 2003.

_____. Psyché de la femme: note sur l'hystérique au XIXe siècle. In: **Romantisme**, Année 1976, v.6, n.13-14, p.57-66.

WALLACE, Edwin R.; GACH, John. **History of Psychiatry and Medical Psychology with an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation**. New York: Springer, 2008.

WALUSINSKI, Olivier. Jacques-Étienne Belhomme (1800–1880). Pionnier de la pédopsychiatrie et aliéniste oublié. Partie 1. In: **Annales Médico-Psychologiques** 174 (2016a) 615-623.

_____. **Médailleurs et médailles de Paul Richer (1849-1933)**. (2016b). Disponível em: <http://www.baillement.com/recherche/richer_medailleur.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Louise Augustine Gleizes. In: **European Neurology**, b 69(4):226-228, 2013.

_____. Public Medical Shows. In: BOGOUSLAVSKY, J. (ed). **Hysteria: The Rise of an Enigma**. Basel: Karger, 2014, p.78-89.

_____. **L'illusion scientifique de Victor Burq (1822-1884)**. (2017). Disponível em: <http://walusinsk.com/data/Burq_Victor.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2016.

WEINER, Dora. Sur les pas de Pinel à la Salpêtrière, d'après des documents inédits. In: **Histoire des Sciences Médicales**, Tome XXXI, n.1, 1997, p.37-44.

WEISZ, George. Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone. In: **Actes de la recherche en sciences sociales**, 2005/1 n° 156-157, p.37-51.

WICKENS, Andrew P. **A History of the Brain: From Stone Age Surgery to Modern Neuroscience**. London: Psychology Press, 2015.

WILLIS, Thomas. **Cerebri anatome**: cui accessit nervorum description et usus. Amsterdam: Gerbrandum Schagen, 1666.

_____. **Two Discourses Concerning the Soul of Brutes**. London: Thomas Dring, 1683.

_____. **London Practice of Physick**. London: William Crooke, 1685.

_____. **A medical philosophical discourse of fermentation**. Or, Of the intestine motion of particles in every body. London: Harper and Leigh, 1684.

APÊNDICE A – Cronologia

A cronologia de eventos que se segue é retirada do texto dos capítulos 1, 2 e 3. As referências bibliográficas se encontram nos capítulos correspondentes.

