

Vilarinho, Yuri C.

O coração irritável nos discursos médicos anglo-americanos no fim do século XIX
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 21, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 1151-1177
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134013005>



História, Ciências, Saúde - Manguinhos,
ISSN (Versão impressa): 0104-5970
hscience@coc.fiocruz.br
Fundação Oswaldo Cruz
Brasil



O coração irritável nos discursos médicos anglo-americanos no fim do século XIX*

Irritable heart syndrome in Anglo-American medical thought at the end of the nineteenth century

Yuri C. Vilarinho

Mestre em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social/
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rua Corrêa Dutra, 39/408
22210-050 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
yurivilarinho@gmail.com

Recebido para publicação em abril de 2012.
Aprovado para publicação em março de 2013.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000400005>

VILARINHO, Yuri C. O coração irritável nos discursos médicos anglo-americanos no fim do século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1151-1177.

Resumo

Investiga o estatuto e as condições de emergência da categoria nosológica de síndrome do coração irritável presente nos discursos médicos anglo-americanos na segunda metade do século XIX. No contexto da Guerra Civil Americana, examina elementos sócio-históricos que configuraram a atenção médica sobre os sintomas de ordem cardíaca de soldados. Destacam-se os valores morais de médicos-militares frente aos sintomas de medo em combatentes, assim como as hipóteses etiológicas britânicas e norte-americanas que consolidaram o estatuto nosológico do sofrimento dos soldados com palpitações. Propõe análise da especificidade da síndrome do coração irritável frente às categorias nosológicas do medo descritas pela nosologia psiquiátrica atual.

Palavras-chave: síndrome do coração irritável; palpitações; medo; discursos médicos; século XIX.

Abstract

This paper examines the characteristics and the conditions for the emergence of the nosological category known as irritable heart syndrome to be found in Anglo-American medical literature in the second half of the nineteenth century. In the context of the American Civil War, it looks at some of the socio-historical elements, which comprised the medical care given to certain cardiac symptoms shown by soldiers. It emphasizes the moral values influencing the medical attitudes of military physicians towards symptoms of fear experienced by combatants, as well as the British and American etiological theories, which contributed to the nosological characterization of the suffering of soldiers afflicted with palpitations. Finally, it offers a brief analysis of the specific nature of the medical category known as irritable heart syndrome in the light of the categories of fear described by current psychiatric nosology.

Keywords: irritable heart syndrome; palpitations; fear; medical literature; nineteenth century.

Encontramos alguns casos que podem ser considerados ótimos exemplos de histeria masculina. O caso, por exemplo, de um homem que se havia dedicado com demasiada intensidade aos seus estudos ... Depois de conduzir uma vida de grande retiro em Oxford, e em oposição ao seu temperamento de estrita castidade, sua mente tornou-se irritável e ele não pôde mais ter sonos revigoradores. Por diversas vezes, ele foi presa de súbito e violento soluço, ... [e] medo de morte imediata por sufocação. Durante tais ataques, seu rosto avermelhava-se, as carótidas pulsavam intensamente, e o coração ficava muito perturbado. Ficamos familiarizados também, há alguns anos, com dois senhores que eram notavelmente excessivos com as bebidas e que, às vezes, a ambos tal excesso induzia a soluços e choro, acompanhados de palpitação, pulso fraco, perda de poder muscular, forte dispneia, constrição dolorosa do peito e medo de morte iminente.

Connoly (1833, p.565)¹

A história médica está repleta de quadros clínicos como o descrito por John Connoly. Pouco antes, em 1829, Peter Mere Latham (1789-1875) investigara o problema. Sua preocupação era saber se tais perturbações nervosas ou paixões do espírito poderiam redundar em males do coração (Latham, 1829). Ora, o que estava em questão nesse período não era ainda a concepção de psicogênese das doenças, ideia que só surgiria décadas depois. Naquela altura, ressaltava-se o aspecto ético-moral do esforço. Assim, o mal cardíaco era visto como uma consequência da transgressão do código moral vitoriano. Tanto para Latham quanto para Connoly, a investigação médica deveria responder à seguinte pergunta: poderiam as paixões e as chamadas ações imorais produzir males do peito?

Três décadas depois, surgiu uma síndrome que, aparentemente, era composta pelos mesmos sintomas, mas cujo sentido foi bastante distinto dos males do tempo de Latham. O mal cardíaco passou a ser chamado de síndrome do coração irritável, sendo ligado a outras questões, tais como descritas no seguinte caso anedótico.

Após alistar-se como voluntário no Exército da União, em 27 de agosto de 1862, William C., um jovem de 21 anos de idade, sofreu de diarreia durante três meses. Durante a marcha ao longo da linha férrea que liga as cidades de Harper e Fredericksburg, ele começou a apresentar sintomas de palpitação e dores no peito, além de um estado ofegante durante as noites. William C. permaneceu em serviço até 24 de dezembro daquele ano, quando perdeu a voz em consequência de um frio rigoroso. Como as crises de palpitação persistiram, ele foi retirado do *front*. Em junho de 1863, após vagar de um hospital a outro desde a dispensa, William C. chegou finalmente ao Turner's Lane Hospital, na Filadélfia. Ali, o famoso médico Jacob Mendez Da Costa (1833-1900) tratou-o com uma série de drogas que, no entanto, surtiram pouco resultado (Da Costa, 1871, p.20).

A essa altura, Da Costa havia atendido 260 homens no Turner's Lane, hospital pelo qual era um dos responsáveis, e, justamente por ter sido encarregado do estudo dos casos de “exaustão cardíaca”, já havia conseguido formar um quadro homogêneo a respeito do mal cardíaco que assolava as tropas envolvidas na guerra civil, como assinala Wooley (2002).

Um ano após o início das crises de palpitação e falta de ar, em 16 de novembro de 1863, William C. apresentava o seguinte quadro clínico. O seu pulso marcava 98 batimentos por minuto e persistiam as palpitações. O mal-estar tirava-lhe o descanso principalmente à noite. Em maio de 1864, ele ainda exibia alguma “dor cardíaca e ocasionalmente tinha palpitações. Estas, entretanto, raramente ocorriam, exceto sob esforço” (Da Costa, 1871, p.20).

Seria incorreto enquadrar as descrições clínicas de Latham e de Da Costa como pertencentes à disciplina médica que mais tarde se tornaria a cardiologia, já que ela, conforme destaca Lawrence (1985), só passaria a existir como a entendemos hoje a partir de longo processo ocorrido no século XX. Assim, ainda que possamos encontrar na literatura historiográfica títulos como os de Wooley (2002), em que a designação “cardiologia” se refere às práticas e ao campo de estudos médicos do fim do século XIX, objeto de análise do presente artigo, é importante salientar que, a rigor, nesse período, tal campo enquanto disciplina médica específica ainda é incipiente.

Os estudos de Lawrence mostram que a consolidação desse campo especializado só ganhou contorno mais nítido ao longo do século XX, com o paulatino processo de criação das diferentes especialidades médicas. Uma passagem que corrobora essa tese é a do médico inglês John Parkinson (1885-1976): “Lembro bem do tempo em que a medicina era indivisível ... a palavra cardiologia não estava em uso ou era utilizada de forma não amigável” (citado em Lawrence, 1985, p.8).

Por outro lado, é importante notar que, a essa altura do século, embora a cardiologia não constituísse uma profissão institucionalizada, já havia um esboço da estrutura que se consolidaria posteriormente. Verifica-se isso pelo já existente reconhecimento mútuo entre os praticantes da medicina – situados em contexto europeu e norte-americano – acerca de um conjunto específico de saberes, bem como pelas concordâncias e divergências inseridas em debates considerados relevantes por esses membros, tão bem detalhadas no minucioso trabalho historiográfico de Wooley (2002). Destacam-se alguns nomes importantes para a clínica médica, em geral, e em especial para o tema do coração irritável, seja no campo da medicina militar, como William Campbell Maclean (1811-1898), Arthur Myers (1838-1921) e James Mackenzie (1853-1925), ou no estudo da casuística dessa síndrome encontrada na população civil, como Austin Flint (1812-1886), Clifford Allbutt (1836-1925), William Osler (1849-1919) e o próprio Da Costa. É fundamental aludir ao constante diálogo entre esses eminentes médicos, assim como a sua não restrição ao campo da medicina militar, ainda que, por motivos óbvios, grande parte da literatura sobre o coração irritável tenha sua origem, de fato, na casuística oriunda de situações de guerra.

Outros exemplos do intercâmbio entre o contexto britânico e o norte-americano é a terminologia comum (que inclui publicações de livros e os jornais especializados), assim como a utilização de tecnologias emergentes, como o estetoscópio, que impactaram a prática médica norte-americana a partir dos anos 1850 (Reiser, 1978; cf. detalhes adiante). Esses fatores, tomados em conjunto, autorizam-nos a abordar esse campo de práticas médicas como “medicina anglo-americana”, a despeito das especificidades locais, possivelmente existentes.

Simultaneamente a esse processo ocorreram, nos dois lados do Atlântico, transformações sociais, políticas e culturais. A implantação das fábricas modernas e a brusca transformação nos métodos de exploração da força de trabalho produziram não somente novos tipos de

organização social, mas modalidades de sofrimento antes não encontradas. Em âmbito urbano, as longas horas de trabalho dos operários, na linguagem da época, exauriam-lhe os nervos ao extremo e suprimiam o arranjo natural dos músculos.² A máquina – que surgia para libertar o trabalhador do esforço árduo – transformou-o, gradualmente, em peça automática na grande maquinaria do fim dos Novecentos.

Assim, não era incomum que o cansaço fosse assunto de interesse de trabalhadores e de soldados. A fadiga estava por todo o lado. Foi assim que, no último terço do século XIX, o esgotamento do corpo e do espírito tornou-se objeto de preocupação em campos diversos. Rabinbach (1990) registra que os discursos sobre as perturbações derivadas do esforço ganharam espaço em obras literárias, jornalísticas, acadêmicas e médicas. Como analisa Sturdy (2003), o desenvolvimento das fábricas e dos novos meios de exploração do homem pelo homem catalisou um crescente interesse sobre o próprio corpo dos trabalhadores. Os pontos de vista industrial e médico se atrelavam, segundo esse autor, uma vez que o entendimento do modo de funcionamento desse corpo acarretaria um manejo mais efetivo e, como consequência, maior produtividade.

Vale dizer que, nas análises médicas sobre os trabalhadores, em especial, os sintomas eram descritos como “fraqueza” ou “esgotamento nervoso”. Não havia menção às condições laborais, confundindo-se, frequentemente, as causas com os sintomas apresentados pelos operários. Isso fica evidente na palestra de Clifford Allbutt, médico que atendeu a muitos operários do distrito britânico de Lancashire, berço da Revolução Industrial. Na Clinical Society of London, em 1873, ele se dedicou a pontuar as questões fundamentais de seu livro *Overwork and strain of the great vessels* (1871).

O que chamou a atenção de Allbutt foi a irritabilidade do coração que, segundo ele, é uma consequência do trabalho feito “sem amor”. Ora, segundo esse médico, “a despeito da fadiga, da saúde diminuída e da alimentação imperfeita”, acima de qualquer coisa, o mais importante é que “o trabalho feito *con amore* é menos exaustivo do que os trabalhos mais sombrios” (Hewett, 1873, p.299; destaques no original). Desconsideravam-se as desumanas condições de vida e de trabalho dos operários. Análises como a de Allbutt, em que não se dava importância aos fatores extremamente adversos da condição das fábricas, tiveram sua versão também em textos produzidos a partir de casos militares. Na literatura médico-militar inglesa, produzida a partir da casuística de soldados britânicos que lutaram na Guerra da Crimeia, tratada adiante, descreve-se, por exemplo, a “ação desordenada do coração” dos soldados, sem abordar o ambiente de guerra no qual o combatente havia estado.

Observações sobre as narrativas médicas na Guerra Civil Americana

Em território americano, esse “estilo” médico era semelhante, mesmo em meio à onda macabra que atravessou os EUA no período 1861-1865. A Guerra Civil foi marcada por níveis de atrocidade jamais verificados. Em solo americano, mais de um milhão de homens morreram nesse curto período. Entretanto, mesmo sendo a realidade brutal e apavoradora, ela não foi motivo para que os médicos mudassem o tom de suas análises, como veremos.

Esse conflito foi o primeiro a receber os avanços da era industrial, pois as locomotivas estavam a pleno vapor, e os rifles modernos constituíam a última novidade. Paradoxalmente,

o transporte das tropas não era feito por trem ou cavalo. E, pior, os soldados marchavam descalços. As distâncias eram assustadoras: de dez a vinte milhas percorridas diariamente. Em casos de urgência, quando se impunha a chegada rápida à frente de combate, os soldados eram obrigados a percorrer distâncias ainda maiores em marcha forçada. Por exemplo, a 11ª Divisão de Infantaria de Indiana marchou o total de 9.318 milhas, enquanto o 44º Regimento percorreu 725 milhas (Terrel, 1865).³

Agravando o desconforto dos soldados, havia os pesos de mochilas lotadas com uniformes, mantas, ração para vários dias, armas, munições. A extensa pesquisa de Dean (1997, p.47) nos oferece uma perspectiva (através de registros deixados principalmente em cartas, em primeira pessoa) do que consistia a vivência dos soldados. Por exemplo, um soldado que, ao lembrar-se da dureza das marchas, teve de parar e vomitar várias vezes; sua cabeça doía. Ele vomitou de oito a dez vezes até vomitar sangue. Outro soldado, numa carta à mãe: “Eu não estou muito bem dessa vez. ... Estou tão perto da morte que não posso mais escrever com qualquer nível de inteligência”. Outro, à sua esposa: “Estou bem ..., exceto pelo frio e pela marcha em direção à morte ... minha querida esposa [,] eu quero que você ore por mim ... eu irei vê-la novamente ...

Guerra civil constitui-se numa espécie de “guerra biológica”. Não no sentido contemporâneo, nos moldes do que ocorreu no conflito do Golfo, por exemplo, mas no sentido de Steiner (1968, p.10-11), segundo o qual, na Guerra de Secessão, milhares de homens morreram de doenças infectocontagiosas. Embora não existam estatísticas precisas sobre a totalidade de pais e filhos mortos por tais males, segundo o mesmo autor, estima-se que 164 mil confederados e 250 mil federais morreram dessas doenças, aí incluídas cólera, febre tifoide, malária, varíola, sarampo, caxumba, tuberculose, além de uma variedade grande das denominadas “febres de trincheira”.

O quadro das doenças infectocontagiosas, representado pelo arsenal de vírus e bactérias, produz uma série de perturbações que passam a assolar as tropas, desafiando o conhecimento médico da época. Além dessas, outras síndromes estranhas chegam à cena. Em fevereiro de 1863, o cirurgião James Theodore Calhoun (1864) observou o crescente número de baixas provocadas por uma doença sobre a qual não havia nenhuma explicação plausível. Os métodos tradicionais não conseguiam identificar a natureza do mal dos voluntários do 120º Regimento de Nova York. Todos recebiam o mesmo tratamento, mas enquanto uns melhoravam, a maior parte sucumbia. Do que, então, sofriam esses homens? Calhoun especula: A “causa não pode estar no *camping* ou nos seus arredores ...” Diz ele: “[os soldados] beberam a mesma água, comeram a mesma comida, assim como os outros regimentos; estavam muito mais protegidos, tinham um excelente comandante e o melhor dos oficiais médicos” (p.130). Esses homens padeciam de uma doença a que ele chamou “nostalgia”; um termo técnico para o que era conhecido no vocabulário popular como *homesickness*. Em sua opinião, esses combatentes eram vítimas de suas reminiscências, de uma memória mórbida que mantinha vívidas as cenas familiares e o lar deixados para trás.

Outro militar muito preocupado com essa questão foi o general William Hammond (1828-1900), grande nome da cirurgia nos tempos da Guerra Civil. Para Hammond, a nostalgia era uma “monomania emocional”, em cujo estado “nada desvia os pensamentos de casa e de suas lembranças” (Hammond, 1863, p.127). Já o cirurgião assistente Witt C. Peters (1863, p.75)

descreve a melancolia caracterizada por ser um “tipo médio de insanidade causada pelo desapontamento e pela contínua distância de casa”.

Segundo Roberts Bartholow, especialista em doenças simuladas, esses estados mentais “obscuros” deveriam ser observados atentamente pelo médico. Segundo ele, já havia um conhecimento acurado sobre “mania aguda”, “monomania” e “melancolia”. Já se sabia que a idiotia, o cretinismo, a imbecilidade e a demência desqualificavam um homem para o serviço militar (Bartholow, 1863, p.16). Mas havia uma série de outras condições nas quais não era possível confiar. Não se sabia até que ponto os soldados estavam fingindo ou não. As doenças “simuladas” mais comuns nesse tempo eram, segundo Dean (1997, p.115), “insanidade”, “nostalgia”, “*sunstroke*” e síndrome do coração irritável. Todas elas tinham em comum o fato de que sua descrição não dispunha de uma base orgânica clara. Além dessa nosografia, também segundo o mesmo autor, eram muito comuns expressões mais corriqueiras na referência aos diferentes estados de perturbação do espírito, a saber: “*the blues*”, “*lonesome*”, “*played out*”, “*used up*”, “*demoralized*”, “*nervous*”, “*dispirited*”, “*sad*”. Outros termos também faziam menção direta ao coração: “*disheartened*” e “*downhearted*”.

Contrastando os medos

De forma geral, a investigação da problemática nosografia desse período divide-se, *grosso modo*, em dois grupos. O primeiro deles privilegia uma abordagem continuísta, em que os diagnósticos da segunda metade do século XIX remeteriam aos mesmos fenômenos descritos pela nosologia médica atual, em especial, a psiquiátrica. Já o segundo grupo remete às possíveis seriações com o intuito “inicial” de compará-las, mas com a principal tarefa de averiguar as descontinuidades, isto é, a especificidade histórico-cultural de cada época, salientando as rupturas de sentido entre as diferentes síndromes.

Estudos como o de John Talbott (1996), professor de história da Universidade da Califórnia, enquadram-se no primeiro grupo, já que tencionam traçar uma linha ininterrupta entre a síndrome do coração irritável e categorias nosológicas atuais, tomando como denominador comum a especificidade biológica presente em todas elas. Em seu artigo de 1996, em outros termos, ele questiona: *Shell-shocked* – por que essa expressão também foi uma realidade nos campos mortais da Virgínia há 150 anos? (p.41).

Assim, é fundamental notar a mensagem implícita nessa questão, de uma suposta continuidade entre a categoria de “*shell-shock*”, criada na Primeira Guerra Mundial, a síndrome do coração irritável e a denominada síndrome de estresse pós-traumático, categoria contemporânea e que, segundo a tese central do artigo, seria essencialmente o mesmo fenômeno enquadrado nas outras duas categorias (coração irritável e “*shell-shock*”).

Ainda nessa linha investigativa, encontram-se outros trabalhos, seja no campo da historiografia das guerras, como os de Dean (1991, 1997), ou no campo eminentemente clínico. Assim, na literatura atual, há diversos artigos e manuais (Hendin, Haas, 1984; Engel, 2004; Noyes, Hoehn-Saric, 1998; Saigh, Bremner, 1999) nos quais fica evidente a abordagem continuísta e biologicista em relação às referidas doenças.

Em comum, esses estudos apresentam o seguinte questionamento: os combatentes categorizados com a síndrome do coração irritável receberam outro nome para o que é atualmente

conhecido como “síndrome do estresse pós-traumático”? Ou, na esteira de Barlow (2002) e Katsching (1999), a irritabilidade cardíaca seria um equivalente do transtorno do pânico?

As respostas a essas questões não são de fácil acesso. Quando acessamos a literatura primária do coração irritável, o que vemos, deve-se salientar, não são vestígios de traumas nem de pavor (como no caso da síndrome do pânico) dos combatentes. Ao menos no vocabulário dos médicos da época, as palavras “medo” e “trauma” não estavam sequer presentes. “Fatores psicológicos” não entram no rol das causas das doenças cardíacas (já que se trata de uma síndrome do coração irritável). Ela não era uma doença psicológica ou psiquiátrica. Tratava-se de uma doença do coração. Não era um mal do espírito nem, muito menos, provocada pelas condições sociais adversas. Era um mal da maquinaria muscular cardíaca. Assim, aqueles que padeciam de seus sintomas (palpitação súbita, crises de falta de ar, tonteiras e cansaço intermitentes) não “lembravam”, não foram “traumatizados” nem sofriam de “saudades” (como os acometidos de nostalgia). Eles tinham medo de desenvolver um problema orgânico cardíaco. O distúrbio era irregularidade, excitabilidade, irritação e fraqueza do coração.

O que motivou, então, os autores atuais aqui citados a correlacionar as síndromes do estresse pós-traumático, do pânico e do coração irritável? Esses autores contemporâneos abordam o “coração irritável” segundo o viés neuroquímico, e, a despeito das especificidades salientadas por cada um deles, todos concordam com a ideia de que foi o avanço da ciência que possibilitou um melhor entendimento da natureza do fenômeno. A medicina teria caminhado, então, inequivocamente, da ignorância à verdade sobre tais condições humanas.

Certamente, a ciência, em geral, e as ciências que tratam das questões mentais, em particular, avançaram. Aqui, entretanto, não nos caberia dizer em quais aspectos a ciência avançou. O problema em questão tem mais relação com o que Hacking (1999) levanta. Ele propõe: tomando-se um dado objeto “x” – no nosso caso, o “coração irritável” –, faria sentido dizer se “x” é construído ou real? A solução, segundo ele, não estaria em apontar nem para uma, nem para outra opção, “exclusivamente”. Ora, o coração irritável foi simultaneamente construído e real. Ele tanto foi uma construção – sua “descoberta-construção” só ocorreu por contingências sócio-históricas específicas – quanto um fenômeno muito real para os que sofreram e para os que trataram. Assim, Hacking diz que o debate (“construção *versus* real”) não é adequado.

A questão que se deve observar quanto ao objeto tem de derivar, portanto, do uso pragmático que o “analisador” terá em relação ao fenômeno; ou seja, dependerá da dimensão a qual se está referindo do objeto (histórica, em primeira pessoa, em terceira pessoa, biológica, literária etc.). Em outro livro, encontramos Hacking (1998) afirmando que os debates sobre a “realidade” ou sobre a “construção sócio-histórica” das “doenças mentais transitórias”, como ele as denomina – nas quais podemos inserir as síndromes aqui examinadas – chegam a ser mesmo banais.⁴

Em sintonia com tais ideias está o argumento de Howell (1985), autor voltado especificamente para a historiografia da cardiologia, segundo o qual não é somente difícil, mas mesmo impossível saber “o que foi” o coração irritável. Em vez de responder a tal questionamento, Howell mostrou de que forma o diagnóstico “coração de soldado”, criado na Primeira Guerra Mundial, estava relacionado a processos de ordem social mais ampla e de que modo a própria estrutura de pesquisa médica formada nesses anos possibilitou um novo olhar sobre as condições dos acometidos de pavor e de males do coração. Em especial, Howell argumenta

que, pelo fato de o coração de soldado ter sido a terceira maior causa de dispensa entre os soldados britânicos, um acalorado e politizado debate foi configurado. Como consequência, o próprio estatuto da doença foi afetado, alterando políticas de pensões, formas de tratamento e, também, a possibilidade de um soldado ser levado ao paredão de fuzilamento.

Na mesma linha de Howell, portanto, importa-nos menos saber da realidade intrínseca da dita síndrome (se é que ela existe), do que da forma como determinados vetores socioculturais foram mobilizados, possibilitando a sua emergência, tanto no contexto americano como no europeu na segunda metade do século XIX.

Ainda que não possamos conhecer a natureza das patologias citadas, a afirmação de que o coração irritável foi “outro nome” para o estresse pós-traumático é difícil de ser mantida à luz da análise do que estava em questão nos anos 1860. Preliminarmente, destacamos duas características desse período. A primeira se refere ao fato de que não existia o referente “trauma” na guerra civil. O uso da palavra começou a ser utilizado, com mais frequência, dos anos 1870 em diante, devido à publicação do livro de John Eric Erichsen (1818-1896), em 1866.⁵ A despeito do sofrimento que possa ter existido na mente do soldado padecido de palpitações, não havia referência alguma ao que hoje conhecemos como “trauma”.

O outro aspecto a ser apontado segue-se a partir do próprio entendimento de trauma. O que está em questão no trauma é, necessariamente, uma sequela vivida “posteriormente” ao horror vivenciado de forma impactante por uma pessoa. Assim, o problema que pode ser levantado é o seguinte: como saber se os soldados que desenvolveram palpitações e toda sintomatologia rica que as acompanha sofreram um choque anterior como combatentes?

Segundo Sheffer (2009), a historiografia das doenças mentais produzidas em períodos de guerra parece partir do *a priori* de que existiu em todos os conflitos o que é conhecido hoje como “transtorno de estresse pós-traumático”. Discordando de tal ideia, ele chama atenção para o fato de que não há, no caso da Guerra Civil Americana, argumentos convincentes ou documentos que provem uma relação de igualdade entre a síndrome do coração irritável e a do estresse pós-traumático. Aliás, os médicos da época não deixaram registros de nada que pudesse ser minimamente semelhante ao estresse pós-traumático (p.4). Sheffer pondera que tal ausência de documentos dá margem a outra hipótese, bastante plausível: a de que, na verdade, tal doença pós-trauma nem mesmo existiu entre 1861 e 1865.

Sheffer (2009) não discorda da ideia generalizada de que todo conflito de guerra é “essencialmente” terrível; a realidade é brutal para todos aqueles que dela participam, e os danos físicos e morais fazem parte das guerras em todas as eras. No entanto, desenvolve a tese de que os soldados americanos da Guerra Civil viviam em um tempo bastante peculiar no que se refere às crenças sobre, em primeiro lugar, honra, e, em segundo lugar, morte. Dessa forma, seria justamente por essa “cultura da honra”, nos termos do autor, que teria havido uma prevenção ou, no mínimo, uma razoável redução no número de casos médicos cuja sintomatologia psicológica teria surgido como consequência de conflitos graves vivenciados em combate.

A despeito de a referida tese salientar a importância dos fatores culturais na causação das doenças, certas distinções em relação ao que aqui se desenvolve devem ser destacadas. Consideramos razoável a hipótese de que os soldados não tenham desenvolvido sintomas

psicológicos pós-trauma por estarem inseridos num ambiente culturalmente distinto do atual e por terem enraizado em seu arcabouço identitário valores como honra, patriotismo e uma posição positiva frente à morte. Aliás, tal argumento se coaduna com a linha que seguimos, pois considera a “historicidade” das patologias desenvolvidas pelos soldados da Guerra Civil Americana. No entanto, discordamos da ideia de que os soldados não desenvolveram “neurose de batalha” ou “síndrome pós-traumática” unicamente por terem lidado com a morte de forma positiva ou por terem sido mais patriotas do que, por exemplo, os combatentes envolvidos na Primeira Guerra Mundial.

Sim, é possível que tais valores tenham prevenido os soldados americanos – de forma semelhante como alemães, de um lado, e soviéticos, de outro, nos anos 1940 – de sofrer prejuízos psicológicos em vista de suas fortes motivações ideológicas durante a guerra. Entretanto, se concordássemos com a tese de que o “patriotismo” foi uma espécie de antídoto, simplesmente, teríamos de entender aqueles soldados que entraram na casuística médica com sintomas de palpitação, falta de ar e sensação de morte iminente, como portadores, de fato, de uma doença psiquiátrica, isto é, portadores do “transtorno de estresse pós-traumático”.

Diferentemente da abordagem de Sheffer, entendemos que o que faz com que uma pessoa, seja combatente ou não, fique doente por essa ou por outra síndrome, é a experiência de estar doente, de tal modo que essa experiência é fruto de uma coemergência de múltiplos fatores, os quais incluem certamente os fatores biológicos (feridas, coagulação sanguínea, pulsação, batimento cardíaco, traumas físicos e psicológicos etc.), mas a eles não se reduzem. Tal experiência emerge de uma rede de valores que se entrelaçam e possibilitam, enfim, a vivência de estar doente de uma forma, e não de outra. O fato de não ter existido a “síndrome do estresse pós-traumático” no período da Guerra Civil Americana deriva, sim, de “fatores culturais”, mas segundo a ideia de que o que não possibilitou sua existência foi a coemergência dos múltiplos fatores citados. Para entender tal rede complexa e mostrar que a “síndrome” desenvolvida pelos soldados da guerra dos anos 1860 não é sinônimo do “transtorno de estresse pós-traumático” da atualidade faz-se indispensável, portanto, destacar e analisar alguns de seus emaranhamentos.

O exercício de contrastar o “medo” da Guerra Civil com o de outros contextos torna-se importante. Moran (1967, p.61), importante estudioso das “neuroses traumáticas” da Primeira Guerra Mundial, afirma que “quase todos os homens sentiram medo” nesse período. Para Dollard (1943), que analisou a experiência fóbica de trezentos militantes da brigada comunista Abraham Lincoln na Guerra Civil Espanhola (1936-1939), 3/4 dos veteranos sentiram medo “enquanto” iam para o combate pela primeira vez. Após a primeira exposição à batalha, 36% confessaram ter medo “sempre” (antes, durante e após a batalha), e 55% sentiram medo apenas em algumas ocasiões. Ainda mais significativo foi o fato de que oito em cada dez pensaram ser melhor admitir seus medos em público, discutindo-os junto aos seus camaradas, do que guardá-los para si. Essa atitude era entendida como o primeiro passo no controle individual e coletivo do medo. “Coragem não é ‘não sentir medo’ (*fearlessness*)”, escreve Dollard, mas é “ser capaz de fazer o trabalho mesmo quando amedrontado” (p.9).

O *fearlessness* dos anos 1860

As circunstâncias da Guerra Civil são distintas. Em seu estudo seminal, Linderman (1987) analisou as narrativas em primeira pessoa de soldados e militares médicos das tropas do Sul e do Norte. Segundo ele, na guerra americana não havia espaço para medo, mas somente para ações heroicas, coragem e “*fearlessness*”.⁶ Na verdade, não houve somente “falta de medo” nessa época, pois coexistiam, de fato, dois grandes grupos de narrativas em primeira pessoa: um em que o medo não está presente (mas a coragem), e outro em que ele está explícito.

Nesse quadro, um dado que nos salta aos olhos é a grande preocupação em ocultar o referente medo, diferentemente das guerras seguintes, como veremos. Se os escritos dos soldados se subdividem em dois grupos (os que explicitam o seu pavor e aqueles que tentam ocultá-lo), por outro lado, as narrativas em “terceira pessoa”, isto é, realizadas pelos médicos militares, são marcadas “exclusivamente” pela ausência de referências ao medo. É nesse sentido, então, que se pode falar em “*fearlessness*” na guerra americana.

Tal falta de medo pode ser flagrada no artigo de Henry Hartshorne (1823-1897), publicado em um jornal médico em 3 de junho de 1863. Após a pavorosa batalha de Antietam, Hartshorne escreve um artigo clínico sobre os seus pacientes. Por mais que tal batalha tenha sido caracteriza como o dia mais sangrento da história americana – mais de 23 mil mortos (McPherson, 1988) –, Hartshorne avisa a comunidade médica sobre a “exaustão muscular do coração” de seus soldados. Além disso, enfatiza quais seriam as consequências do esforço prolongado no funcionamento cardíaco dos combatentes: pericardite, dilatação ou hipertrofia do coração, doença das válvulas cardíacas. Tal inquietude não era associada a inflamações.

Hartshorne (1863) não cita o horror que os soldadeos atravessaram. A rigor, a palavra “nervosidade” aparece uma única vez e sem ênfase. Ora, então o que estava em questão? A resposta é clara: fraqueza do coração não associada aos “distúrbios funcionais da ação cardíaca” ou do abuso de tabaco e à masturbação (p.89). Os sintomas incluíam um pulso rápido enquanto o paciente descansava, além do aumento anormal da taxa cardíaca, mesmo quando era feito um esforço mais sutil. O soldado não parecia saudável, embora o pulso, a percussão do peito e o uso do estetoscópio confirmassem que esses homens não sofriam de alterações orgânicas do coração. Hartshorne não pensava que tal doença era “palpitação nervosa ou simpática”. As causas eram “esforço prolongado” e “falta de descanso”.

As narrativas dos que atendiam e daqueles que eram tratados não eram uníssonas. Mas por que, de um lado, a arte da cura aproximada da própria arte da guerra e, do outro, as vozes apavoradas daqueles que testemunharam a barbárie do *front*? No tópico a seguir, nos deteremos mais atentamente nos ideais de valores que se relacionavam a essa postura médica frente ao mal-estar de seus pacientes.

Hipóteses médicas: masculinidade, coragem, fingimento e doença

O quadro que estamos querendo delinear é complexo. Por parte da classe médica, o amplo espectro de reações que os combatentes exibiram em face da guerra foi objeto de análises nas quais ora estavam ausentes referências às condições da batalha, ora banalizava-se o sofrimento dos soldados. Tal cultura foi pautada pela erosão de ideais éticos, como também por estereótipos de raça. Vejamos alguns exemplos.

Antes de examinar as referências em terceira pessoa – a perspectiva dos médicos – detenhamo-nos brevemente na experiência dos próprios soldados. Segundo Blight (1992), autor que realizou essa pesquisa, os ideais éticos desse período foram importantes para o modo como se constituiu a experiência dos soldados. A diversidade do modo como vivenciaram a guerra é digna de nota, já que lutar na guerra poderia ser motivo de orgulho, autopiedade, comiseração, sentimento religioso ou de devoção patriótica.

A coragem se destaca nesse âmbito. Para Linderman (1987), o medo muitas vezes se encontrava na posição oposta a esse ideal, estando profundamente impregnado no imaginário do soldado americano. Colado à coragem, existia uma carreira de ideais intrincados, tais como os de masculinidade, patriotismo e honra. Assim, apresentar sintomas de doença significava deixar à mostra sinais não só de fraqueza do corpo, mas do espírito. É por isso que o verdadeiro combatente, corajoso, não poderia cair, não poderia ficar doente.

O soldado Carlton McCarthy (1888, p.208), por exemplo, escreveu em suas cartas a respeito das provas difíceis pelas quais todo soldado tinha de passar. Ele afirmou: “[O] soldado é tentado de dez mil maneiras ... todas as suas qualidades são postas em xeque ... Sua coragem nunca pode falhar”. Mais à frente ele completa: “Deve ser másculo e independente”. “Coragem” e “masculinidade” eram intercambiáveis e formavam um bloco moral, forçando o homem a não perder o controle de sua vontade. Para os soldados, o próprio combate era encarado como um “teste de masculinidade”, já que “[u]ma falha da coragem na guerra era uma falha de masculinidade” (Linderman, 1987, p.8).

A especificidade histórico-cultural desses dados não é autoevidente. Pode-se contrastar, por exemplo, como o sentido da coragem foi assumido em outras circunstâncias. Na Guerra da Coreia (1950-1953), ter coragem exagerada poderia significar loucura ou perda do instinto de autopreservação, diz O’Brien (1973). Assim também ocorreu na Guerra do Vietnã, quando fugir não era sinônimo de covardia.

Os combatentes que expressassem medo e pavor, querendo escapar de suas obrigações, eram rejeitados, considerados efeminizados e preguiçosos desprezíveis. Num jornal do Sul, podemos ler: “Os jovens do Sul devem ostentar coragem máscula e considerar os males resultado de uma revolução malsucedida. Devem ser corajosos e alegres, enérgicos e esperançosos. Eles se suportaram durante a competição desigual com virilidade e coragem que têm aumentado a admiração tanto de amigos como de inimigos” (citado em Dean, 1997, p.203). E, mais adiante, recomenda-se: “Não sejam autossuficientes, nunca foi concebido que homens jovens e virtuosos falhassem ... deixem-nos na grande batalha da vida. Eles devem ser alegres na pobreza, esperançosos na adversidade, pacientes sob derrota, e firmes e autossuficientes em todas as circunstâncias (p.203).

Em outro jornal do Sul, encontramos: “Mas a comiseração sentida por esses indivíduos desafortunados é modificada pelo fato de que eles são homens – homens com mãos fortes, corações endurecidos e nervos fortes – os homens, conseqüentemente, saberão como combater com sucesso de acordo com a sua sorte” (citado em Dean, 1997, p.203).

O desânimo também era entendido como algo feminino: “Somente aquele que conhece o que o destino tem reservado para ele com firmeza masculina é verdadeiramente grande” (citado em Dean, 1997, p.203). E num jornal do Norte, reitera-se a necessidade de manter virtude viril, firmeza e resistência. Logo em seguida, prossegue-se: “Ganhar [a batalha da vida],

sem luta, é, talvez, ganhá-la sem honra. Se não houvesse dificuldades, não haveria sucesso; se não houvesse nada pelo que lutar, não haveria nada a ser alcançado. Dificuldades podem intimidar os mais fracos, mas elas servem apenas como estímulo para [que] um homem de coragem e de resolução ... levante-se corajosamente contra a má-sorte” (p.203).

A fé religiosa era outro elemento-chave no *front*. Era uma espécie de fonte de coragem. Coragem e fé, portanto, também estão interligados. Stiles (citado em Linderman, 1987, p.8) afirmou que, quanto mais ardente fosse a espiritualidade do soldado, mais intenso seria o seu espírito de luta. Quanto mais se acreditava em Deus, em sua proteção, maior era a entrega e a coragem durante o combate. Segundo Linderman (1987, p.9), era comum encontrar um grande número de homens tentando receber força e coragem pela reza logo antes das batalhas.

A coragem estava para a religiosidade da mesma forma que a covardia estava para a descrença. Como afirmou o capelão do 14º Regimento de Louisiana, ninguém seria mais covarde do que aqueles que não renovassem sua fé e se livrassem dos pecados antes da batalha. Para um soldado protestante de Illinois, a Bíblia aumentava a coragem: “O padrão de masculinidade do soldado é alto e ele a encontra no Livro”. Já o soldado Georg Eggleston registrou que a covardia deveria ser considerada “um dos pecados que não podem ser perdoados, nem neste mundo, nem no próximo” (Linderman, 1987, p.10).

Para a classe médica, fatores como força, coragem e masculinidade estavam determinados também pela hereditariedade. As qualidades de força e resistência não eram atributos físicos ou psicológicos, mas híbridos de ordem física e moral. Edward S. Dunster (1834-1888), médico militar atuante durante a Guerra Civil, afirmou que a taxa relativamente maior de morte por doença entre os negros se devia ao fato de eles serem mais “psicológicos” do que “físicos” e crescidos na ausência de coração, de esperança e de atividade mental. Caso fossem tratados por uma cultura mais moral, Dunster (1867, p.184) argumentou, seus defeitos seriam diminuídos.

Havia um aviso do Exército americano propondo que todos os soldados que procurassem dispensa fazendo uso de relatos subjetivos deveriam ser ignorados (Dean, 1997, p.120). Devia haver a garantia das descrições objetivas da doença. Aos cirurgiões, era obrigatório que só concedessem dispensa ou o envio ao asilo do governo a partir do diagnóstico de insanidade, devendo ser levado em conta se o soldado tinha ou não algo a ganhar caso fosse declarado insano. Além disso, o comportamento insano do soldado deveria ser constatado como total e completo, para que fosse descartada qualquer possibilidade de fingimento.

Nesse contexto, a figura do “*malingerer*” (aquele que finge ou cria doença com o objetivo de ganhos secundários) se destaca constantemente nos relatórios e artigos. Essa obsessão pela prova cabal da doença é constatada nos escritos do cirurgião Roberts Bartholow (1831-1904) e de Dunster (já citado), ambos coautores do *Sanitary memoirs of the War of the Rebellion*. Silas Weir Mitchell, eminente médico da Filadélfia no período da guerra, também participa desse relatório. Mitchell tinha as suas desconfianças. Em tom saudosista, em 1864, ele lembra: “se não estamos equivocados, as tentativas de se fazer de doente estão hoje muito mais frequentes e mais engenhosas (Mitchell, Morehouse, Keen, 1864b, p.367).

No mesmo ano, Mitchell escreve *Gunshot wounds and other injuries of nerves* (Mitchell, Morehouse, Keen, 1864a) livro que discorre sobre os tratamentos “tônicos”, dietas reforçadas e administração de vigorosos “estímulos elétricos”. Começa a surgir aqui não só um tipo

de tratamento que ficou disseminado décadas depois, o conhecido “*rest cure*”, mas outro, considerado bastante importante devido à sua eficácia daqui em diante: as “torturas elétricas”. Nesse livro, Mitchell desenvolveu os elementos centrais do que ficaria conhecido, posteriormente, como “cura pelo descanso”. Os pilares desse tratamento (massagens, estímulos elétricos, alimentação específica e descanso na cama) foram desenvolvidos, então, com os soldados enviados ao Turner’s Lane Hospital, na Filadélfia, organizado pelo general William Hammond, para receber casos de coração irritável, entre outras condições complexas, como a dos combatentes que ainda continuavam a “sentir” os seus membros amputados.

Um dos principais pontos do protocolo de Mitchell era a necessidade de distinção dos pacientes “reais” daqueles que simulavam doenças. É importante saber, como o próprio Mitchell ressalta nesse livro, que os combatentes estavam sofrendo de doenças que nunca haviam sido registradas na história médica, “estranhas à observação mesmo dos cirurgiões cuja experiência era a mais completa e extensa” (Mitchell, Morehouse, Keen, 1864a, p.10). Ele considera: “Nunca antes na história médica havia sido coletado para estudo e tratamento tão notável série de lesões dos nervos” (p.9-10). Tornou-se cada vez mais difícil descrever, em termos conhecidos, exatamente o que os doentes estavam sentindo, posto que os próprios vocabulários etiológicos disponíveis, simplesmente, não podiam dar sentido àquelas coisas que pareciam desarticuladas tanto para o médico quanto para o paciente. A opção que restou, então, foi a invenção.

As dores dos soldados lesionados não eram aquelas encontradas na prática civil, conta Mitchell. Eram tanto sentidas, quanto resistidas, distintamente. Partindo-se do pressuposto de que os estados mórbidos, as dores e aflições humanas são subjetivas, não há possibilidade de se saber “o que” os soldados sentiam naquela época. Mas se seguirmos a opinião de Morris (1991) de que as dores são sempre interpretadas dentro dos sistemas formais e informais de pensamento, isto é, são sempre dotadas de um significado próprio de um tempo, é possível dizer que Mitchell e os seus pacientes deveriam inventar um modo próprio de sofrimento e uma explicação plausível para ele. Assim sendo, se o sentido do sofrimento dos soldados ainda não havia recebido uma taxonomia científica “precisa”, “definida”, era uma parte da tarefa dos médicos da Guerra Civil, portanto, criar um sistema de significados com os quais os médicos e os pacientes pudessem interpretar suas doenças e os seus respectivos papéis no tratamento.

Mesmo disposto a legitimar os sofrimentos dos seus pacientes, Mitchell não fugia à ideia de que era preciso “investigar” quando e de que forma os sintomas de dor estavam sendo exagerados, quadro ao qual deu o nome de “histeria”.⁷ É nesse sentido que se pode dizer, como afirmou Dean (1997, p.120), que o médico da guerra civil era um detetive e, portanto, a sua função era detectar as fraudes e as engenhosidades dos “malandros”.

O general Joseph K. Barnes, por exemplo, declarou que, antes de ser iniciada uma marcha rumo ao combate, o cirurgião era chamado para fazer exames cuidadosos e rígidos. O aviso de que uma batalha fosse começar era condição suficiente para que os soldados comessem a simular doenças. Ele registra: “O efeito aterrorizador de uma potencial batalha faz com que homens que nunca haviam mancado antes, manquem, e soldados, considerados bons até aqui, façam esforço para escapar [dos exames cuidadosos]” (US Government, 1870, p.911).

Com o mesmo espírito de Barnes, o médico-cirurgião Roberts Bartholow (1863) – que estava servindo no Exército americano desde 1855 – dedica-se em *A manual of instructions for*

enlisting and discharging soldiers, aos fatores que contribuíam para a resistência dos homens às doenças. “[C]om especial referência ao exame médico de recrutas e à detecção de doenças fingidas e desqualificantes”, acrescenta o subtítulo do trabalho.

Em 1867, ele escreve *Sanitary memoirs of the War of the Rebellion*, no qual afirma que fatores como aptidão e resistência às doenças eram compostos por traços morais, mentais e físicos. Ele cita quatro grupos de fatores principais: (1) as influências que foram adquiridas anteriormente ao alistamento; (2) as causas que afetavam a produção de histamina (posteriormente ao alistamento); (3) as causas que afetavam a histamina durante o seu serviço ativo; e, por último, (4) as causas morais, como fingimento, deserção, nostalgia etc. em operação durante todo o período.

Ele abre o capítulo diferenciando as raças que compunham as tropas americanas: americanos, celtas, teutônicos, negros e hispano-americanos do Novo México, organizados hierarquicamente (Bartholow, 1867, p.4). O termo “americano” se aplicava à composição de raças que habitam o continente, mas sem contar os aborígenes.

As características mentais requisitadas aos americanos para o serviço militar consistiam em espírito de empreendimento e em firmeza intelectual, que os deixavam superiores à fadiga. Além desses atributos, a vaidade nacional e o amor à popularidade, segundo Bartholow (1867, p.4), tinham muito a contribuir na formação de tais qualidades militares. A qualidade física deles não era tanto o resultado de seu aspecto muscular ou de sua altura, mas, como Bartholow salienta, da firmeza de sua fibra muscular e da mobilidade de sua gordura intersticial. Essas, sim, propiciavam-lhes a atividade e os movimentos indispensáveis. Na ativa, geralmente o soldado americano sofria mais de defeitos do seu aparelho digestivo do que da falta de poder devido ao desenvolvimento físico imperfeito.

As raças celtas possuíam qualidades semelhantes, embora tivessem menos tenacidade de propósito e dureza mental. Por sofrer principalmente de defeitos morais, muitos soldados eram mercenários e não exibiam o mesmo zelo, energia e poder de resistência, afirmou Bartholow. Além disso, eles se submetiam com menos paciência aos requerimentos da disciplina do que os americanos. Frequentemente, eram turbulentos sob dificuldades e dados à reclamação com relação às rações e tarefas cansativas. Por fim, Bartholow informa que os trabalhadores irlandeses eram especialmente notórios devido ao seu desprezo aos afazeres mais fatigantes.

A capacidade física do alemão não poderia ser igualada à capacidade física do americano ou do celta. Existiam certos defeitos de estrutura, comuns em maior ou menor extensão em todos os alemães, que dificultavam o seu poder de resistência. Possuíam, principalmente, temperamento linfático e fraqueza bastante incomum dos órgãos abdominais, pés chatos e tendência a uma condição varicosa das veias das extremidades inferiores.

Já o negro possuía as “qualidades físicas pertencentes ao soldado do mais alto tipo”, muito embora fosse, “inquestionavelmente, menos resistente do que o soldado branco, menos ativo, vigilante e empreendedor, e mais dado a se fazer de doente” (Bartholow, 1867, p.5). Bartholow diferenciava-o do mulato e, em relação a este último tinha esta opinião: “é mais débil do que o negro” (p.5). Havia também uma correspondência entre peso e altura, tórax amplo e considerável poder de resistência. Seus principais defeitos físicos são menores, embora possuísse pés ruins e uma propensão às doenças dos órgãos pulmonares. Tendo a faculdade

da imitação altamente desenvolvida, os negros prontamente se adequavam ao treinamento mecânico do soldado.

Encontravam-se, por último, os hispano-americanos do Novo México. Esse grupo era marcado pelas constituições fracas, pela caquexia sifilítica, visão não pareada, deformidades nas mãos e nos pés, doenças dos órgãos urinários. Em consequência de um temperamento muito mercurial, Bartholow (1867, p.5) salienta, eles também eram covardes, incertos e difíceis de controlar.

Bartholow (1867) confessou que não era fácil determinar as condições físicas, os temperamentos, a influência da vontade, as qualidades morais e o poder de resistência. Provavelmente, afirmou, os de cabelos loiros e olhos azuis são mais suscetíveis à influência da malária, às doenças do baço e à degeneração albuminoidal dos órgãos. Os negros às doenças do fígado, à disenteria e à pneumonia. Para ele, fatores de ordem moral, como covardia, fraqueza da vontade, nostalgia e fingir-se de doente afetavam a produção de histamina física do soldado. Enfim, a covardia encontrava a sua expressão no fingimento, na fraqueza da vontade e na nostalgia, mas a relação imediata não era demonstrável.

Condições de possibilidades técnicas e teóricas para o estudo do coração irritável

O que levava o médico a desconfiar de que não havia um motivo “verdadeiro” para os pacientes se queixarem? O campo epistêmico no qual a comunidade médica americana estava inserida certamente foi um fator importante. Uma das lentes através das quais a ciência médica analisava nesse tempo – além dos resquícios da tradição humoralista e dos valores ético-morais típicos do século XIX – era a anatomopatologia, borbulhante, desde o início do século, nos centros de autópsia da Europa. Ao mesmo tempo em que as ideias da anatomopatologia mescladas aos valores morais novecentistas possibilitavam a existência de médicos como Roberts Bartholow, por outro lado, aos poucos, permitiam emergir outro tipo de olhar médico, mais para o lado da “ciência” do que da moral, como veremos em Jacob Da Costa.

Quanto a essa “lente”, destacam-se dois aspectos: (1) o objetivo do anatomista era revelar a natureza intrínseca da doença; (2) a anatomia patológica era a base do pensamento médico do século XIX. Foi a partir disso, portanto, que o exame físico se tornou a pedra fundamental do diagnóstico clínico e transformou a relação médico/paciente.

Lawrence (1985) destaca a importância que o papel de conceito de lesão assumiu no processo de construção do olhar médico sobre as doenças cardíacas, visto que se tornou o ponto comum sobre o qual repousaram, hegemonicamente, as teorias médicas dessa época. Embora fossem subdivididas nos grupos das doenças orgânicas e no das doenças funcionais, é importante destacar a constante preocupação com a lesão, verificada nos artigos médicos.

Em sua análise da virada epistêmica ocorrida nos primeiros anos do século XX, com a emergência da “nova cardiologia” (proporcionada pelas novas descobertas da fisiologia experimental), Lawrence torna patente o que estava em questão nos tratados médicos sobre o coração irritável, qual seja, a ideia de que toda doença possui uma sede, e essa sede é a lesão, a lesão interna. Desse modo, enquanto na nova cardiologia se privilegiava a dimensão da função cardíaca em si, na cardiologia do século XIX só fazia sentido pensar a função em

termos de “lesão”, manifestada no nível dos tecidos em curto ou longo prazo. O pano de fundo, evidentemente, era o paradigma morgagniano.

Esse paradigma dominante entre os médicos da Guerra Civil possibilitou que algumas tecnologias se tornassem indispensáveis à prática diária do médico, como o estetoscópio. O estetoscópio, aí, não poderia ser mais apropriado, visto que o desejo de encontrar a lesão subjacente à doença passou a ser, então, possível de ser realizado. Ele era a tecnologia que tornara possível acessar em vida a sede da doença, isto é, a lesão interna.

Reiser (1978, p.29) afirma que a auscultação feita com o estetoscópio reverberou na clínica com intensidade entre 1820 e 1850, período em que ocorreram intensos debates nas sociedades médicas anglo-americanas. Não foi à toa que o estetoscópio passou a ocupar um lugar importante na avaliação física dos pacientes, já que existia uma correspondência entre os sons vindos do coração e as lesões visíveis na autópsia. Como escreveu Forbes, (1821, p.xiv, citado em Reiser, 1978, p.30), “existe uma janela no peito através da qual podemos ver o estado preciso das coisas internas”.

“De agora em diante, os sintomas tinham de ser interpretados como disfunções anatômicas e fisiológicas” (Reiser, 1978, p.38), não sendo sem motivo que o próprio René Théophile Hyacinthe Lannec (1781-1826) já havia exaltado o valor do diagnóstico através de sua invenção, já que poderia demonstrar *in vivo* – através dos sons cardíacos – as lesões anatômicas observadas no cadáver (p.29).

A força da visão da anatomia patológica aplicada às doenças do coração é encontrada em 1871, quando Edward Clarke (1820-1877), dissertando sobre as regras pelas quais a medicina americana se deveria pautar, destacou o uso do estetoscópio. Segundo ele, esse instrumento teve o mérito de ter causado uma verdadeira revolução no estudo e na terapêutica das afecções do peito (Clarke, 1871, p.33). Era, de fato, o que havia de mais moderno em termos de tecnologia médica. A importância desse instrumento estava também no fato de ele proporcionar um diagnóstico mais preciso da síndrome que havia provocado um alarde entre os soldados da guerra de 1861 a 1865 e na população civil, estando a causa de seus sintomas, apontava ele, no “esforço prolongado e violento”: o coração irritável (p.34).

Apesar de as principais hipóteses sobre a síndrome do coração irritável terem emergido, principalmente, após os primeiros meses da Guerra Civil Americana, é importante observar que, décadas antes, médicos eminentes já haviam tratado do assunto. Apesar de estarmos privilegiando os anos 1860, acreditamos que, para se entender o “tom” do texto dos estudos sobre o coração irritável, devemos pontuar, ainda que brevemente, o que tais estudiosos das afecções do peito falaram anteriormente a respeito do assunto.

Jean Nicolas-Corvisart (1755-1821), médico francês e um dos mestres de René Laënnec, já dera grandes contribuições ao assunto, tornando-se referência importante no campo. Ao observar pacientes com palpitações “vindo do nada” e crises de sensação de morte iminente, Corvisart atentou para o coração dos seus pacientes, da mesma forma que os médicos dos anos 1860. Não é à toa que uma das grandes contribuições de Corvisart foi justamente ter destacado a importância da técnica de percussão desenvolvida primeiramente por Joseph Leopold Auenbrugger (1722-1809) em seu *Inventum novum*, no fim do século XVIII. Vale destacar que o *Inventum novum* foi escrito no mesmo ano que o clássico de Morgagni sobre

a importância de se encontrar uma lesão orgânica para cada doença. Auenbrugger estava inspirado pelo mesmo ideal e, nesse livro, dá uma descrição de sua técnica denominada percussão imediata, que consistia em colocar o ouvido diretamente no peito do paciente, com o objetivo de escutar os sons cardíacos.

Mas a originalidade de Corvisart se deu não tanto por sua ênfase na auscultação imediata, mas, principalmente, pelas distinções que realizou entre distúrbios pulmonares e cardíacos, delimitando, também, as diferenças entre doenças cardíacas funcionais e orgânicas. O seu texto *Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux*, de 1806, dá grande destaque à técnica de percussão e promove uma discussão sobre as palpitações, distinguindo os sintomas de doenças cardíacas de outras naturezas. Ele enfatiza a influência “simpática” de um órgão sobre outro, embora acreditasse que a “teoria das simpatias” fosse indevidamente utilizada no lugar do conhecimento acurado.

Não é demais dizer que Corvisart estava entre o grupo cada vez mais crescente de médicos que integravam o pensamento anatômico em sua prática. No início do livro, ele questiona por que razão os médicos não davam atenção ao aprendizado da patologia no tratamento das doenças, não deixando quaisquer dúvidas sobre a influência que ele, no começo do século XIX, recebia de Morgagni. O problema estava na falta de conhecimento de anatomia. “Abstendo-se de encontrar, cuidadosamente, no corpo morto, os erros que sua ignorância de anatomia os fazia cometer”, afirmou Corvisart (1806, p.15), os médicos diagnosticavam mal os seus pacientes, os tratavam como se tivessem doenças diferentes, prescrevendo terapias inúteis ou perigosas.

Ele escreve sobre os vários tipos de palpitações, diferenciando aquelas que eram causadas pelas afecções morais, por exercícios violentos ou, ainda, outras que eram consequência de certos obstáculos à circulação. Além dessas, existiam os batimentos convulsivos, tumultuosos, com ruído, oriundos de um coração atacado por aneurisma ativo (hipertrofia), e aquelas produzidas pelo tremor de um coração privado de sangue depois de hemorragias continuadas e profundas (Corvisart, 1806, p.329).

Ainda que Corvisart estivesse imbuído do pensamento morgagniano, deve-se fazer uma ressalva, pois ele reconheceu que, mesmo um conhecimento de anatomia preciso não poderia prevenir os erros mais graves de tratamento. O médico ainda se via diante do problema de entender os sintomas exibidos na beira da cama do paciente. Aqui estava a maior questão: “os movimentos que são produzidos dentro das vísceras e que estão, consequentemente, fora do alcance de nossos sentidos”, faziam com que os médicos não pudessem averiguar “a fundação ‘secreta’ das doenças orgânicas” (Corvisart, 1806, p.284; destaque no original).

Foi Laënnec (1819, p.361), exatamente dez anos depois desse ensaio, que possibilitaria o acesso à “essência” das doenças. Laënnec também estava influenciado pela ideia de que um órgão poderia irritar outro. Em seu clássico tratado *De l'auscultation mediate*, publicado em Paris em 1819, ele apresenta o estetoscópio e a aplicação da auscultação no diagnóstico das doenças pulmonares e, em menor extensão, das doenças cardíacas. Em 1819, ele afirma que a palpitação era “todo batimento do coração que é sensível e desprazeroso ao indivíduo e, ao mesmo tempo, mais frequente do que natural”. Assim, as irregularidades da ação cardíaca poderiam ocorrer sem palpitação. Para ele, o mero exame do pulso era insuficiente para

informar ao médico o verdadeiro estado da circulação, e propôs, então, o uso do estetoscópio para relacionar a força ou a energia da contração ventricular esquerda à força do pulso.

A revolução de Laënnec se propagou entre os continentes e ao longo do tempo, de modo que, em 1862, Alfred Stillé (1813-1900), médico do Hospital da Filadélfia, consagrado por sua contribuição durante a guerra, dissertou sobre a importância da auscultação e das novas tecnologias da medicina novecentista. Stillé (1863, p.11) tinha certo desconforto com o atraso da prática médica na Filadélfia, que havia ficado indiferente aos avanços da pesquisa experimental e clínica numa época “em que a física é aplicada à medicina, à auscultação, à percussão, e os seus métodos de investigação, microscópico, químico e fisiológico, permitem que os fenômenos da vida e da doença estejam abertos aos sentidos”.

Segundo ele, os soldados atribuíam os seus sintomas aos equipamentos carregados nas costas “ou diretamente por suas contusões nas costas ao marcharem, ou indiretamente pela perspiração dessa parte, com o vento soprando nelas após a retirada do equipamento ... ou à marcha rápida e prolongada” (Stillé, 1863, p.18). Mas eles estavam errados, diria Stillé, de acordo com quem, a condição desses soldados não era orgânica, pois não estava associada nem a sopros nem à hipertrofia. Tratava-se de um estado de extrema exaustão, causada por debilidade muscular do coração.

Os artigos que começavam a surgir nos jornais médicos sempre apresentavam o mesmo curso: no princípio, febre ou diarreia, e, logo, começavam as crises de palpitação. As crises cardíacas poderiam começar subitamente, sem o sinal de qualquer sintoma anterior. Do outro lado do oceano aventaram a hipótese de que a causa dessa perturbação cardíaca estava nos seus equipamentos pesados.

Embora os soldados atribuíssem, geralmente, as suas próprias condições a outros fatores além dos equipamentos, como ao longo tempo de marcha, à debilitação geral provocada pelas diarreias constantes e às friagens severas, à alimentação inadequada, à falta de sono e às dificuldades de combate, médicos, como o militar britânico Arthur B.R. Myers (1870, p.87), consideravam a obstrução da circulação sanguínea, causada pelas roupas e por equipamentos apertados, a causa principal de tais afecções cardíacas.

O peso legítimo: as mochilas como fatores etiológicos da irritabilidade cardíaca britânica

Em 1864, o governo britânico se interessou pelo “mal cardíaco” que assolava as tropas acantonadas em território estrangeiro. Então, foi criada uma comissão para investigar a causa do mal mencionado. O general William Campbell Maclean, em *The Army medical report* (1864), trabalha com a noção de ação desordenada do coração, cuja causa seria de natureza funcional, descartada uma causa orgânica. Ora, mais uma vez reafirmamos que, no estágio científico da época, não havia a noção de psicogênese. Perfilando-se na corrente defensora de uma causa funcional, Maclean não poderia mencionar o pavor das tropas envolvidas nas guerras levadas a cabo pelo Império Britânico. Daí porque o principal fator causal apontado foi o peso. Maclean referia-se aos “apetrechos” que os soldados eram obrigados a carregar nas costas durante as longas marchas, a saber: relógio, casaco de campanha, cantil, munição, quepes, mochila, baioneta, rifle, comida para três dias e manta.

Em 1867, analisando 5.500 registros de soldados dispensados no período 1863-1866, Maclean (1867) expôs alguns dados brutos no *British Medical Journal*. Sete por cento das doenças (492 casos) eram cardíacas, responsáveis por 463 dispensas.⁸ Maclean não encontrou nas listas médico-militares um enquadramento coerente com a noção de causa funcional. Assim, embora o peso do material não trouxesse nenhum dano visível para as válvulas, Maclean enquadrava os casos por ele tratados na categoria de “casos de doença-valvular”. Mas por que, se “doença valvular” está inserida na categoria de doenças orgânicas? A resposta foi fácil. Maclean escreveu que as nomenclaturas do serviço militar não tinham um nome que incluísse os sintomas cardíacos tipicamente enquadrados na categoria de coração irritável, daí a escolha pela categoria de doença valvular.

Outro médico britânico, Arthur B.R. Myers (1870), deu prosseguimento à “linha de pesquisa” iniciada por Maclean. Em 1870, Myers apresenta extensa pesquisa das síndromes cardíacas (de causas orgânicas) no Hospital Militar de Netley, cidade na região de Hampshire, classificando-as como: (1) doença valvular; (2) doença cardíaca hipertrófica; (3) aneurisma. Trabalhando com a mesma categoria de ação desordenada do coração, Myers partilha da opinião de Maclean, contrária à existência de uma causa orgânica. Assim, Myers sustentou que a síndrome era provocada pela combinação do uniforme com os equipamentos, agravada pelo ambiente, obstruindo a circulação sanguínea devido à pressão sobre o tórax. Myers resume: inicialmente, ocorre o aumento da pressão sobre o coração, nele causando ação violenta e desordenada, e, por sua vez, impossibilitando a execução da tarefa por parte do soldado. Myers raciocina: num homem mais forte, a pressão deveria agir durante um período mais longo, resultando na hipertrofia do ventrículo esquerdo.

Os termos utilizados para descrever a ação do coração eram dois: “irritabilidade” e “excitabilidade”. O esfigmomanômetro que, segundo Wooley (2002), teria sido a primeira aplicação da tecnologia nos debates sobre síndromes funcionais do coração, para Myers (1870), era indispensável na detecção da doença. Os temas presentes tanto nos trabalhos de Maclean, quanto no de Myers, eram semelhantes: materiais, peso, desenho e a durabilidade do uniforme, equipamentos apertados, efeitos do exercício, postura e manutenção sem movimento enquanto carregavam a mochila, marcha, efeitos do calor e do frio, desidratação. Todos esses fatores contribuíam para o surgimento de uma doença cardíaca.

Em seu livro *On the etiology and prevalence of diseases of the heart among soldiers*, Myers (1870) mostrou que havia diferenças etiológicas nos problemas cardíacos em soldados e na população civil. No primeiro grupo, a incidência estava muito mais associada às causas conhecidas, como o reumatismo, a doença de Bright e o trabalho manual “violento”. Já nos soldados, o raciocínio de Myers é o mesmo de Maclean: as principais causas são o uniforme, a mochila e os equipamentos.

A preocupação com a diferenciação entre doença funcional e orgânica continua. A funcional era mais prevalente nas tropas que haviam estado na Índia, atribuindo-se esse fato principalmente ao forte calor da região. Ele observou que os soldados se sentiam perfeitamente bem antes de deixar seu país, não tendo qualquer sensação de desconforto em seu peito. Quando, porém, colocavam o uniforme e os apetrechos e começavam a marchar, os sintomas ocorriam com mais ou menos violência, sempre acompanhados de sensação de aperto no peito, dificuldade para respirar, tonteados e zumbidos no ouvido (Myers, 1870, p.29).

Jacob Mendez Da Costa e a legitimidade da síndrome do coração irritável

O respeitado médico da Filadélfia Jacob Da Costa se pronunciou sobre o exagero da reclamação de seus pacientes quanto ao peso de seus equipamentos. Em 1871, disparou: os soldados “[n]ão são mais como os exércitos antigos, ... como os romanos que tinham de carregar um peso esmagador” (Da Costa, 1871, p.38). Suas hipóteses, portanto, distinguiram-se das britânicas não só por sua discordância quanto à importância do peso das mochilas, mas também pelo fato de que suas pesquisas são distantes do registro em que outros médicos se inserem.

Desse modo, há um ponto de ruptura, apontado pelo estudo de Wooley (2002), entre as formulações de Da Costa e as apresentadas anteriormente. Conforme aponta o autor, uma das possíveis razões dessa diferença residiria em sua destreza enquanto clínico. Mesmo tendo publicado as suas primeiras observações em relato preliminar ao Departamento de Guerra em 1862, esperou até 1871 para publicar seu trabalho definitivo, “On irritable heart”. Tencionava, portanto, fornecer uma contribuição consistente, estudar sua casuística durante vários anos após o primeiro atendimento e, enfim, criar ideias articuladas com outras contemporâneas sobre o que poderia ser aquilo que acometia os combatentes que chegavam ao hospital.

Em consonância com o argumento de Wooley estão os próprios dados biográficos de Da Costa, principalmente os relativos à sua formação de médico. Seu destaque se deveu fundamentalmente a sua educação clássica, recebida na Europa, e ao treinamento, enquanto patologista e internista, em Paris, Praga e Viena, tendo sido aluno, nos anos 1850, de eminentes nomes da medicina, como Claude Bernard (1813-1878), Paul Broca (1824-1880), Armand Trousseau (1801-1867) e Aristide Verneuil (1823-1895).

É importante apontar, entretanto, para além das diferenças. Na verdade, existem diversos pontos em comum entre a medicina militar norte-americana (representada aqui por Da Costa) e a britânica. Da Costa, assim como Maclean ou Myers, perfila no rol de médicos que, conforme destaca Long (2004, p.35), foram responsáveis por criar o que deveria ser entendido como uma doença socialmente aceitável nas guerras da segunda metade do século XIX (da Crimeia e norte-americana). Desse modo, como as doenças ainda “sem forma” estavam sendo moldadas nesse período, os discursos desses médicos ajudaram a transformar uma sintomatologia “obscura”, passível de ser julgada moralmente, em algo compreensível e tratável, aceita como patologia, bem como passível de ser vivenciada como tal pelos próprios pacientes.

Portanto, da mesma forma que os médicos militares britânicos buscavam legitimar o sofrimento dos soldados por meio da hipótese do peso das mochilas, Da Costa buscou legitimar – recorrendo a outras construções teóricas médicas do século XIX – os sintomas apresentados por seus pacientes. Em seu trabalho sobre o “coração de soldado”, Lawrence fornece o registro de Allbutt sobre a questão: “Nossos pais ... forneceram uma ampla coleção de fatos da anatomia mórbida que tornou a matéria mais fácil. ... Quando eles a introduziram nas doenças das válvulas e nas lesões de sua substância, suas dificuldades foram quase totalmente solucionadas. O paciente está morto, aqui está a lesão que causou sua morte. O que mais importa?” (citado em Lawrence, 1985, p.7).

Chamamos a atenção, portanto, não para as divergências entre a medicina militar norte-americana e a britânica, mas para o denominador comum às duas, qual seja, o fato de que

ambas as construções teóricas buscaram legitimar o sofrimento dos soldados através da procura de sinais clínicos de ordem somática. É preciso destacar que, por mais que tais sinais fossem designados como de ordem funcional, o processo patológico de ordem orgânica estava implícito, uma vez que prediziam alterações estruturais, em longo prazo, ao nível dos órgãos e dos tecidos. Dadas as condições moralistas da época, que reduziam o sofrimento dos soldados a mera covardia, a criação da nova taxonomia de Da Costa, ainda que marcada pelo reducionismo do mal à mera disfunção cardíaca (desordem funcional), constituiu-se em avanço quando comparada a hipóteses como as já apresentadas de Roberts Bartholow e Edward Dunster.

Wooley (2002) destaca ainda que os escritos de Da Costa são importantes, pois resultam num *corpus* coerente, assimilando o melhor das disciplinas descritivas, dedutivas e analíticas da era do diagnóstico físico. Ele ressalta seu artigo “On irritable heart”, considerado um marco no estudo das doenças cardiovasculares e uma tentativa importante de iluminar o reino obscuro das doenças funcionais. Já Jarcho (1959) destaca a relevância desse mesmo artigo sob o viés histórico, enfatizando que ele é um bom exemplo da forma como eram conduzidas as pesquisas clínicas no século XIX, pautadas, predominantemente, por métodos simples de exame físico, pelo histórico do paciente e sem o recurso laboratorial.

O coração irritável foi mencionado pela primeira vez no livro *Medical diagnosis*, publicado em 1864 (Da Costa, 1864). Sua primeira edição é dividida em seções voltadas para os sinais e sintomas pertinentes a cada seção particular. Os sintomas cardíacos eram divididos em duas categorias: gerais e locais. Sintomas gerais eram edemas generalizados, sendo efeitos de um desarranjo da circulação. Já os sintomas locais eram aqueles diretamente relacionados ao coração (dor e palpitação).

Para Da Costa, as doenças orgânicas do coração eram classificadas sobre uma base estrutural adicionada aos seus sinais patológicos. Por exemplo, uma lesão que afetava as paredes do coração, produzindo inflamação das membranas cardíacas, das válvulas ou do pericárdio. Por outro lado, caso não fosse possível encontrar nenhuma alteração estrutural subjacente aos sintomas, tal doença seria enquadrada como síndrome funcional cardíaca. Em outros termos, às palpitações que não estivessem associadas a uma lesão era associado um mecanismo somático funcional do coração.

Em 1867, Da Costa estende suas conclusões à população civil e mais tarde (1878) afirma que tal doença havia tomado proporções inéditas. Os acometidos de tal inquietude cardíaca apresentavam ataques periódicos, embora repentinos, e que podiam durar horas. Os ataques eram “causados por qualquer esforço e podiam ser tão violentos que os pacientes caíam desmaiados no chão”, escreveu Da Costa (1871, p.22). Os sintomas característicos eram palpitações de diversos graus e frequências, dores na região torácica, elevado batimento cardíaco (de 100 a 140 batimentos por minuto), falta de ar, sensação de opressão sob esforço, dores de cabeça, tonteira, perturbações do sono e do descanso, pesadelos. Tais sintomas não constituíam uma doença moral (Da Costa, 1867, 1871, 1878). A preocupação de Da Costa se restringia a questionar como a doença surgia a partir da exaustão e como poderia produzir alterações orgânicas no coração, caso não fosse tratada.

Entre as causas da síndrome também figuravam outros fatores, tais como “irregularidade ou excesso na comida ou na bebida, distúrbios sexuais, compromissos matrimoniais longos,

abuso de chá, café ou tabaco” (Da Costa, 1878, p.9). Qualquer fonte de irritabilidade nervosa poderia produzir o coração irritável. Não era uma questão da vontade ou do intelecto tampouco uma doença de ordem mental. O que estava em discussão era um músculo sensível, fraco, que, munido de um mecanismo de bombeamento, mantinha ativa a circulação do sangue e poderia ser sobrecarregado como qualquer máquina do século XIX.

Dos trezentos soldados jovens que Da Costa examinou no Turner’s Lane Hospital, duzentos tinham a síndrome do coração irritável. Vale destacar o comentário feito por Jarcho (1959), segundo o qual a atitude do Departamento de Guerra americano de concentrar maciçamente soldados com os mesmos sintomas de palpitações nesse hospital possibilitou a Da Costa a formação rápida da síntese do referido quadro.

Para Da Costa, a maior parte dos casos já havia apresentado diarreia crônica e vinha de longas marchas. Com o termo “irritável”, seguia uma tradição que explicava as doenças como consequência da irritação dos nervos. No caso da síndrome do coração, ocorria uma hiperestesia das fibras nervosas sensoriais (Da Costa, 1878), constituindo, portanto, uma neurose cardíaca. Ele explica: “Parece mais provável que centros nervosos específicos, próximos à base do coração, que são responsáveis pelos movimentos rítmicos normais do órgão, são estimulados e, considerando a conexão íntima desses gânglios com o simpático, temos a explicação do modo como sua função pode ser estimulada através da irritação refletida a eles” (Da Costa, 1871, p.40).

Considerações finais

As hipóteses sobre o coração irritável têm lugar em contexto no qual os médicos discutiam as patologias sob a perspectiva da anatomia patológica. Desse modo, cabe interpretar a condição de possibilidade da afirmação de Da Costa (1871, p.18) de que “o conhecimento acurado das doenças do coração pertence aos nossos tempos” não só em vista de seu conhecimento enquanto médico, mas em virtude de sua “prontidão” (Fleck, 1979) enquanto internista formado nos moldes do pensamento médico novecentista. Por sua vez, esse ambiente inclui não só o fisicalismo da anatomopatologia, mas também, conforme apontou Kugelmann (2009), as narrativas sobre disposição hereditária à doença, moral e masculinidade, o que conferiu ao estatuto da síndrome do coração irritável um lugar de fronteira entre o discurso médico e o moralista.

Em outros termos, ora o coração perturbado foi definido por teorias médicas (com sua busca da prova da doença, isto é, o substrato anatômico), ora pelos valores morais novecentistas, o que possibilitou a emergência de uma doença cuja marca central não pode ser reduzida às descrições clínicas objetivas, já que oscilava constantemente entre a carne, a coragem e a covardia.

A partir de Da Costa e de outros médicos, no entanto, o soldado acometido da síndrome do coração irritável poderia sair do rol dos efeminados ou dos “*malingerers*”. O coração irritável, assim como diversas doenças do fim de século supostamente condenáveis sob os aspectos morais da época, ganhou *status* de maior cientificidade quando foi rotulado como sendo de natureza funcional. Esse processo de somatização especulativa, conforme a definição de Rosenberg (2006), possibilitou aos combatentes livrar-se da acusação de covardia, posto que

o que estava em pauta não era mais o caráter pessoal ou uma suposta falta de patriotismo dos soldados, mas as resistências elásticas do coração, uma bomba irritada.

Cabe notar outro fator, analisado também por Rosenberg (2002), inserido nesse contexto abrangente da medicina, qual seja, o da transformação de uma concepção mais fluida, da particularidade do indivíduo, para uma concepção mais generalista, proporcionada pela anatomia patológica, como também por outros dispositivos (como a invenção do estetoscópio) que possibilitaram cada vez mais a objetivação de uma experiência subjetiva da doença.

Desse modo, a rigor, o coração irritável insere-se num período de mudança de uma concepção mais dinâmica do diagnóstico para uma concepção ontológica do diagnóstico, período que antecedeu a emergência da “nova cardiologia”, ocorrida somente na primeira década do século XX. Antes da emergência dessa “nova cardiologia”, as doenças cardíacas no século XIX eram visualizadas justamente segundo o paradigma da anatomia patológica, conforme vemos em Lawrence (1985, p.12): “[D]a velha perspectiva cardiológica, um médico abordava um paciente que tinha uma ‘doença’ ... A habilidade do médico estava no diagnóstico da ‘doença’, que mostrava os sinais aproximados de uma história natural ideal.” Adiante, referindo-se à mudança proporcionada pela “nova cardiologia”, completa: “houve, portanto, uma virada da anatomia patológica à patofisiologia e de um conceito de doença ontológico para um fisiológico” (p.12).

Ainda com Rosenberg, é importante observar que à medida que se considera a doença uma entidade abstrata – existindo a despeito dos indivíduos – e que o diagnóstico aponte cada vez mais para uma especificidade física, confere-se à concepção de doença uma dimensão mais ontológica. Por sua vez, uma das consequências mais imediatas desse processo é que, se a doença pode ser considerada uma entidade a despeito dos indivíduos, cada vez mais interessa chegar perto desse mecanismo etiológico, desse agente causal, ao qual podemos atribuir uma relação entre ele e a manifestação sintomática.

Com esse espírito de abordagem à doença, reducionista, determinista e mecanicista, pode-se fazer, como Rosenberg apontou (2006, p.415; destaque no original), “uma filiação entre a neurastenia, a concussão espinhal, o coração de soldado e o ‘*shell-shock*’, numa tradição clínica que ligava conjuntos específicos de sintomas comportamentais e emocionais ... [a um] um mecanismo físico ... legitimador”. Nessa esteira de categorias, certamente inserem-se não só a síndrome ora aqui analisada (coração irritável), como também algumas encontradas no ambiente médico contemporâneo, tal como a síndrome do pânico e a do estresse pós-traumático, cuja equivalência à síndrome do coração irritável foi preliminarmente contestada neste artigo.

Desse modo, se é verdade que hoje há maior possibilidade de acesso ao interior do corpo, também é verdadeiro o fato de que as disputas pela legitimidade das doenças não terminaram, a despeito do avanço técnico. A questão “o que é doença?” torna-se, portanto, bastante pertinente no debate atual, já que, uma vez que consideramos o diagnóstico uma construção social, ou o produto de um determinado enquadramento sociocultural, significa que ele tem uma função articulada numa sociedade, sendo necessário acompanhar os diversos atores nessa sociedade para descobrir a sua função.

Diante disso, poderíamos equivaler síndromes descritas pela nosologia psiquiátrica atual com o coração irritável, um diagnóstico construído na segunda metade do século XIX?

A presente análise aponta para as dificuldades conceituais encontradas em tais comparações, ainda que trabalhos no sentido específico de acompanhar quais são as funções desses diagnósticos na contemporaneidade não tenham sido realizados.⁹ É, portanto, a cultura que atua como o fator decisivo para legitimar a definição do que seja doença, conforme bem analisa Shorter (1992), na medida em que os sintomas “legítimos” das doenças são aqueles em se pode achar uma base orgânica subjacente em cada época.

Se hoje temos o cérebro, legitimando o direito de estar doente por medo e de ser categorizado com a “síndrome do pânico”, na segunda metade do século XIX havia o coração. Cada um dos órgãos, nos diferentes tempos, assumiu um papel relevante no discurso médico e na maneira como os pacientes vivenciaram a experiência de estar “doente por” medo. Nos dois contextos, foi a pressuposição de um dado somático que legitimou, dentro de cada circunstância, o sofrimento dos que padeciam das “palpitações”.

NOTAS

* Artigo baseado na dissertação *Narrativas médicas do medo: do coração ao cérebro*, defendida em 2012 no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com bolsa de mestrado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

¹ Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

² O mundo do século XIX está intensamente interligado. Com os novos meios de transporte, como a ferrovia e a navegação, é possível cruzar o oceano Atlântico em semanas, em vez de meses, como no século anterior. Além do transporte, é possível transmitir informações ao redor do mundo em questão de horas através do telégrafo elétrico. É importante ressaltar que a construção da malha ferroviária foi um dos marcos mais importantes de modulação da subjetividade desse período. Schivelbusch (1980) aponta que a possibilidade de se andar de trens catalisou mudanças dramáticas no modo de vida das sociedades industrializadas, alterando profundamente a percepção das pessoas no que se refere a noções de espaço, de tempo, além de ter sido determinante no modo como as pessoas passaram até a sofrer de determinadas patologias. Para esse assunto, ver nota 5, adiante.

³ Uma unidade de medida em milha é equivalente a aproximadamente 1,61km. Em números aproximados, 9.318 milhas equivalem a 14.000km; 725 milhas a 1.160km.

⁴ A questão “o que é doença?” foi, e continua sendo, o centro de vigorosos debates não só dentro das teorias médicas e biológicas, mas também de discussões filosóficas e sociais. O debate filosófico é costurado por posições nem sempre apaziguadoras. Em um polo, os que defendem que o que é doença deve ser apreendido cientificamente (fato científico) por meio do desvelamento de sua natureza. Noutro, aqueles que acreditam que essa “entidade” não é passível de ser achada “fora” da experiência daquele que padece, e que é atravessada por fatores contingentes, e não a-históricos. Empiristas que se contrapõem aos racionalistas, num campo de disputa. Noutro, materialistas contra idealistas. A complexidade desse debate está em Hofmann (2001), que aponta, a título ilustrativo, diversas combinações de confrontos: “conceitos ideais de doenças vs. conceitos práticos de doença”; “naturalistas vs. normativos”; “não normativos vs. normativos”; “científicos, livres de valor vs. avaliativos”; “biológica vs. social”; “objetivistas vs. normativos”; “ontológicos vs. holísticos”; “estruturalistas vs. funcionalistas”; “essencialistas/estáticos vs. dinâmicos”; “realismo taxonômico vs. ceticismo”; “taxonômico denotativo vs. atributivo”; “físico vs. psicossomático vs. psicológico”; “fisiológico vs. psicológico vs. social”; “*disease* (biológico) vs. *illness* (fenomenológico) vs. *sickness* (comportamental)”.

⁵ Embora não se tenha falado em trauma durante a Guerra Civil norte-americana, após a publicação do livro de Erichsen (1866), a ideia de “choque” provocado no sistema nervoso ganhou muita popularidade. A espinha ferroviária, síndrome descrita por Erichsen, era, portanto, provocada pela “concussão ou comoção espinhal”, produzidas principalmente em acidentes de trem. Vale ressaltar que só a partir da década de 1870 suas ideias foram divulgadas na Europa e nos Estados Unidos. Para esse tema, ver Harrington (2001).

⁶ A palavra inglesa “*fearlessness*” não possui tradução exata para o português, utilizando-se, geralmente, “bravura”. No contexto aqui analisado, entretanto, não acreditamos que tal tradução seja a mais apropriada, visto que ela não abarca o sentido expresso pela palavra inglesa, qual seja, o medo em sua forma negativa ou a ausência de medo.

⁷ Mitchell não fazia referência ao significado que a categoria nosológica de “histeria” assumiria, posteriormente, por exemplo, com os trabalhos após os anos 1880, com Jean Martin Charcot.

⁸ A organização de hospitais com o objetivo de receber os combatentes doentes e feridos foi fundamental tanto na Guerra Civil dos EUA, quanto no Reino Unido. Da mesma maneira que Jacob da Costa foi favorecido pela concentração dos acometidos de palpitações no Turner's Lane Hospital, William Maclean e Arthur Myers se beneficiaram de tal concentração no Royal Victoria Hospital, em Netley. Ver Wooley (2002).

⁹ Nesse sentido, ainda é válido destacar que as manifestações sintomatológicas do medo podem ser riquíssimas, dependendo não só do tempo, mas também de condições de classe, gênero, entre outros fatores, podendo ser expressas por sintomas cardíacos, mas também por outras partes corporais, como no caso do *koro*. Descrito no fim da década de 1960, homens, particularmente da etnia chinesa da população, apresentaram medo intenso de que seus órgãos sexuais fossem retraídos para a cavidade abdominal. Esses indivíduos acreditavam que, quando os órgãos eram totalmente retraídos, isso poderia causar morte. O *koro* manifestava-se também em mulheres, em quem os sintomas relacionavam-se ao medo de retração dos seios, dos mamilos e dos lábios. Ver Gwee (1969).

REFERÊNCIAS

- BARLOW, David H.
Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press. 2002.
- BARTHOLOW, Roberts.
The various influences affecting the physical endurance, the power of resisting disease, etc., of the men composing the volunteer armies of the United States. In: Flint, Austin (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* New York: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission. p.3-41. 1867.
- BARTHOLOW, Roberts.
A manual of instructions for enlisting and discharging soldiers. With special reference to the medical examination of recruits, and the detection of disqualifying and feigned diseases. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co. 1863.
- BLIGHT, David.
No desperate hero: manhood and freedom in a Union Soldier's experience. In: Clinton, Catherine; Silber, Nina (Ed.). *Divided houses: gender and the Civil War*. Oxford: Oxford University Press. 1992.
- CALHOUN, James Theodore.
Nostalgia: a disease of field service. *Medical and Surgical Reporter*, v.11, p.130-132. 1864.
- CLARKE, Edward H.
Practical medicine. In: Clarke, Edward et al. *A century of American Medicine, 1776-1876*. New York: Burt Franklin. p.3-72. 1871.
- CONNOLLY, John.
Hysteria. In: Forbes, John; Tweedie, Alexander; Connolly, John (Ed.). *The Cyclopaedia of Practical Medicine*. v.2. London: Sherwood. p.557-585. 1833.
- CORVISART, Jean.
Essai sur les maladies et les lésions organiques du coeur et des gros vaisseaux. Paris: Méquignon-Marvis. 1806.
- DA COSTA, Jacob M.
On strain and over-action of the heart. N.279 in *Smithsonian Miscellaneous Collections*, v.15, p.1-28. 1878.
- DA COSTA, Jacob M.
On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of the Medical Sciences*, v.61, p.17-52. 1871.
- DA COSTA, Jacob M.
Observation on the diseases of the heart noticed among soldiers, particularly the organic diseases. In: Flint, Austin (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases, etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* New York: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission. p.360-383. 1867.
- DA COSTA, Jacob M.
Medical diagnosis: with special reference to practical medicine. A guide to the knowledge and discrimination of diseases. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co. 1864.
- DEAN, Eric.
Shook over hell: post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War. Cambridge: Harvard University Press. 1997.
- DEAN, Eric.
“We will all be lost and destroyed”: post-traumatic stress disorder and the Civil War. *Civil War History*, v.37, p.138-153. 1991.

- DOLLARD, John.
Fear in battle. New Haven: Institute of Human Relations, Yale University. 1943.
- DUNSTER, Edward.
The comparative mortality in armies from wounds and diseases. In: Flint, Austin (Ed.). *Contributions relating to the causation and prevention of disease, and to camp diseases; together with a report of the diseases etc., among the prisoners at Andersonville, Ga.* New York: Hurd and Houghton for the U.S. Sanitary Commission. p.169-192. 1867.
- ENGEL, Charles.
Post-war syndromes: illustrating the impact of the social psyche on notions of risk, responsibility, and remedy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, n.32, p.321-334. 2004.
- ERICHSEN, John Eric.
On railway and other injuries of the nervous system. London: Walton & Maberly. 1866.
- FLECK, Ludwig.
Genesis and development of a scientific fact. Chicago: University of Chicago Press. 1979.
- FORBES, John.
Prefácio do tradutor. In: Laënnec, Rene. *A treatise on the diseases of the chest*. London: G. Underwood. 1821.
- GWEE, Ah Leng.
The koro "epidemic" in Singapore. *Singapore Medical Journal*, v.10, n.4, p.234-242. 1969.
- HACKING, Ian.
The social construction of what? Cambridge: Harvard University of Press. 1999.
- HACKING, Ian.
Mad travelers: reflections on the reality of transient mental illnesses. Charlottesville: University of Virginia Press. 1998.
- HAMMOND, William.
A treatise on hygiene with special reference to the military service. Philadelphia: Lippincott. 1863.
- HARRINGTON, Ralph.
The railway accident: trains, trauma, and technological crisis in nineteenth century Britain. In: Micale, Mark S.; Lerner, Paul (Ed.). *Traumatic pasts: history, psychiatry and trauma in the Modern Age, 1870-1930*. New York: Cambridge University Press. p.31-56. 2001.
- HARTSHORNE, Henry.
On heart disease in the army. *American Journal of Medical Sciences*, v.48, p.89-92. 1863.
- HENDIN, Herbert; HAAS, Ann.
Posttraumatic stress disorders in veterans of early American wars. *Psychohistory Review*, v.12, p.25-30. 1984.
- HEWETT, Prescott.
Reports of societies: Clinical Society of London. *British Medical Journal*, n.637, p.299-301. 1873.
- HOFMANN, Bjørn.
Complexity of the concept of disease as shown through rival theoretical frameworks. *Theoretical Medicine*, n.22, p.211-236. 2001.
- HOWELL, Joel.
Soldier's heart: the redefinition of heart disease and specialty formation in early twentieth-century Great Britain. *Medical History*, suppl., n.5, p.34-52. 1985.
- JARCHO, Saul.
Functional heart disease in the civil war (Da Costa, 1871). *American Journal of Cardiology*, n.4, p.809-817. 1959.
- KATSCHING, Heinz.
Anxiety neurosis, panic disorder, or what? In: Nutt, David; Ballenger, James; Lepine, Jean-Pierre (Ed.). *Panic disorder: clinical diagnosis, management, and mechanisms*. London: Martin Dunitz. p.1-23. 1999.
- KUGELMANN, Robert.
The irritable heart syndrome in the American Civil War. In: Hinton, Devon E.; Good, Byron J. (Org.). *Culture and panic disorder*. California: Stanford University Press. p.85-112. 2009.
- LAËNNEC, René.
De l'auscultation mediate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur. Paris: Brosson. 1819.
- LATHAM, Peter.
Pathological essays on some diseases of the heart. *London Medical Gazette*, v.3, p.529-533. 1829.
- LAWRENCE, Christopher.
Moderns and ancients: the "New Cardiology" in Britain 1880-1930. *Medical History*, suppl., n.5, p.1-33. 1985.
- LINDERMAN, Gerald F.
Embattled courage: the experience of combat in the American Civil War. New York: Free Press. 1987.
- LONG, Lisa.
Rehabilitating bodies: health, history, and the American Civil War. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 2004.
- MACLEAN, William.
Lecture on disease of the heart in the British Army; the cause and the remedy. *British Medical Journal*, v.1, p.161-164. 1867.

- MCCHARTY, Carlton.
Detailed minutiae of soldier life in the army of Northern Virginia, 1861-1865. Richmond: J.W. Randolph & English. 1888.
- MCPHERSON, James.
Battle cry of freedom: the Civil War era. New York: Oxford University Press. 1988.
- MITCHELL, Silas W.; MOREHOUSE, George R.; KEEN, William.
Gunshot wounds and other injuries of nerves. Philadelphia: J.B. Lippincott. 1864a.
- MITCHELL, Silas W.; MOREHOUSE, George R.; KEEN, William.
On malingering, especially in regard to simulation of diseases of the nervous system. *American Journal of Medical Sciences*, v.48, p.367-394. 1864b.
- MORAN, Charles M.
The anatomy of courage. Boston: Houghton Mifflin Company. 1967.
- MORRIS, David.
The culture of pain. Berkeley: University of California Press. 1991.
- MYERS, Arthur.
On the etiology and prevalence of diseases of the heart among soldiers. London: John Churchill & Sons. 1870.
- NOYES, Russel; HOEHN-SARIC, Rudolph.
The anxiety disorders. Cambridge: Cambridge University Press. 1998.
- O'BRIEN, Tim.
If I die in a combat zone, box me up and ship me home. New York: Delacorte. 1973.
- PETERS, Witt.
Remarks on the evils of youthful enlistments and nostalgia. *American Medical Times*, v.6, p.75-76. 1863.
- RABINBACH, Anson.
The human motor: energy, fatigue, and the origins of modernity. New York: Basic Books. 1990.
- REISER, Stanley J.
The stethoscope and the detection of the pathology by sound. In: Reiser, Stanley J. *Medicine and the reign of technology*. Cambridge: Cambridge University Press. p.23-44. 1978.
- ROSENBERG, Charles.
Contested boundaries: psychiatry, disease and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*, v.49, n.3, p.407-424. 2006.
- ROSENBERG, Charles.
The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, v.80, n.2, p.237-260. 2002.
- SAIGH, Phillip; BREMMER, Douglas.
Posttraumatic stress disorder: a comprehensive text. Needham Heights: Allyn and Brown. 1999.
- SHEFFER, Debra.
"No sacrifice is too great, save that of honor": honor, death, and psychological combat trauma in the American Civil War. Tese (Doutorado em História) – Universidade de Kansas, Kansas. 2009.
- SCHIVELBUSCH, Wolfgang.
The railway journey: the industrialization of time and space in the nineteenth century. Oxford: Blackwell. 1980.
- SHORTER, Edward.
From paralysis to fatigue: a history of psychosomatic illness in the Modern Era. New York: The Free Press. 1992.
- STEINER, Paul.
Disease in the Civil War: natural biological warfare in 1861-1865. Springfield: Charles C. Thomas. 1968.
- STILLÉ, Alfred.
Address before the Philadelphia county medical society. Philadelphia: Collins. 1863.
- STURDY, Steven.
The industrial body. In: Cooter, Roger; Pickstone, John (Ed.). *Companion to medicine in the twentieth century*. London, New York: Routledge. p.217-234. 2003.
- TALBOTT, John.
Combat trauma in the American Civil War. *History Today*, v.46, n.3, p.41. 1996.
- TERRELL, William H.H.
Report of the adjutant general of the State of Indiana. v.2. Indianapolis: W.R. Holloway. 1865.
- US GOVERNMENT.
The medical and surgical history of the War of the Rebellion, 1861-65. v.2, pt.3. Barnes, J. (Ed.). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office. 1870.
- WOOLEY, Charles.
The irritable heart of soldiers and the origins of anglo-american cardiology: the U.S. Civil War (1861) to World War I (1918). Burlington: Ashgate. 2002.