

---

## OS PRIMÓRDIOS DO MAL DE ENGASGO NO BRASIL

---

---

Eduardo Etzel<sup>1</sup>

A disfagia espasmódica é uma doença que foi revelada em 1740 por F. Hoffmann. Desde então apareceu em pontos imprevisos por todo o mundo e, conseqüentemente, o interesse em desvendá-la foi crescendo. Porém, tudo não passou de um conhecimento de sua patologia, sem maiores benefícios para os atingidos pela doença.

No Brasil, um mal semelhante, embora mencionado anteriormente, teve sua primeira abordagem médica, em 1857, numa descrição no livro *Brazil and brazilians*, de dois missionários norte-americanos, Kidder e Fletcher(1), que reproduzem as observações de um Dr. ... (nome não revelado) que, em 1º de julho de 1855, em seu consultório em Limeira, São Paulo, lhes dá notícia de uma nova doença e descreve detalhadamente os sintomas, a gravidade e sua marcha progressiva, terminando com a morte por pura fome, devido à impossibilidade da passagem dos alimentos para o estômago.

Os autores presenciaram a consulta de dois casos atendidos e ficaram sabendo que a doença, além de grassar em Limeira, atacava numa ampla região do sertão. O Dr. ... conta que atendeu um paciente a 80 milhas de distância e, para sua surpresa, encontrou na mesma casa mais nove portadores dessa “nova” doença – o mal de engasgo – que, dizem, grassava pelo sertão adentro até em Goiás.

O livro de Kidder e Fletcher teve muitas edições (uma em português), mas o mistério em torno do nome do Dr. ... permaneceu. Em anos recentes, Joffre M. de Rezende, o grande estudioso da doença em Goiás, moveu céus e terras inutilmente para o esclarecimento da identidade do misterioso Dr. ..., até que passou o interesse para Ulysses Meneghelli, da

---

1 Livre-docente de Clínica Cirúrgica. USP. 1936. Cirurgião do Tórax. Psicanalista Ortodoxo. Historiador.

Endereço para correspondência: Av. Higienópolis, 573 - ap. 8 A, CEP: 01238-001 - São Paulo, SP.

Recebido para publicação em 18/04/99.

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, perto de Limeira. Numa sucessão de eventos detetivoscos, com outros participantes, Meneghelli acabou conhecendo por acaso uma descendente direta do procurado médico e tudo se esclareceu (2).

Tratava-se do médico norte-americano Dr. Joseph Cooper Reinhardt que, depois de perambular pela Ásia e pela Oceania, se fixara em Limeira e, por último, em Campinas, onde faleceu em 1873, aos 63 anos, deixando descendência.

A segunda abordagem médica do agora conhecido mal de engasgo aparece na edição em português da *Geographia Physica do Brasil Refundida de J. E. Wappoeus* (Edição Condensada), publicada por J. Capistrano de Abreu e A. do Valle Cabral – Rio de Janeiro, 1884. Nesta edição adaptada à nossa patologia há uma nova e detalhada informação sobre o mal de engasgo, de autoria do Prof. Martins Costa que diz textualmente:

Há também nessas regiões [o autor refere-se a Curvelo, MG] uma moléstia endêmica, a que seus habitantes chamam mal de engasgo e que consiste, diz o Dr. A. Idelfonso Gomes, em uma 'paralisia da faringe'; os que padecem esta moléstia não podem engolir alimento; cada bolo é empurrado por alguns goles de água.

Como o Dr. Reinhardt (de Limeira), Martins Costa afirma que há relatos da existência dessa doença em Goiás e Mato Grosso (3).

Passaram-se 28 anos e então apareceu uma completa e original informação, agora de caráter científico: uma expedição organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz, de Manguinhos, a pedido da Inspetoria de Obras Contra a Seca, percorreu o sertão brasileiro durante oito meses, desvendando de vez o alcance e a gravidade dessa doença de difusão nacional.

Estava-se já na era da moléstia de Chagas (1909) e a viagem foi realizada em 1912 (4).

## VIAGEM DE ARTHUR NEIVA E BELISÁRIO PENNA, MARÇO A OUTUBRO DE 1912

### OS AUTORES

Arthur Neiva tinha nesta época 32 anos. Assistente no Instituto Oswaldo Cruz (IOC), era considerado o mais culto elemento da grei oswaldiana (5), com experiência no combate à malária (junto com Carlos Chagas) no Vale do Xerém (que abastecia de água o Rio de Janeiro). Era profundo conhecedor dos triatomídeos, os insetos hematófagos, os chamados barbeiros e chupões no sertão, tendo até uma espécie com o seu nome, o *Triatoma brasiliense* Neiva. Com esta capacidade, "teve importante papel na classificação dos vetores da moléstia de Chagas" (6). Formado em medicina na Bahia, foi descoberto por Oswaldo Cruz: era um apaixonado pela ciência pura de pesquisa. Sua cultura levou-o a organizar a biblioteca de

Manguinhos, com 700 periódicos assinados, considerada a melhor biblioteca científica da América do Sul (7).

Belisário Penna sempre teve no saneamento básico seu maior interesse. Foi com Carlos Chagas a Lassance, incumbido por Oswaldo Cruz de combater a malária que grassava com tal intensidade que ameaçava os trabalhos da extensão dos trilhos da Central do Brasil até Pirapora (MG). Assim, participou e foi testemunha da sensacional descoberta de Chagas, que ficou conhecida como a "moléstia de Chagas" (8).

Como se vê nesta sumária apresentação, ambos os viajantes tinham amplo gabarito para observar o que encontraram, e o que registraram justifica a influência que vieram a ter em acontecimentos futuros.

### A VIAGEM

Neiva e Penna palmilharam o norte da Bahia, o sudoeste de Pernambuco, o sul do Piauí e o norte e sul de Goiás. Foram 7.000 km a cavalo e lombo de mula, durante oito meses, de março a outubro de 1912. O relatório dessa viagem foi terminado em julho de 1915 e publicado nas *Memórias de Instituto Oswaldo Cruz*, no volume 8, fascículo 3, nas páginas 74-224, em 1916. Um alentado relato de 150 páginas.

No nosso interesse centra-se em três capítulos do relatório: "Moléstia de Chagas", "Disfagia espasmódica" e "Vexame do coração".

Estes três capítulos ocupam apenas 20 das 150 páginas do relatório ("Moléstia de Chagas" - 9, "Disfagia epasmódica" - 7 e "Vexame do coração" - 7) (9). Nestas poucas páginas registram novidades e revelações sobre as três entidades mórbidas que surpreendem pela acuidade de observação e pelo ineditismo do que descrevem.

### SÚMULA DOS TRÊS CAPÍTULOS

O capítulo "Moléstia de Chagas" revela, inicialmente, a extensão territorial da moléstia de Chagas, "nem de longe suspeitada pela Nação". Nos 7 mil km de viagem, os autores estabelecem a distribuição geográfica dos triatomas (barbeiros) transmissores da moléstia, dando ao *T. sordida* a primazia. Com aguda observação estabelecem a relação entre o clima seco e o úmido na transmissão do mal, mostrando o papel da água como fator de disseminação da doença pelos barbeiros. Estabelecem o hábitat dos triatomídeos, as habitações intermediárias entre a dos índios, onde não se fixam, e as casas de alvenaria: as habitações intermediárias, choupanas, cafuas, taperas de barro – adobe – e pau a pique, todas barreadas e com reentrâncias ideais para a proliferação destes insetos.

Os autores negam que a picada do barbeiro seja a porta de entrada do *Trypanosoma cruzi*, afirmando que o esfregar das fezes com o parasito, em consequência do comichão provocado pela picada, leva à penetração pela pele aberta (pela picada). Com o dedo contaminado, as crianças, sobretudo,

levam os parasitos às mucosas da boca e do nariz e à conjuntiva. São assim precursores do "sinal de Romã" (1934 / 1935) no diagnóstico do mal de Chagas.

Observam o bócio endêmico e generalizado e sua relação com a tripanosomiase, a lógica da concomitância, assim como a presença do bócio sem o *Trypanosoma cruzi*. Registram a teoria hídrica do bócio e a discordância isolada de Chagas. Descrevem a ausência do bócio entre índios e sua presença no índio "civilizado", e, mais, a simultaneidade das formas nervosas (infantilismo) com a moléstia de Chagas.

Por fim registram como os viajantes, ao carregar nos arreios de suas montarias o barbeiro infectado, disseminam a doença.

Lembro que tais inéditas observações foram feitas por um especialista em triatomas e por um colaborador de Chagas em Lassance.

Três capítulos adiante discorrem sobre a disfagia espasmódica.

Tudo o que Neiva e Penna trazem à luz da ciência médica neste capítulo, salvo a descrição dos sintomas em si mesmos, é original e inédito. A observação de "várias centenas de casos *in loco*" e na trilha dos 7 mil km percorridos lhes garante também a autenticidade. Situam-se no tema com acurado estudo bibliográfico e registram observações surpreendentes. Dão a Ulysses Paranhos a primazia na tentativa de estabelecer a etiologia da disfagia espasmódica.

Os autores identificam também a disfagia encontrada por todo o sertão com a mesma existente no exterior. Insurgem-se contra o nome proposto por Paranhos de "disfagia tropical", visto que tal denominação viria ainda a aumentar "a malsinação dos trópicos". Registram a raridade da doença no exterior e a extraordinária freqüência no Brasil, criando dúvidas quanto à sua identidade. A maneira inédita com que descrevem os sintomas do mal de engasgo só pode ser entendida pela transcrição do texto original. Por ele pode-se ver a doença com suas variações, tendo em comum a dificuldade com que os pacientes se alimentam e, como consequência natural, a angústia da fome.

Eis o texto original: (4)

A marcha da moléstia, seu súbito aparecimento, a facilidade da alimentação quente ser em geral melhor suportada, os casos excepcionais de alguns doentes poderem ingerir melhor os alimentos sólidos que os líquidos, os vômitos, quando existentes, serem seguidos de eructações, a necessidade de alguns doentes só conseguirem alimentar-se em pé e em movimento, a intermitência do mal com crises disfágicas de horas, até semanas, o fato dos pacientes em geral, fora das crises, só se nutrirem acompanhando cada bolo de alimentação sólida com um gole d'água trouxeram-nos a suspeita da identidade do "mal de engasgo" com a disfagia espasmódica. Durante mais de três meses pudemos observar um "entalado" nosso camarada. As crises sobrevinham inesperadamente, em qualquer tempo da refeição, obrigando o camarada a procurar, o mais rapidamente possível, ingerir alguns goles d'água. Algumas vezes podia continuar a refeição, auxiliando a ingestão com o líquido; outras vezes, porém,

era obrigado a interrompê-la procurando o paciente provocar eructações e mesmo vomitar, a fim de encontrar alívio. Nessas crises fortes o doente punha-se de pé, caminhando rapidamente dum lado para o outro com o busto voltado para trás, ao mesmo tempo que batia fortemente com os pés no solo. Temendo que a "entalção" se repetisse violentamente, o doente tomava a precaução de se abster, nos dias seguintes a uma forte crise, de qualquer alimentação sólida. Em geral, porém, a disfagia prolongava-se por alguns dias, impedindo-o de se alimentar de qualquer modo. Examinamos esse caso de modo o mais completo que nos foi possível ...

Neiva e Penna registram a naturalidade com a qual os entalados (mal de engasgo) suportam o mal, não se queixam e só procuram ajuda na fase final; daí a razão por que passam por pessoas normais entre os demais.

Estabelecem o mal como de qualquer idade, do lactente ao velho, mais freqüente na meia-idade. Afirmam que o mal é raro entre os abastados, atingindo mais a classe pobre. Registram a distribuição entre homens e mulheres. Acreditam na "disfagia por nós identificada, talvez afecção ainda indeterminada". Em suas nove observações padrão mostram o caráter familiar da doença com todo tipo de associação entre pais, filhos, sobrinhos e tios, até sete parentes, verificando início súbito do mal, sem preâmbulo e com evolução caprichosa, progressiva, estacionária, ou inexorável até o final.

No capítulo "Vexame do coração" entramos no mundo do desconhecido revelado por Neiva e Penna. Pela primeira vez na literatura médica é apontada a existência do vexame do coração, assim chamado pelos sertanejos. Trata-se de uma sensação estranha no coração (palpitação) a que chamam de baticum, uma temporária alteração do ritmo cardíaco acompanhada por escurecimento da vista, tonturas e até perda dos sentidos (uma possível deficiência da irrigação cerebral). Mostram a prevalência em mulheres e a existência quase exclusiva (em relação à moléstia de Chagas) nas regiões de extrema seca.

O vexame é suportado com naturalidade já que "não mata" e as pessoas vivem até a velhice sem maiores problemas.

Neiva e Penna mostram mais outro fato inesperado: o entrelaçamento do vexame com o mal de engasgo e a caseira ou prisão de ventre (comum a todos). Embora um e outro predominem na mulher e no homem, respectivamente, raramente coexistem. Afirmam mais que ambas as afecções são simultâneas na mesma família, guardando suas preferências, mas ambas presentes. Onde há mal de engasgo há também o vexame e sempre a caseira.

Esta definição é enfática, mas não estrita, pois também afirmam que em Goiás e em Minas Gerais predominava o mal de engasgo, sendo, "até agora", ignorado o vexame em Minas.

Afirmam a prioridade dessa descoberta: "Acreditamos ser um fato de grande interesse científico o estudo dessa afecção que denunciámos."

Depois de tão profundos laços entre estas duas manifestações mórbidas, os autores surpreendem afirmando que "cada uma seja uma

afecção à parte". E justificam que, por serem "cl clinicamente diferentes", podem existir separadamente em Goiás e Minas (mal de engasgo) e nas zonas mais secas (vexame), onde atinge 50% das mulheres. Sem nada poder afirmar, finalizam: "cabará aos neuropatologistas e aos estudiosos resolver o assunto".

## ANÁLISE

Analisar um texto original de 1912 (publicado em 1916), cheio de revelações desconhecidas da medicina de 87 anos atrás, não é tarefa fácil.

Neiva e Penna lidavam com o desconhecido que então desvendavam. Suas conclusões, entretanto, deixam-me perplexo quando levo em conta o que atrás descrevi. À medida que vou lendo o texto, antecipo uma conclusão que, para minha surpresa, é totalmente inesperada e insossa. Arthur Neiva e Belisário Penna, depois de descobrirem fatos – toda uma patogenia do mal de engasgo, mencionando pela primeira vez as perturbações cardíacas a que chamam "vexame do coração" manifestada pelo "baticum", assim como a "caseira", sempre presente –, depois de demonstrarem as peculiaridades do que descrevem com minúcias, concluem que ambas as manifestações mórbidas são "afecção à parte" e "cl clinicamente diferentes". É realmente estranhável.

Depois da demonstração de que as duas afecções atuam ao mesmo tempo e se entrelaçam atacando o mesmo paciente, é uma decepção ler que são afecções "à parte". Pouco antes diziam que o nosso mal de engasgo era tão freqüente que podia ser considerado epidêmico, enquanto no exterior era raro e recuava com o passar do tempo. Aqui observavam "várias centenas de casos" e inicialmente concluíam: "suspeitamos serem da mesma identidade"; mais adiante, porém, afirmam: "a disfagia por nós observada (...) talvez constitua afecção ainda indeterminada". Este "talvez" dá que pensar e nele acredito estarem embutidos os exames de sangue repetidos e as inoculações em preás que, para um especialista em triatomas, só poderia ser a hipótese do *Trypanosoma cruzi*. E ainda outra conclusão: "a probabilidade de se tratar de uma forma geral de entalção é muito grande".

Outra surpreendente e estranha omissão de Neiva e Penna: a ausência de qualquer referência à habitação. Tantos doentes de ambos os sexos, todos parentes – pais, irmãos, primos, tios e até avós –, atacados ora pelo mal de engasgo, ora pelo vexame e raramente por ambos e nenhuma referência à moradia. Logo, os autores que haviam descrito as casas "intermediárias" – taperas e cafuas – afirmando que nelas proliferavam os barbeiros e abundava a moléstia de Chagas. Por que nem sequer uma menção?

Parece evidente que estas famílias, freqüentemente atacadas por um ou outro ou por ambos os males, teriam também a moléstia de Chagas – esta muitíssimo mais freqüente, conforme os próprios autores documentaram,

desde que morassem em taperas, já que não eram nem índios nem abastados. A consequência comum a todos seria a infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

Sem mencionar a habitação dessas famílias Neiva e Penna chegaram às conclusões acima citadas e, apesar de serem afecções "à parte", defenderam a sua prioridade "na afecção (singular) que agora denunciamos". Recomendaram o estudo pelos neuropatologistas, limitando assim a eventual causa da "afecção que denunciamos". Conclusões realmente surpreendentes e desnordeantes.

Note-se mais uma vez que tudo aconteceu quando a moléstia de Chagas era a sensação científica do momento, quando a descoberta foi considerada "a mais importante da história científica do Brasil, única na história da medicina" (10), uma das mais completas na história da medicina em todos os tempos" (11). Em 1915 disse Oswaldo Cruz: "nunca até agora nos domínios da pesquisa etiológica se tinha feito descoberta tão completa e brilhante em tão curto prazo e, o que é mais, por um só experimentador" (12).

Neiva e Penna também poderiam ter feito coisa equivalente, embora sem uma prova irrecusável. O que descobriram do mal de engasgo, pelos 7 mil km de estrada, pelas "várias centenas de casos observados" e pela concomitância com o vexame, seria suficiente, pelo menos, para propor uma causa etiológica – o *Trypanosoma cruzi*. Afinal, sabiam muito bem da afecção do coração na moléstia de Chagas e não seria uma histeria coletiva que iria atingir 50% das mulheres do sertão seco.

Como acabamos de ver, Neiva e Penna ficaram hesitantes e contraditórios em suas afirmativas e acabaram chegando a conclusões decepcionantes. Jamais saberemos a verdade, mas tais fatos merecem alguma tentativa de esclarecimento, pois trata-se do mal de engasgo e da caseira (megacólon), cuja gravidade infernizou a vida de seus inúmeros sofredores, causando-lhes até a ocasional morte pela fome. Seu combate, qualquer que fosse, poderia ser justificado, mesmo que fosse só por uma hipótese consistente que, estranhamente, não foi formulada. Por quê?

O relatório de Neiva e Penna foi certamente o resultado de notas feitas no decorrer dos oito meses da viagem. Teriam, ao elaborar as anotações, dissociado a unidade possível? Outra suposição seria a intensa atividade desenvolvida por Neiva em 1914 a 1916. Em agosto de 1914 foi ao Rio Grande do Sul para tratar da fundação de uma filial do Instituto Oswaldo Cruz em Pelotas (13). Neste mesmo ano, fez concurso para Livre-docente da cátedra de História Natural Médica e Parasitológica da Faculdade de Medicina, defendendo a tese *Revisão do Gênero Triatoma*. No ano seguinte foi contratado para organizar a seção de zoologia e parasitologia no Instituto Bacteriológico de Buenos Aires, onde ficou mais de um ano, até dezembro de 1916, quando veio para São Paulo e assumiu o cargo de Diretor do Serviço Sanitário (13).

O tempo aparentemente livre foi o ano de 1913, quando fez uma nota prévia referente à penetração do *Trypanosoma cruzi* pela conjuntiva (14) e preparou sua tese de concurso. Depois, a partir de agosto de 1914, teve ocupação permanente.

A redação às pressas? Trabalho intercorrente (terminaram em julho de 1915, dois anos e nove meses depois)? Teria havido ingerência estranha na sua elaboração? E teria a Inspetoria de Obras contra a seca aguardado tanto tempo o que encomendara?

Nesta altura de nossa pesquisa talvez acontecimentos posteriores possam trazer alguma luz a esse nosso mistério.

O ano de 1912, o mesmo da viagem de Neiva e Penna, foi o ano de consagração de Chagas com a divulgação ao público de seu grande feito. "Em abril Chagas foi a estrela do Congresso Médico Brasileiro de Belo Horizonte". Em 24 de junho foi agraciado com o Prêmio Schaudinn; reconhecido internacionalmente, "a descoberta ficou ligada por eles aparentemente indestrutíveis a seu nome" (15).

"A política de Oswaldo Cruz foi a de sedimentar a descoberta de Chagas dentro e fora do país e, assim, auferir vantagens crescentes para o Instituto sob a forma de prestígio, recursos e visibilidade" (16). Realmente o entusiasmo nacionalista atingiu o público que tinha diante de si a maior descoberta do mundo feita por um brasileiro, diziam os jornais. Jorraram então recursos para o Instituto Oswaldo Cruz.

Tais acontecimentos durante a viagem de Neiva e Penna não poderiam de forma alguma ser perturbados por uma hipótese de que o mal de engasgo fosse também causado pelo *Trypanosoma cruzi* sem uma prova irrecusável, como teria ocorrido em outras circunstâncias e como Chagas, o autor da moléstia, poderia ter exigido. Se tal ocorresse, a moléstia de Chagas, com seu universo próprio, ficaria desacreditada pelos cientistas do exterior com críticas, dúvidas e objeções, já que o mesmo mal era conhecido no mundo todo onde não havia *Trypanosoma cruzi*.

Neiva e Penna ou foram convencidos a se calarem ou por si mesmos se calaram, o que acabou resultando nas vagas alusões e nas conclusões contraditórias a que chegaram.

Talvez aqui a demora da conclusão de um relatório que, entretanto, não foi de uma simples viagem científica, mas teve o dom "de descrever da forma mais eloqüente e passional o quadro de miséria encontrado no interior do Brasil" (17).

O que quer que tenha acontecido, tanto Neiva quanto Penna seguiram caminhos próprios, não mais se referindo à sua famosa viagem. Neiva passou a atuar em São Paulo e Penna tornou-se o grande batalhador pelo saneamento básico de um Brasil cheio de endemias as mais variadas (18).

O relatório de 150 páginas foi publicado em 1916, no fascículo 3, do volume 8, das *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. No número anterior, no fascículo 2 do mesmo volume, no artigo sobre "Tripanosomose Americana – Forma aguda da moléstia", Chagas faz a única referência ao mal de engasgo de toda sua obra, propondo sua possível causa, o *Trypanosoma cruzi* (19).

Eis o texto:

Outro sinal que nos foi revelado por infecção aguda no adulto é o que se expressa em acentuada disfagia para os alimentos sólidos e também para líquidos. A ingestão de substâncias sólidas exige, para se completar, o auxílio de água, referindo os doentes que os alimentos ficam retidos no esôfago, trazendo sensações penosíssimas. Mesmo a ingestão de substâncias líquidas, e da própria água, pode apresentar dificuldade, não raro invencíveis, necessitando o artifício de deglutições cuidadosas e de pequenas parcelas de líquido.

Este sinal de patogenia ainda mal esclarecida relaciona-se talvez com a condição de disfagia conhecida pelo nome de *mal de engasgo*, endemia extensa em regiões do interior do Brasil e, segundo nossas observações, verificada principalmente naquelas zonas onde é encontrada a tripanosomíase. Será o mal de engasgo um elemento a mais da tripanosomíase brasileira e esta disfagia das formas agudas traduzirá a fase inicial da síndrome? Observamos, no decorrer de nossos estudos em Lassance, número bem elevado de doentes com mal de engasgo, havendo em todos eles outros sinais simultâneos da tripanosomíase. Apesar disso tornam-se precisas novas pesquisas que autorizem de modo irrecusável incluir o mal de engasgo na sintomatologia multiforme de infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

Esta única referência feita por Chagas durante sua produção científica merece uma reflexão. Noto a coincidência de ser publicado no trabalho sobre a "forma aguda de moléstia" justamente no fascículo anterior ao da publicação do relatório de Neiva e Penna que Chagas já conhecia, como veremos mais adiante. Poderia ter sido coincidência, mas permite também que se pense em uma relação de causa e efeito. Outro aspecto que chama a minha atenção é que o mal de engasgo não é uma manifestação da forma aguda de tripanosomíase, mas, tanto na minha larga experiência (20 trabalhos publicados sobre os megas – 1934 a 1942) no estudo do megasôfago (mal de engasgo), como na casuística padrão de Neiva e Penna e demais autores que conheço, o mal se inicia subitamente, um dia qualquer e sem preâmbulo algum ou doença próxima. O "sinal" descrito por Chagas já é de um mal de engasgo em pleno curso, após um começo simples de dificuldade disfágica, com piora progressiva, e não um sinal de uma afecção aguda.

Considero um equívoco a afirmação de Chagas de que este "sinal relaciona-se talvez com a condição de disfagia conhecida pelo nome de mal de engasgo". Pelo contrário, o conteúdo deste "sinal" é o próprio mal de engasgo já manifesto. Em uma palavra: o mal de engasgo é a manifestação crônica, tardia, de uma infecção pelo *Trypanosoma cruzi*.

Para mim, o gênio sempre alerta do pesquisador Chagas, lendo o relatório de Neiva e Penna, logo percebeu que se tratava de uma manifestação a mais do *Trypanosoma cruzi* e registrou sua opinião, necessitando, porém, de provas de que não dispunha no momento.

Analisando as palavras de Chagas há que notar que era de seu conhecimento o relatório de Neiva e Penna, publicado no fascículo seguinte ao do seu próprio artigo.

No trabalho "Processos patogênicos da tripanosomíase americana", publicado também no fascículo 2 (anterior ao de Neiva e Penna), Chagas afirma na página 33: "pelos dados fornecidos pelas excursões científicas do Instituto Oswaldo Cruz (...) assim as observações (...) dos Drs. Arthur Neiva e Belisário Penna na Bahia, Piauí e Goiás (...)" (20). Sabia, portanto, da gravidade e da extensão, até epidêmica, do mal de engasgo.

Creio que aqui está o estímulo para sua primeira e única referência ao mal de engasgo que podia ser também causado pelo *T. cruzi*, dependendo de pesquisas que não só não realizou como, no ano seguinte, ao assumir a direção do Instituto Oswaldo Cruz (1917), onde permaneceu até sua morte (1934), não fez realizar. Assim morreu o assunto - mal de engasgo -, que só foi revivido 31 anos depois em São Paulo.

Chagas realizou uma excelente administração no Instituto Oswaldo Cruz, lutou pela remuneração justa de seus cientistas que, como ele mesmo, se viam obrigados a clinicar para sobreviver. Ampliou o quadro de pesquisadores, trazendo para o Instituto muitos jovens e promissores cientistas, desenvolveu também o campo de pesquisas que de 12 passou para 34, terminou a construção do próprio castelo de Manguinhos como o hospital de doenças tropicais, mas em todo este gigantesco trabalho não se tocou mais no mal de engasgo.

Acredito hoje que tenha sido a famosa viagem de Neiva e Penna a causa dessa anomalia na vida científica de Manguinhos.

A pesquisa sobre o mal de engasgo e sobre sua relação com o *T. cruzi* poderia ter sido feita, não às cegas, mas já com um parâmetro promissor. Desde 1905 Brumpt havia criado o xenodiagnóstico pela alimentação do inseto transmissor, criado em laboratório, no sangue do paciente suspeito. Em 1914 Brumpt "transpõe para a doença de Chagas seu xenodiagnóstico" (21). Também em 1913, César Guerreiro e Astrogildo Machado, assistentes do Instituto Oswaldo Cruz, elaboraram a reação de fixação do complemento (22) pelo processo de Bordet e Gengou, que veio a substituir o processo usado por Chagas de injetar o sangue do suspeito em cobaias.

Com estas descobertas do próprio Instituto estariam resolvidas as dúvidas sobre a etiologia do mal de engasgo.

Isto foi feito somente em 1930 (23) quando Eurico Villela, fazendo estudos sobre a doença de Chagas nos hospitais de Belo Horizonte, utilizando

a reação de fixação do complemento, suspeitou de uma relação etiológica entre o mal de engasgo e o *Trypanosoma cruzi* com a reação de Guerreiro e Machado, positiva em 64% dos 13 casos observados, e diz: "Simples coincidência? Provavelmente mais um pouco. Deve haver uma síndrome de disfagia provocada pela tripanosomíase e só estudos mais detidos podem esclarecer este fato."

Os estudos definitivos foram feitos em São Paulo por Pedreira de Freitas (24), que em 1946 / 47 obteve pela técnica de Davis (25), por ele modificada, 91,2% de reação de fixação do complemento positiva em 80 chagásicos crônicos com megasôfago e megacólon, confirmando plenamente a etiologia pelo *Trypanosoma cruzi*. Laranja et al. (26) logo depois chegaram às mesmas conclusões. Estavam assim comprovadas as "denúncias" originais de Neiva e Penna feitas em 1916.

Em 1923, Chagas, defendendo-se das acusações havidas na Academia de Medicina, cujo mentor foi Afrânio Peixoto, termina sua longa e eficaz defesa com esta frase: "Continuarei resoluto nas minhas convicções científicas e nem um dia eu me afastarei dos sentimentos de zelo pela vida e pela saúde dos meus patrícios nos campos. É o meu dever de médico e a solidariedade humana que me orienta" (27). O mal de engasgo havia sido completamente ignorado e assim permaneceu até sua última publicação, "Estado atual da tripanosomíase americana", em 1934 (28).

O tempo é o grande juiz e seu julgamento é inexorável. Passadas várias gerações de brasileiros, ficou certamente a verdade pura e simples, a moléstia de Chagas reduzida à sua essência, a forma cardíaca.

Permanece sua maravilhosa descoberta, prova do gênio do ser humano que, num ápice, "vê" o problema e o decifra de imediato, justificando o dizer do grande Oswaldo Cruz que, na sua definição, repete o "Veni-vidi - vici", de Júlio César.

Sua glória, prestígio e seu reconhecimento internacional, bem ou mal, foram as glórias da incipiente ciência brasileira - esta, perene, sobrepe-se às polêmicas do passado.

A obra de Carlos Chagas é um legado e um estímulo permanente à mocidade, qualquer que tenha sido seu exagero. Ficou o símbolo, o que não se sabe bem o que é, mas que nos motiva para a frente.

A história é a destruidora das vanglórias; ficou a descoberta original de Chagas, a forma cardíaca, aguda e crônica, e o enfeitado mal de engasgo (megasôfago) com a caseira (megacólon) e o vexame do coração (alterações da condutibilidade cardíaca) "denunciados" por Neiva e Penna em 1916 - a tripanosomíase americana.

O mal de engasgo é parte da forma digestiva, como a batizou Joffre M. de Rezende em 1956 (29 - 30), e o principal e o mais cruel, persistente e perturbador malefício do *Trypanosoma cruzi*. A benignidade aparente da

ação do parasito no organismo levou ao quase esquecimento desta endemia dos velhos sertões brasileiros.

O tempo, sempre magnânimo, reaproximou os nomes dos dois herdeiros de Oswaldo Cruz, protagonistas desta memorável saga científica de um Brasil que renascia: Carlos Chagas e Arthur Neiva, a forma cardíaca e a forma digestiva da moléstia de Chagas.

#### Agradecimentos

Ao Prof. Carlos da Silva Lacaz, ao Prof. Joffre M. de Rezende e ao Dr. Francisco Oscar Siqueira França pelas facilidades bibliográficas que me proporcionaram.

#### NOTAS

1. Kider, R.F., Fletcher, J.C. *O Brasil e os brasileiros*. São Paulo: Cia Ed. Nacional, 1941. (Col. Brasileira).
2. Meneghelli, U., Rezende, J.M., de Troncon, L.E.A., Madrid, N., Pinto de Moura, M.L. Um nome que faltava na história do megaesôfago chagásico. *Arq. Gastroenterol.* 35: 1, 1998.
3. Neiva, A., Penna, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e norte e sul de Goiás. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 8: 3-133, 1916.
4. Idem, *ibidem*, p. 134.
5. Benchimol, J.L., Teixeira, L.A. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1993, p. 43.
6. Chagas Filho, C. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993, p. 136.
7. Benchimol, J. R., Teixeira, L.A. *op. cit.*, p. 71.
8. Idem, *ibidem*, p. 54, 71-72.
9. Neiva, A., Penna, B., *op. cit.*
10. Chagas Filho, C., *op. cit.*, p. 81.
11. Benchimol, J.L., Teixeira, L.A., *op. cit.*, p. 48.
12. Chagas Filho, C., *op. cit.*, p. 219.
13. Benchimol, J.L., Teixeira, L.A., *op. cit.*, p. 58.
14. Neiva, A.; Penna, B., *op. cit.*, p. 120.
15. Benchimol, J.L.; Teixeira, L.A., *op. cit.*, p. 46.
16. Idem, *ibidem*, p. 47.
17. Idem, *ibidem*, p. 94.
18. Idem, *ibidem*, p.46.
19. Chagas, C. Tripanosomíase americana: forma aguda da moléstia. *Coletânea de trabalhos científicos*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981, p. 313.
20. Chagas, C. Processos patogênicos da tripanosomíase americana. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 8:37-65, 1916.
21. Benchimol, J.L.; Teixeira, L.A., *op. cit.*, p. 55.
22. Idem, *ibidem*.
23. Villela, E. Da ocorrência da doença de Chagas nos hospitais de Belo Horizonte e na população de seus arredores. *Folha Médica*, n. II, p. 229-235, 1930.
24. Freitas, J.L.F. *Contribuição para o estudo do diagnóstico da moléstia de Chagas por processo de laboratório*. São Paulo, 1947. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
25. Davis, D.J., Sullivan, T. de S. Complement-fixation test for american tripanosomiasis. *Publ. Health. Rep. (Texas)*, 61:1083-1084, 1946.
26. Laranja, F.S.; Dias, E.; Nobrega, G. Clínica e terapêutica da doença de Chagas. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 46:174-526, 1948.
27. Chagas Filho, C., *op. cit.*, p. 225.

28. Chagas, C. Estado atual da tripanosomíase americana. *Rev. Biol. e Higiene (São Paulo)*, 5: 58-62, 1934.
29. Rezende, J.M. de. Megaesôfago por doença de Chagas. *Rev. Goiana Med.* v 2, 1956, p. 297-314.
30. Porto, C.; Porto, C.C. História do megaesôfago nos congressos médicos do Brasil Central. *Rev. Goiana Med.*, 16:117-136, 1970.