

Contraria contrariis curantur, Similia similibus conservantur:
Como utilizar a matéria médica no século XVIII?

Silvia Waisse

Resumo

Os esforços investidos ao longo do Renascimento para dar articulação lógica à divisão teórica da medicina (*Theorica*) cristalizaram, na metade do século XVI, nas chamadas “Instituições da Medicina”. A primeira delas, Fisiologia, discorria sobre a constituição humoral do corpo humano em saúde (“estado natural”). O anverso da moeda era o âmbito da Patologia, portanto, o estudo do estado “contranatural” (ou preternatural) do corpo humano. A manutenção da saúde (Higiene) e a correção da doença (Terapêutica) dependiam de agentes neutros em si mesmos (os tradicionais seis “não naturais”), aplicados de acordo com regras lógicas: similares conservam, contrários curam. Em paralelo, a tradição da medicina prática (*Practica*), desde tempos imemoriais consistia numa listagem de sintomas e sinais, ordenados, “da cabeça aos pés”, além das febres, seguidas dos tratamentos correspondentes. A reunião de *Theorica* e *Practica* é atribuída a H. Boerhaave (1668-1738), o que o tornaria o “mestre da Europa inteira”. Neste trabalho é abordada a doutrina das indicações higiênicas e terapêuticas formulada por Boerhaave sob o guia do seu “duplo método empírico-racional”.

Palavras-chave

Medicina prática; Século XVIII; Hermann Boerhaave; Doutrina das indicações

Contraria contrariis curantur, Similia similibus conservantur:
how to use the materia medica in the 18th century?

Abstract

The Renaissance endeavors to formulate medical theory (*Theorica*) in logical terms acquired formal definition by mid-17th century as the so-called “Medical Institutions”. The first such institution, Physiology, dealt with the conformation of the human body in health (“natural state”). Pathology was the other side of the coin, i.e., the study of the “contra-natural” state of the human body. Maintenance of health (Hygiene) and eradication of disease (Therapeutics) depended on the action of agencies neutral by themselves (the traditional six “non naturals”), which were used according to logical rules: similars preserve, contraries heal. In parallel, the practical side of medicine (*Practica*) consisted since remote times in lists of signs arranged “from head to toes”, in addition to fevers, followed by corresponding treatments. The first reunion of *Theorica* and *Practica* is attributed to H. Boerhaave (1668-1738), which made him “the teacher for the whole of Europe”. In the present article, I discuss the doctrine of hygienic and therapeutic indications formulated by Boerhaave from the perspective of his “double empirical-rational method”.

Keywords

Practical medicine; 18th century; Hermann Boerhaave; Doctrine of indications

· Doutora em História da Ciência; Professora, Programa de Estudos Pós Graduated em História da Ciência/Pesquisadora, Centro Simão Mathias de Estudos em História da Ciência (CESIMA), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Trabalho apresentado no Simpósio Temático “Concepções sobre Doença e sua Prevenção”, 14^o Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia. Processo 2007/59694-0, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). ✉ swaisse@pucsp.br

Introdução: Hipócrates não diagnosticava doenças?

O século XVIII representou um período de grandes transformações na visão geral do mundo. Entre outros motivos, porque testemunhou a derrubada de abordagens tradicionais, vigentes desde a antiguidade, paralelamente à formulação de outras, novas, que, com o tempo, cimentariam a visão hodierna do mundo, incluindo nela, naturalmente, também a ciência e a medicina.

No contexto da medicina e da ciência, da química em particular, um dos principais operadores, nesses tempos de transição, foi Hermann Boerhaave (1668-1738), o célebre professor da universidade de Leiden. De fato, os motivos por trás da fama de Boerhaave é assunto que cativa estudiosos tanto contemporâneos a ele, quanto no presente. Parte da discussão procura estabelecer se tal fama foi verdadeiramente merecida: para aqueles que respondem afirmativamente, permanece a missão de justificá-la.¹

Assim, dentre os diversos motivos sugeridos para dar conta da fama de Boerhaave, tem sido destacada a sua capacidade original para sintetizar a teoria e a prática médicas, mesmo que apenas de modo metodologicamente “ecclético”.² Tal façanha pode parecer estranha no presente, na medida em que estamos acostumados, irrefletidamente, à ideia de que todo tratamento médico está baseado num diagnóstico e que este, por sua vez, depende do estoque disponível de conhecimento médico teórico. Essa ideia é tão onipresente, que mesmo os historiadores da medicina abordam a medicina do passado, incluindo aquela da Grécia clássica, da perspectiva do papel central do diagnóstico, e consequentes entidades nosológicas, no ato médico.³

Como é comumente sabido, o ato médico consiste em três momentos: cognição, tomada de decisão e ação. Costumamos entender o momento de cognição, na atualidade, como “diagnóstico”. No entanto, o diagnóstico não só não teve, sistematicamente, o papel central, mas, de fato, a medicina moderna, ou diagnóstica, emergiu muito recentemente, apenas no século XIX.⁴ Sendo assim, a pergunta que surge, naturalmente, é: se a medicina não dependia no diagnóstico da doença, no que estava baseada? Historicamente, a prática da medicina sempre esteve baseada em **signos**, de modo que a tarefa do historiador é compreender como os médicos entenderam o poder sígnico dos signos médicos.

¹ Vide, por exemplo, J. Dankmeijer, “Is Boerhaave’s Fame Deserved?,” in *Boerhaave and His Time*, ed. Gerrit A. Lindeboom (Leiden: E.J. Brill, 1970), 17-30.

² Vide, por exemplo, Karl Rothschild, “Idee und Methode in ihrer Bedeutung für die geschichtliche Entwicklung der Physiologie,” *Sudhoffs Archiv* 46 (1972): 97-119; Christian Probst, *Der Weg des ärztlichen Erkennens am Krankenbett: Hermann Boerhaave und die ältere Wiener Schule* (Wiesbaden: Franz Steiner Verlag, 1972); Lester S. King, *The Medical World of the 18th Century* (Chicago: The University of Chicago Press, 1958), cap. 3; Gerrit A. Lindeboom, *Hermann Boerhaave: The Man and His Work* (London: Methuen & Co., 1968).

³ Vide, por exemplo, Walter Pagel, “Prognosis and Diagnosis: A Comparison of Ancient and Modern Medicine,” *Journal of the Warburg Institute* 2, nº 4 (1939), 382-98.

⁴ Vide Volker Hess, *Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin: die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850* (Husum: Mathesen, 1993).

Uma breve e necessária contextualização

A presente discussão refere-se à medicina ocidental, tal como surgida na tradição medieval latina e sua institucionalização na universidade. Esse processo teve suas raízes imediatas nas doutrinas médicas formuladas na escola de Salerno. Com base em manuscritos árabes recentemente redescobertos, traduzidos pela primeira vez ao latim – o *Isagoge Ioannitius* e o *Pantegni* de Haly Abbas, em particular –⁵ a medicina foi formalmente dividida em *Theorica* e *Practica*, como segue:

- *Theorica*: ciência que permite conhecer a saúde, a doença e o estado neutro através da reflexão sobre as *res* (coisas) *naturales*, *contra naturam* e *non naturales*;
- *Practica*: tem duas partes, a ciência de conservar a saúde e a ciência de curar a doença.

Por *res naturales*, entendia-se aquilo que é apropriado à natureza do corpo humano – sete categorias: *elementa* (elementos), *complexiones* (mistura dos elementos e suas qualidades), *compositiones* (mistura dos humores), *membra* (órgãos), *virtutes* (virtudes ou faculdades), *operationes* (efeitos das virtudes) e *spiritus* (espíritos). Reciprocamente, as *res contra naturam* compreendiam o que é contrário à natureza do corpo humano, a saber: doença e suas diferenças, as causas da doença e os efeitos da doença (sintomas). Finalmente, as *res non naturales* seria aquilo que nem é apropriado nem contrário à natureza do corpo humano, mas que pode produzir influência nele, sendo, tradicionalmente, seis: *aer* (ar), *cibus et potus* (alimento e bebida, incluindo medicamentos), *motus et quies* (movimento e repouso), *somnus et vigília* (sono e vigília), *secreta et excreta* (secreções e excreções) e *affectus animi* (paixões da alma).

Por sua vez, *Practica* compreendia “três coisas”: 1) a regulação dos *non naturales* (dieta e regime geral); 2) prescrição de medicamentos; e 3) cirurgia – as últimas duas, obviamente, dirigidas a corrigir os estados *contra naturam*.

Tudo levaria a pensar que a prática da medicina se baseava nas noções ensinadas na divisão teórica, como é na atualidade. No entanto, esse não era o caso. O curso de *Practica*, em geral, ministrado ao longo de três anos, visava instruir na cura de doenças, ordenadas “*a capite ad calcem*” (da cabeça aos pés), sendo o terceiro ano dedicado às doenças do corpo inteiro, as febres em particular. Para tanto, no período da institucionalização universitária da medicina, a partir do século XIII, o currículo era baseado no *IX Livro ad Almansorem* de ar-Razi (854-925), nos quais moléstias (não “doenças”) eram descritas “da cabeça aos pés”, seguidas de seus sinais e sintomas e tratamentos correspondentes. Essa foi a base para uma verdadeira explosão de livros

⁵ O *Isagoge Ioannitius* é uma tradução latina, por Constantino o Africano (f. antes de 1098/9), no século XI, de uma introdução à *Ars medica* de Galeno atribuída a Hunain ibn Ishaq (809-973), no século IX; aqui foi utilizada a tradução ao inglês realizada por Edward Withington e incluída como apêndice em seu *Medical History from the Earliest Times* (London: Scientific Press, 1899), 387 et seq. Sobre o *Pantegni*, vide Charles Burnett, & Danielle Jacquart, ed., *Constantine the African and Ali ibn-Abbas al-Magusi: The Pantegni and Related Texts* (Leiden: E.J. Brill, 1994).

de *Practica*, eventualmente desenhados de modo a que o médico pudesse pendurá-los do cinto ao visitar seus pacientes.⁶

Já o currículo da *Theorica* seguiu, inicialmente, um conjunto, relativamente fixado, de textos, conhecidos como *Articella* e que em sua versão mais conhecida, incluíam: o *Isagoge* de ibn Hunain, os *Aforismos* e *Prognósticos* de Hipócrates, o *Ars parva* de Galeno, um tratado *De urine*, de Teófilo, e outro *De pulsibus*, atribuído a um certo Filaretus. Em tempo, e com a inclusão do *Canon* de ibn Sina (ca. 980-1037), o currículo da *Theorica* foi ressystematizado por volta da metade do século XVI por Jean Fernel (1497-1558) e Leonhart Fuchs (1501-1566), sob o nome de “Instituições da Medicina” – curso universitário e livros de texto com o mesmo nome.⁷ Chegou assim até o século XVIII, e até Boerhaave, como ilustra um dos seus best-sellers, *Institutiones medicæ*, publicado em 1708, sendo a compilação das notas que preparara para a disciplina homônima, que ministrara desde 1701.⁸

Sinteticamente, a medicina teórica foi dividida em cinco partes: fisiologia (ou Economia Animal), patologia, semiótica, higiene e terapêutica. O estudo da saúde era o objeto da Fisiologia, sendo que os métodos para conservar o estado de saúde era o objeto da Higiene. Já o estudo do estado de doença era o objeto da Patologia – entendida como o reverso da Fisiologia; conseqüentemente, os métodos para eliminá-lo, eram o objeto da Terapêutica. Como parte da *Theorica*, a Terapêutica era entendida como discurso racional, *Methodus medendi*,⁹ como se verá a seguir.

A quinta parte das Instituições da Medicina era a Semiótica, ou “doutrina dos signos”, que permitia fazer a passagem da Fisiologia para a Higiene e da Patologia para a Terapêutica. O motivo era que são os signos o que permitem ao médico conhecer o que se passa no interior, invisível, do seu paciente. O conceito de signo utilizado, desde a antiguidade até a época de Boerhaave, era o tradicional, formulado por Agostinho (354-430): “Signo é aquilo que se mostra a si mesmo aos sentidos e [mostra] uma outra coisa além de si mesmo à mente”¹⁰ – sintetizado na fórmula *aliquid pro aliquo*, como evidencia, por exemplo, Fuchs: “*Signum vt à nomine explicatione au spicemur, est, quod re aliqua significat: vel quod rei aliquius est significantiuu*”¹¹.

A aplicação fundamental da doutrina do signo era na chamada “doutrina da indicação”.¹² Na definição de D. Sennert, uma cura “é uma instrução dada pelo

⁶ Vide Henry Sigerist, “The Latin Medical Literature of the Early Middle Ages,” *Journal of the History of Medicine* (1958), 127-146; e Joël Coste, “Practical Medicine and its Literary Genres in France in the Early Modern Period”, www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/medpratique_eng.htm acesso em 25/07/2009.

⁷ Cf. Jean Fernel, *Universa Medicina* 6ª ed. (Francofurti: Claudium Marnium & heredes Ion. Aubrii, 1607), 1ª edição de 1550; e Leonhart Fuchs, *Institutionum medicinarum* (Lugduni: Thomam Guerinum, 1555).

⁸ Vide Gerrit A. Lindeboom, *Bibliographia Boerhaaviana* (Leiden: E.J. Brill, 1959).

⁹ Vide Jerome J. Bylebyl, “Teaching Methodus Medendi in the Renaissance,” in *Galen’s Method of Healing*, ed. Fridolf Kudlien, & Richard J. Durling (Leiden: E.J. Brill, 1991): 157-89.

¹⁰ Agostinho, *De dialectica* (Dordrecht: D. Reidel, 1975), cap. 5.

¹¹ Fuchs, 445.

¹² Daniel Sennert, *Institutionum medicinarum libri V*, 2ª ed. (Witerbergae: apud Zachariam Shurerum, [s.d.]) cotejado com uma tradução inglesa, *Institutions or Fundamentals of the whole Art of Medicine*, in *Nine Books of Physick and Surgery* ((London: L. Lloyd, 1656), livro 2. Essa obra foi escolhida como representante do gênero tradicional, porque Sennert (1572-1637) é considerado o último grande expoente da tradição galênica, ao mesmo tempo em que procurou conciliá-la com a nova medicina química, desenvolvida a

indicante (*indicans*) para se fazer alguma coisa”¹³. Nesse sentido, é sempre única, por exemplo, “aquecer”. Já o “meio de ajuda” é aquilo que o médico faz efetivamente, tal como indicado pelo *indicans* – o *indicatum* – e que pode ser feito de múltiplas maneiras, por exemplo, pode-se aquecer através do uso de pimenta, gengibre, absinto, etc.¹⁴ Desse modo, a indicação (*indicatio*) é um instrumento lógico, que permite ao médico descobrir os remédios adequados para a cura das doenças, isto é, indicam – apontam como pelo dedo índice – aquilo que será curativo. E sintetiza: a indicação (*indicatio, endeixis*)

“mostra os remédios, ou seja, [é] a percepção do que há de salutar no *indicans* conhecido a partir das causas, vale dizer, a percepção e entendimento do que ajuda ou está indicado (*indicatum*), com a compreensão daquilo que indica (*indicans*), sem experiência ou argumento por força [analogia] levando da causa ao efeito”.¹⁵

Para esclarecer esse ponto, Sennert dedica vários parágrafos a uma breve discussão da chamada “medicina racional” (dogmática, erudita ou acadêmica), por contraposição a outras abordagens. Nesse contexto, enfatiza que a doutrina da indicação era o elemento fundamental da medicina racional e, sendo um lugar comum na época, não se vê, aparentemente, obrigado a explicar que o apelo à lógica (ou “dialética”, como era chamada na época) e ao conhecimento por causas era o que demarcava a medicina racional da empírica, desde a época de Galeno, e a medicina erudita da leiga, a partir da Idade Média.

A forma particular de raciocínio lógico utilizado na indicação era o entimema, isto é, um silogismo incompleto, onde uma parte (a que garante a validade do argumento) falta, porque é assumida: *similia similibus preservantur* ou *contraria contrariis curantur*. Isto é, os similares preservam os similares e os contrários curam os contrários, o primeiro aplicável, obviamente, na Higiene e o segundo na Terapêutica.¹⁶

partir dos ensinamentos de Paracelso (1493-1541); vide Ian Maclean, *Logic, Signs and Nature in the Renaissance: The Case of Learned Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 2002), 34. Igualmente, é explicitamente citado por Boerhaave como caso exemplar da tradição que procurava ultrapassar, cf. Hermann Boerhaave, *Academical Lectures* 2ª ed. (London: W. Innys, 1751), nota ao § 802. Todas as citações da obra de Sennert correspondem à tradução inglesa. De modo similar, muitas das edições das obras de Boerhaave foram publicadas de modo não autorizado, sendo notas de aulas registradas por alunos. Por esse motivo, há discrepâncias e adições. As *Academical Lectures* recém citadas são uma tradução inglesa de *Institutiones Medicæ*.

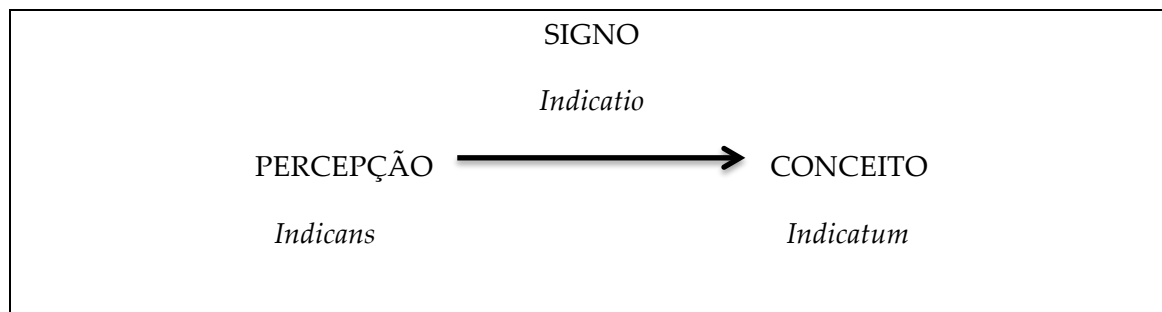
¹³ Sennert, II: 285. Nisso segue Hieronymus Capivaccius (f. 1589), “O método de curar é a arte na qual, através de indicações, encontra-se os medicamentos para recuperar a saúde perdida por um indivíduo”, *Ibid.*, II: 348, vide também Maclean, 111.

¹⁴ Sennert, II: 286.

¹⁵ *Ibid.*, II: 349.

¹⁶ Esse tipo de silogismo também é chamado de “prático”, porque tem um propósito ou comando como uma das premissas; vide Maclean, 306-11.

Desse modo, pode-se concluir que até o advento da medicina diagnóstica, no século XIX, o objetivo da etapa cognitiva do ato médico não era formular um “diagnóstico”, como base da terapêutica, mas identificar indicadores terapêuticos:¹⁷



O que mudou na modernidade?

Diante do exposto, não é difícil entender que nada do que era ensinado em *Theorica* era aplicado na prática da medicina. Isto é, no âmbito acadêmico, eram discutidas complexões (ou temperamentos), analisados argumentos lógicos e compostas, como exercício, receitas extremamente complicadas para preencher as múltiplas indicações de um suposto caso de doença.¹⁸ Quando um doente era trazido ao anfiteatro universitário, era para ilustrar a aplicação do *methodus*, que sendo lógico, dedutivo, das causas para os efeitos, isto é, “racional”, em soma, era sistematicamente discutido do geral para o particular. Na prática, os médicos utilizavam os livros de *Practica*, como mencionado, listados de moléstias, *a capite ad calcem*, acompanhados dos tratamentos correspondentes.

Contudo, o século XVII trouxe Francis Bacon (1561-1626) e, com ele, a indução. Boerhaave foi abertamente reconhecido como uns dos introdutores da “nova ciência” no continente, partidário tanto de Bacon, quanto de Robert Boyle (1627-1691) e de Isaac Newton (1643-1727).¹⁹ É assim como deve interpretar-se a primeira descontinuidade

¹⁷ Assim como indicadores prognósticos; esse aspecto não é discutido aqui, porque excede o propósito do presente artigo.

¹⁸ Bylebyl; William P.D. Wightman, “Quid sit methodus? ‘Method’ in Sixteenth-century Medical Teaching and ‘Discovery’,” *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 19, n° 4 (1964), 360-76.

¹⁹ Vide, Boerhaave *De commendando Studio Hippocratico*, in *Orationes octo* (Venetiis: Laurentium Basilium, 1757, 447-516); os comentários de E. Kegel-Brinkave, & A.M. Luyendijk Elshout a sua tradução dessas palestras, *Boerhaave’s Orationes* (Leiden: E.J. Brill, 1983), 60; Ursula Klein, “Experimental History and Hermann Boerhaave’s Chemistry of Plants,” *Studies in the History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 34, n° 4 (2003): 533-67; Allen G. Debus, *Chemistry and Medical Debate: Van Helmont to Boerhaave* (Canton: Watson Publishing International, 2001); John Powers, “Chemistry without Principles: Hermann Boerhaave on Instruments and Elements,” in *New Narratives in Eighteenth Century Chemistry*, ed. Lawrence M. Principe (Dordrecht: Springer, 2007), 45-61; Harold J. Cook, “Boerhaave and the Flight of Reason from Medicine,” *Osiris* 17 (2000): 25-48, e *Matters of Exchange: Commerce, medicine and Science in the Dutch Golden Age* (New Haven: Yale University Press, 2007); Rina Knoeff, *Hermann Boerhaave (1668-1738): Calvinist, Chemist and Physician* (Amsterdam: KNAW, 2002) Waisse, “Boerhaave beyond Myth and Stereotype” (em preparação). Vide também Boerhaave, Introdução a *Institutiones Medicæ* (Lugduni Batavorum: apud Johanem vander Linden, 1708) e §1, 8, 9, 15, 17, 19, 24, 25.

detectável em suas *Instituições da Medicina* – que, de resto, conservam a estrutura e conceitos tradicionais: se bem tudo começa pela experiência, não se esgota nela. Ou como diria, mais simplesmente, “Eu só [faço é] deduzir Consequências de Fatos e afirmar o que tenho experimentado, não conheço qualquer outro caminho [que leve] ao Conhecimento”²⁰.

Assim, conforme à tradição, define os sintomas como “fenômenos preternaturais num corpo doente que derivam da doença como sua causa, mas que se distinguem dela e de sua causa próxima”²¹. Ao iniciar a discussão da parte semiótica, observa que “a natureza presente no corpo na saúde ou na doença, raramente se manifesta *per se* aos sentidos e, por isso, não pode ser conhecida acuradamente *per se*”²². Para resolver esse impasse, o médico dispõe... não dos **signos**, como seria de se esperar, de acordo com a tradição prévia, mas dos **sintomas**: “[...] se o estado (natural ou contranatural) e suas causas não são perceptíveis, os **efeitos** de ambos entanto que causas, quando **manifestos aos sentidos**, expressam, necessariamente, a natureza das causas que os produzem”²³. Tem-se, aqui, portanto, uma primeira explicitação formal do **papel dos sintomas, os efeitos da doença, como indicadores dela**.²⁴ Boerhaave explica: na medida em que são perceptíveis, tanto causas, quanto efeitos são chamados de **fenômenos**, e **quando aos fenômenos aplica-se as leis do raciocínio correto, tornam-se signos**.²⁵

Em síntese, os signos nada são senão o que a razão permite inferir a partir de fenômenos perceptíveis pelos sentidos – o que, mais uma vez, corresponde à definição agostiniana do signo. No entanto, Boerhaave liga explicitamente noções da Patologia (teórica, cognitiva) à disciplina que introduz o método de ação prática, a Semiótica, ou doutrina do signo. Desse modo, tem-se aqui uma instância da tentativa sistemática de Boerhaave para ligar teoria e prática, razão e experiência.

De fato, Boerhaave insistirá em que, se o ensino da medicina procede do geral ao particular, das causas para os efeitos (método analítico), a prática da medicina progride das propriedades particulares dos corpos individuais para as categorias gerais (método sintético). E assim, enquanto seu *Instituições da Medicina* estava exclusivamente dedicado ao ensino teórico e, portanto, procedia do geral para o particular, a prática da medicina, necessariamente, deve progredir do particular para o geral e, portanto, não tem lugar nas Instituições, os fundamentos da Medicina, mas na disciplina de *Practica*. E o livro de texto composto por Boerhaave para esse fim é outro, *Introductio in Praxin Clinicam* (Introdução à Prática Clínica), também um best-seller, baseado nas notas introdutórias para o seu curso de prática à beira do leito do doente. Nessa obra, procede exatamente no sentido contrário que em *Institutiones*, do mais concreto e particular para as noções mais gerais, passo a passo.

²⁰ Boerhaave, *Academical Lectures*, 12.

²¹ Boerhaave, *Institutiones Medicæ*, § 801.

²² *Ibid.*, § 872.

²³ *Ibid.*, § 873. A ênfase é nossa.

²⁴ O mesmo se aplica, de acordo com Boerhaave, para as causas da doença, quando manifestas aos sentidos; *Ibid.*, § 874.

²⁵ *Ibid.*, § 875.

Assim afirma: o primeiro passo é focar nos dados que permitem estabelecer a “idiosincrasia” (constituição, temperamento) do paciente, através do exame físico. O seguinte consiste em realizar um interrogatório sobre a doença atual, incluindo os elementos relacionados aos seis *non naturales* tradicionais, assim como determinar o comprometimento dos sólidos e líquidos corporais. Essa etapa deve ser seguida de uma descrição minuciosa de todo e cada evento relacionado com a doença, incluindo o diagnóstico do estado das três ordens de ações orgânicas (vitais, naturais e animais). Ainda fica para o médico avaliar as possíveis alterações nas qualidades do doente (cor, odor, etc.), através dos sentidos.²⁶

Essa avaliação, longa e detalhada, deve colocar o médico em condições de dar o nome da doença, sua fase atual, qual é a parte comprometida e qual a *materia peccans* que afeta essa parte. Disso depende, em primeiro lugar, o prognóstico e, nos casos nos quais há esperanças de melhora ou de cura, também o tratamento, de acordo com a doutrina da indicação tradicional: 1) indicação vital – regime, de acordo com os seis *non naturales*; 2) indicação preservativa – contra a causa da doença; 3) indicação curativa – contra a natureza, causa e localização da doença; 4) indicação atenuadora – tratamento dos sintomas, de acordo com o perigo potencial de vida que impliquem.²⁷

É sobre essa base que pode ser aplicada a Terapêutica, ou *Methodus medendi*: o primeiro, afirma Boerhaave, é “saber qual alteração é preciso provocar no paciente (*indicatio*) e através de qual meios realizá-la (*indicatum*)”²⁸. Assim insiste: esse conhecimento é exclusivamente fornecido pelos fenômenos perceptíveis no paciente, elaborados através do raciocínio, ou seja, a partir dos signos tomados do paciente, ao invés dos princípios gerais da medicina, “que falham quando são aplicados aos casos particulares”.²⁹

Já os recursos concretos para preencher as indicações não tinham lugar nem na *Theorica* (Terapêutica, *Methodus medendi*), nem na *Practica*, mas num terceiro gênero de obras: a *materia médica*.

Para ilustrar o projeto de Boerhaave, é relatado, aqui um exemplo de sua prática.³⁰

²⁶ Boerhaave, *Introductio in Praxin Clinicam*, in *Opera Omnia* (Venetiis: apud Laurentium Basilium, 1757), 533-92.

²⁷ Ibid.

²⁸ Boerhaave, *Institutiones Medicæ*, § 1.069.

²⁹ Ibid.

³⁰ Na verdade, trata-se da resposta a uma consulta postal. Boerhaave só publicou dois relatos de caso, ambos correspondentes a pacientes que não conseguiu diagnosticar e curar em vida, sendo o objetivo da publicação ilustrar a utilidade do exame *post mortem*; vide Boerhaave, *Atrocis, nec descriptis prius, morbi historia, secundum medicæ artis leges* (Lugduni Batavorum: ex officina Boutesteniiana, 1724) e *Atrocis, rarissimique morbi historia altera* (Lugduni Batavorum: Sam Kuchtmanns & Theod. Haak, 1728). Outros quatro casos foram publicados por Albrecht von Haller e uma fonte anônima, a partir de notas tomadas nas aulas clínicas de Boerhaave, *Prælectiones publicæ de morbis oculorum...* (Parisiis: Guglielmo Cavelier Patrem, 1748), traduzido ao francês como *Des maladies des Yeux de Hermann Boerhaave...* (Paris: Huart & Masson, 1749). É por esse motivo que a maioria das informações sobre o modo de trabalhar de Boerhaave deve ser colhida de sua correspondência; aqui foi utilizado *Consultationes Medicæ*, editio nova Parisiensis

Um caso de asma³¹

Trata-se de caso de um jovem de 28 anos, de boa posição e virtuoso. A doença começou na infância, quando foi enviado pelos pais estudar artes liberais em Londres. na companhia dos seus colegas, costumava jantar sanduíche de queijo quente, porque gostava muito.

No entanto, uma noite no final do outono, depois de ter jantado abundantemente, sentiu-se sonolento, para acordar poucas horas após, num estado de dispneia e ansiedade, que as pessoas próximas acharam que ia morrer. Os sintomas desapareceram no prazo de uma hora, sem qualquer medicação nem evacuação perceptível, ficando em aparente boa saúde.

Desde então, as crises se repetiram frequentemente, geralmente entre o final do verão e o começo do outono, sempre resolvendo-se sem evacuação perceptível. Já no último mês de agosto, a crise foi especialmente grave, durando dez semanas. Foi tratado com medicamentos catárticos e peitorais; a expectoração, inicialmente, sempre o aliviava. Nessas circunstâncias, retornou a sua casa, onde a exposição ao ar fresco, exercício, uns poucos medicamentos peitorais e incidentes e o calor moderado (porque as crises retornavam ao se esfriar, assim como por supressão da expectoração) o mantiveram em boa saúde até os 22 anos de idade.

As crises de dispneia eram precedidas e acompanhadas de um cortejo relativamente constante de sintomas:

- Antes da crise, sensação de constrição na boca do estômago; distensão abdominal; dor pesada na cabeça; pouca urina, de cor vermelho; constrição abdominal.
- Durante a crise, ansiedade precordial, tosse seca, constrição intestinal, urina pouca e vermelha; febre, manifesta por calor, sede e pulso frequente e desigual.
- Nas crises mais graves, calafrios e temores

Sistematicamente, no final das crises, a tosse se tornava úmida, com secreção espessa e viscosa, diurese abundante, com sedimento urinário cor de tijolo; quanto mais abundantes essas duas evacuações, tanto maior o alívio.

A duração das crises era de oito a dez dias e, quando mais breves, a expectoração não era tão espessa e viscosa, porém gelatinosa. Quanto ao intervalo entre os paroxismos, era extremamente variável.

Boerhaave considera essa descrição o suficientemente detalhada e acurada, e assim, conclui que se trata de asma, devido a convulsão. A parte afetada é o diafragma, mais particularmente, o ponto onde o esófago se continua no estômago. Explica que devido ao excesso, o calor de queijo quente havia irritado os nervos, numerosíssimos, nessa região, levando a constrição tetânica do diafragma, conseqüentemente impedindo a dilatação recíproca e constrição do peito. Graças à fraqueza inerente a doença, nervos e músculos ficaram hipotônicos, o que impediu a

1750 (Venetiis: Jo. Baptistam Pasquali, 1757), cotejado com *Boerhaave's Medical Consultations* (London: John Nourse, 1745).

³¹ Boerhaave, *Consultationes*, 9 et seq. (caso III).

morte instantânea por sufocação, de modo que a força vital (*vis vitalis*) foi capaz de mitigar as exacerbações, durante algum tempo.

No entanto, continua, esse estado de coisas não poderia ser duradouro, na medida em que a parte afetada estava extremamente degenerada, sendo facilmente irritada pela mais mínima causa. De fato, assevera, a cada convulsão, o corpo do paciente era a cada vez mais afetado, na medida em que era impedido o fluxo dos humores através dos órgãos produtores do quilo, sendo a sua ação pervertida, levando à produção de bile preta (melancolia).

Diante dessa situação, Boerhaave afirma que o mal inteira pode ser facilmente extirpado, quando é atacado pela raiz. Desse método, o método de cura deveria incluir:

- 1) Procedimentos externos fortificantes: fricções.
- 2) Exercícios fortificantes: cavalgada.
- 3) Regime: deitar e acordar cedo; tarefas habituais.
- 4) Dieta: alimentos secos, de fácil digestão e em quantidade moderada; especialmente frutas de verão bem maduras, carne assada, peixe de mar ou de rio grelhado, vegetais de todo tipo, especialmente alface e chicória.
- 5) Medicação: pílulas a base de bálsamo do Peru e mirra; poção de *Bellis perennis*, *Chaerophyllum temulum*, *Cochlearia*, *Hedera terrestris*, *Nasturtium aquaticum* e *Taraxacum*.
- 6) Melhorando, banhos, no verão, em água ferruginosa, exercício físico e “férias mentais”, completarão a cura.

Comentários finais

O presente estudo descreve as mudanças introduzidas por Boerhaave dentro do esquema tradicional de ensino, teoria e prática médicos, na primeira metade do século XVIII. Como foi visto, enquanto o ensino e a teoria procediam do geral ao particular (das causas para os efeitos, método “racional”), a prática médica progredia no sentido oposto (método “empírico”). No entanto, as categorias teóricas no final da escala ascendente, a partir do particular e concreto, eram precisamente as mesmas que as enunciadas na teoria médica, que, assim, passava a fundamentar, “racionalmente”, a decisão terapêutica.

É por isso que a abordagem de Boerhaave passou a ser denominada “*methodus empiricus rationalis*”,³² e seu autor foi celebrado como o primeiro que, na história da medicina ocidental, conseguiu reunir ambas as faces da medicina num único corpus, racional e ensinável. Não é, assim, por acaso, que ganhou o apelativo de “*communis Europae [...] preceptor*”³³, o mestre da Europa toda, de ninguém menos que Albrecht von Haller (1708-1777), “O Grande”.

³² Expressão aparentemente cunhada por Franz W. Lippich (1799-1845), membro da Primeira Escola de Viena, em 1836; vide Probst, 23.

³³ Albrecht von Haller, *Bibliotheca Anatomica* (Tiguri: Orell, Gessner, Fuessli et Socc., 1774), I: 756.