



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

CARMEM EMANUELA SANTOS SILVA

**HISTERIA MASCULINA EM JEAN MARTIN CHARCOT:
contribuições para uma história da Psicanálise**

**SÃO CRISTÓVÃO
2026**

CARMEM EMANUELA SANTOS SILVA

**HISTERIA MASCULINA EM JEAN MARTIN CHARCOT:
contribuições para uma história da Psicanálise**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Sergipe como requisito à obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientador: Dr. Daniel Menezes Coelho

**SÃO CRISTÓVÃO
2026**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**

S586h Silva, Carmem Emanuela Santos
Histeria masculina em Jean Martin Charcot: contribuições
para uma história da Psicanálise / Carmem Emanuela Santos
Silva ; orientador Daniel Menezes Coelho. – São Cristóvão,
SE, 2026.
176 f.; il.

Tese (doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de
Sergipe, 2026.

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Histeria. 4 Trauma (psíquico).
5. Charcot, J.M - (Jean Martin), 1825 - 1883 I. Coelho, Daniel
Menezes, orient. II. Título.

CDU 159.964.2

BANCA EXAMINADORA

Tese de **Carmem Emanuela Santos Silva**, intitulada **HISTERIA MASCULINA EM JEAN MARTIN CHARCOT: contribuições para uma história da Psicanálise**, defendida em **27/02/2026** para a Banca Examinadora constituída pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Daniel Menezes Coelho (orientador)
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof. Dr. Leomir Cardoso Hilário (examinador interno)
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof. Dr. Rogerio da Silva Paes Henriques (examinador interno)
Universidade Federal de Sergipe – UFS

Prof. Dr. Marcel Santiago Soares (examinador externo)

Profa. Dra. Klecia Renata de Oliveira Batista (examinadora externa)
Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF

A Joãozinho Bandeira
(*in memoriam*)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de
Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

AGRADECIMENTOS

Costuma-se dizer que a pós-graduação é um percurso marcado pelo desamparo. Passamos longas horas em leitura, confiando que os diálogos silenciosos com autores e seus desafios teóricos nos ajudem a formular nosso próprio problema de pesquisa. Enfrentamos sozinhos as temidas páginas em branco, envolvidos em um duplo movimento de fuga: evitamos as palavras enquanto elas parecem também escapar de nós. Agradecemos, um tanto empolgados, quando as ideias ainda tímidas começam a nos acompanhar e passam a ocupar lugar cativo em nossos pensamentos. De mãos dadas com as nossas próprias reflexões, o caminho deixa, pouco a pouco, de parecer tão solitário.

Vivenciamos essa etapa de nossa formação acadêmica na companhia das ideias que surgem e se transformam pelo caminho. Algumas se perdem, outras assumem uma nova roupagem, como se insistissem em ficar; há aquelas que se fantasiam de promessas de trabalhos futuros. Há ainda aquelas das quais não conseguimos abrir mão e aqueles encontros inesperados com um autor, escondido numa nota de rodapé, que mudam completamente o rumo do projeto e nos fazem começar a aprender um novo idioma só para acessá-lo.

Ainda assim, acredito, com o perdão do clichê, que as ideias (por melhores que sejam) não são suficientes para sustentar o fazer de uma pesquisa. São as pessoas que o tornam possível. E foi a presença – por vezes silenciosa – das pessoas que acompanharam cada etapa dessa história que impediu que a solidão marcasse o percurso de elaboração desta tese. A cada uma delas, minha profunda gratidão.

A **Daniel Coelho** agradeço a condução pendular durante o processo de elaboração desta pesquisa: você soube quando se afastar e quando chegar junto nos momentos decisivos. Obrigada pela sua presença fundamental na minha formação enquanto pesquisadora. Obrigada por apostar, lá em 2010, que poderíamos fazer um bom trabalho juntos. E, desde então, fizemos.

A **Leomir Hilário** e **Rogério Paes Henriques** agradeço o pronto aceite para participação nesta banca de defesa.

À **Alinne Nogueira** agradeço a leitura atenta, pelos comentários provocadores na banca de Qualificação e por me lembrar que, sendo Charcot um *visuel*, eu não deveria temer em colocar imagens complementares às análises da tese.

À **Tatiane de Andrade**, ainda que contratempos, agradeço o aceite carinhoso como avaliadora desta tese para que nossos caminhos se cruzassem novamente no campo da pesquisa em psicanálise.

À **Klecia Renata** agradeço pela generosidade do aceite e pela valiosa oportunidade desse encontro acadêmico.

A **Marcel Soares** agradeço a disponibilidade em fazer uma leitura historicamente situada da minha trajetória acadêmica ao compor essa banca. Obrigada pela fala gentil de quem sabe corrigir sem ofender, debater sem ar de superioridade e elogiar sem narcisismo.

A **Secretaria do PPGPSI**, em especial a Danilo Barbosa, agradeço o suporte burocrático essencial para o prolongamento e continuidade dessa pesquisa.

Ao **Projeto de Clínica Pública de Psicanálise** personificado nos pacientes, nos colegas e na secretaria que compuseram um ponto central da minha vivência na universidade durante o Doutorado na aposta de um outro fazer possível dentro do campo psicanalítico.

Aos meus **alunos**, especialmente os orientandos de estágio, agradeço por me lembrarem que a sala de aula também pode ser um espaço de cuidado.

Para **Felipe Nascimento** e **Stephanie Matos** agradeço a passagem de tempo que nos manteve juntos desde quando uma pós-graduação não era parte do nosso vocabulário juvenil. A Felipe, agradeço por sempre saber o que dizer e pelo humor genial. À Stephanie, agradeço por, desde que eu me lembro, acreditar mais em mim do que eu mesma.

À **Isis Vasconcelos** pela referência como pesquisadora e a **Dante Andrade** pela escuta sensível em todas as nossas interações em que a tese (e os bastidores dela) foi tematizada.

À **Manoela Oliveira**, agradeço por ser pulsão de vida e por uma amizade que me inspira a querer ver o mundo. A **Felipe Vieira**, pela empolgação genuína com todas as etapas pelas quais essa tese passou; e pela preciosa consultoria para a compra de periféricos. A **Roberto (Help)** por dizer “não entender nada” e, ainda assim, estar junto.

A **Geraldo Nunes** agradeço a aposta na amizade forjada num cenário repleto de desventuras. Obrigada pela parceria de trabalho na realização de uma pesquisa de iniciação científica e pelas fofocas que aliviaram os dias tensos.

A **Gustavo França** agradeço por todos os passos dados juntos desde o primeiro ano de Doutorado. Sua companhia (ainda que à distância) fez das aulas, da elaboração de artigos que nunca escreveremos e da escrita dessa pesquisa espaços importantes de troca. Obrigada por vislumbrar comigo que finalizar essa etapa do trabalho seria possível.

À **Carolina Rodrigues** agradeço pelos áudios gigantes em forma de afeto e pela amizade com alta concentração de carinho e de vulnerabilidade. A **Marcel Soares** agradeço

por me contagiar com o seu olhar poético da vida cotidiana. Aos dois, obrigada pela escuta que me abraçou tanto nesses últimos anos.

À **Barbara Nascimento** e à **Erica Hora** agradeço a presença constante. Estar com vocês para trocas acadêmicas e encontros “terapêuticos” em almoços e cafés foram essenciais para atravessar o caos. À Bárbara, obrigada por sua coragem inspiradora e por me lembrar que existem brigas que devem ser enfrentadas; à Érica, obrigada pelo privilégio de crescermos juntas e pela maneira como transitamos pela temática da histeria.

À **Carine**, agradeço a cada mensagem de “Está precisando de alguma coisa?” que, longe de um protocolo qualquer, se travestiram em verdadeira ajuda em tarefas cotidianas. Obrigada pela irmandade que compartilha o gosto duvidoso por músicas dos anos 2000, alegrias e ódios.

À **Dona Carmelita** e **Seu Manoel** agradeço por entenderem as minhas ausências e por não terem me deixado perder a fé. À minha mãe, obrigada, em especial, por ter me desejado “boas palavras” todos os dias, nesses últimos meses. Ao meu pai, sou grata por sempre perguntar se preciso de algo e pela prontidão em torcer por mim.

A **James**, agradeço a generosidade silenciosa de quem ama. Obrigada por ser o espaço onde eu me sinto em casa.

As memórias estão de férias no
inconsciente, onde estão gravadas; elas não
se perdem ali... É como um eu latente, mas
este eu é, de certa forma, superior ao outro
[eu consciente]. Ele constrói tudo o que
parecia perdido”.

Jean Martin Charcot

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo a apresentação e análise de elementos conceituais da obra de Jean Martin Charcot – especialmente as noções de *trauma* e de *ideias fixas* – a partir do resgate de suas aulas sobre histeria masculina (e, posteriormente, histeria traumática). A pesquisa parte dos estudos de adoecimento masculino no Hôpital de la Salpêtrière na última década do trabalho de Charcot desenvolvido naquela instituição. Historicamente, a Salpêtrière abrigava mulheres (mendigas, prostitutas, indigentes) e, com a entrada de Charcot como médico da instituição em 1862, ocorrem mudanças na estrutura, no corpo de funcionários e no perfil dos pacientes. Com a abertura da consulta externa, Charcot e seus internos começam a atender homens que apresentavam paralisias e contraturas que não correspondiam a um trauma físico. O trabalho com homens e o consequente diagnóstico de uma histeria traumática opera uma transformação na análise dos sintomas: o trauma físico cede lugar ao trauma psíquico, uma vez que as vivências associadas ao trauma físico anterior se tornam capazes de produzir efeitos corporais reais. A dinâmica da produção de sintomas compõe um aparelho psíquico charcotiano através do qual será possível pensar o adoecimento e, por conseguinte, uma possível cura para os sintomas. Visando dar conta dessa discussão, esta tese de doutorado se estrutura do seguinte modo: uma primeira seção introdutória em que o problema da histeria masculina é apresentado, bem como a justificativa de retomar a complexidade da etiologia neurótica charcotiana, frequentemente reduzida pela historiografia psicanalítica tradicional a um mero organicismo pré-freudiano; a segunda seção com o tratamento de elementos biográficos de Charcot a partir não somente de textos hagiográficos, mas de comentários de discípulos e pesquisadores do campo da medicina; e uma terceira seção, núcleo da tese, que explora como Charcot “masculiniza” a histeria, desloca a noção de trauma a partir do conceito de ideia fixa e esboça um modelo de aparelho psíquico dividido no qual um choque emocional é capaz de produzir efeitos corporais reais. Esta última seção se organiza a partir da análise de casos de homens histéricos que demonstram o papel da ideia na formação do sintoma, expondo como as análises de Charcot, ao universalizarem a histeria, fundamentam um modelo de psiquismo que prepara o terreno para a psicanálise freudiana. Por fim, um posfácio que objetiva resgatar brevemente alguns elementos históricos da relação entre Freud e Charcot a partir de cartas trocadas entre os pensadores, da correspondência entre Freud e Marta Bernays e de textos freudianos propriamente ditos.

Palavras-chave: Charcot; histeria masculina; trauma; ideia fixa; psicanálise.

ABSTRACT

The present work aims to present and analyze conceptual elements of Jean-Martin Charcot's work – specifically the notions of *trauma* and *fixed ideas* – based on the recovery of his lectures on male hysteria (and, subsequently, traumatic hysteria). The research stems from studies of male illness at the Hôpital de la Salpêtrière during the final decade of Charcot's work at that institution. Historically, the Salpêtrière housed women (beggars, prostitutes, the indigent), and with Charcot's arrival as the institution's physician in 1862, changes occurred in the structure, the staff, and the patient profiles. With the opening of the outpatient clinic, Charcot and his interns began treating men who presented with paralyses and contractures that did not correspond to physical trauma. The work with men and the subsequent diagnosis of traumatic hysteria effect a transformation in the analysis of symptoms: physical trauma gives way to psychic trauma, as the experiences associated with a previous physical trauma become capable of producing real bodily effects. The dynamics of symptom production compose a Charcotian psychic apparatus through which it becomes possible to conceptualize illness and, consequently, a potential cure for the symptoms. To address this discussion, this doctoral thesis is structured as follows: a first introductory section in which the problem of male hysteria is presented, along with the justification for revisiting the complexity of Charcot's neurotic etiology, often reduced by traditional psychoanalytic historiography to mere pre-Freudian organicism; a second section dealing with biographical elements of Charcot, based not only on hagiographic texts but also on commentaries from disciples and researchers in the medical field; and a third section, the core of the thesis, which explores how Charcot “masculinizes” hysteria, shifts the notion of trauma based on the concept of the fixed idea, and outlines a model of a divided psychic apparatus in which emotional shock is capable of producing real bodily effects. This final section is organized around the analysis of cases of male hysterics that demonstrate the role of ideation in symptom formation, showing how Charcot's analyses, by universalizing hysteria, establish a model of the psyche that paves the way for freudian psychoanalysis. Finally, an afterword that aims to briefly revisit some historical elements of the relationship between Freud and Charcot based on letters exchanged between the thinkers, correspondence between Freud and Martha Bernays, and Freud's own texts.

Keywords: Charcot; unconscious; traumatic hysteria; fixed idea; psychoanalysis.

RESUMÉ

Le présent travail a pour objectif la présentation et l'analyse d'éléments conceptuels de l'œuvre de Jean-Martin Charcot – plus particulièrement les notions de *trauma* et *idées fixes* – à partir de la récupération de ses leçons sur l'hystérie masculine (et, ultérieurement, l'hystérie traumatique). Cette recherche s'appuie sur les études de la maladie masculine à l'Hôpital de la Salpêtrière durant la dernière décennie des travaux de Charcot au sein de cette institution. Historiquement, la Salpêtrière accueillait des femmes (mendiante, prostituée, indigente) et, avec l'arrivée de Charcot en tant que médecin de l'institution en 1862, des changements surviennent dans la structure, le personnel et le profil des patients. Avec l'ouverture de la consultation externe, Charcot et ses internes commencent à soigner des hommes présentant des paralysies et des contractures qui ne correspondaient pas à un traumatisme physique. Le travail auprès des hommes et le diagnostic subséquent d'une hystérie traumatique opèrent une transformation dans l'analyse des symptômes: le traumatisme physique cède la place au traumatisme psychique, puisque les vécus associés au traumatisme physique antérieur deviennent capables de produire des effets corporels réels. La dynamique de la production des symptômes compose un appareil psychique charcotien à travers lequel il devient possible de penser la maladie et, par conséquent, une éventuelle guérison des symptômes. Afin de mener à bien cette discussion, cette thèse de doctorat se structure de la manière suivante: une première section introductive présentant le problème de l'hystérie masculine, ainsi que la justification de la reprise de la complexité de l'étiologie névrotique charcotienne, souvent réduite par l'historiographie psychanalytique traditionnelle à un simple organicisme pré-freudien; une deuxième section traitant des éléments biographiques de Charcot, non seulement à partir de textes hagiographiques, mais aussi de commentaires de disciples et de chercheurs du domaine médical; et une troisième section, noyau de la thèse, qui explore comment Charcot "masculinise" l'hystérie, déplace la notion de traumatisme à partir du concept d'idée fixe et esquisse un modèle d'appareil psychique divisé dans lequel un choc émotionnel est capable de produire des effets corporels réels. Cette dernière section s'organise autour de l'analyse de cas d'hommes hystériques qui démontrent le rôle de l'idéation dans la formation du symptôme, exposant comment les analyses de Charcot, en universalisant l'hystérie, fondent un modèle de psychisme qui prépare le terrain pour la psychanalyse freudienne. Enfin, une postface qui vise à revenir brièvement sur certains éléments historiques de la relation entre Freud et Charcot, en s'appuyant sur les lettres échangées entre les deux penseurs, la correspondance entre Freud et Martha Bernays, et les propres écrits de Freud.

Mots-clés: Charcot ; hystérie masculine; trauma; idée fixe; psychanalyse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Esquema do inconsciente de Charcot em 1892	28
Figura 2 – Caricaturas de Charcot	36
Figura 3 – Desenhos dos filhos de Charcot (por ele mesmo) em 1875	37
Figura 4 – Charcot e Rosalie	40
Figura 5 – Recorte de anúncio do ensino médico livre em 1868.....	66
Figura 6 – Aparelhos de compressão ovariana (modelo 1 e 2)	94
Figura 7 – O período do clownismo	98
Figura 8 – Hemiplegia traumática por medo de raio	124
Figura 9 – Ilustração da paralisia histero-traumática da mão e do pulso.....	127
Figura 10 – Contratura da mão esquerda (desenho de Paul Richer)	129
Figura 11 – Exame do paciente com coxalgia histérica (de pé)	131
Figura 12 – Fotografia do paciente Ch... durante exame clínico.....	131
Figura 13 – Comparação dos sintomas da coxalgia entre um modelo e o paciente.....	132
Figura 14 – Distribuição da anestesia em Le Log.....	137

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Boletim da graduação em medicina de Charcot.....	50
Tabela 2 – Interação entre a hierarquia Universitária e Hospitalar.....	56
Tabela 3 – Principais Patologias da Salpêtrière em 1862.....	60-1
Tabela 4 – Revistas que Jean-Martin Charcot fundou ou sobre as quais exerceu uma influência proeminente.....	63
Tabela 5 – Pacientes com diagnóstico de histeria na Salpêtrière em 1885.....	86

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A Escola da Salpêtrière: modernização e práticas de ensino na era Charcot.....	17
1.2 O encontro com o tema de pesquisa: a histeria traumática.....	24
1.3 Do tratamento das fontes	29
1.4 Da estrutura do trabalho.....	30
2 JEAN-MARTIN CHARCOT: DO JOVEM TÍMIDO AO PRINCE DE LA SCIENCE	
2.1 A infância, a vida familiar e a personalidade	34
2.1.1 O casamento, os filhos e as festas	42
2.1.2 A vida escolar	45
2.2 Os anos de juventude: a formação em medicina	47
2.2.1 A formação no sistema hospitalar.....	53
2.3 Charcot e a Escola da Salpêtrière.....	58
2.3.1 O encontro com a Histeria.....	69
2.4 Os anos tardios, a morte repentina e o legado.....	70
3 CHARCOT: A HISTERIA MASCULINA E O TRAUMA.....	83
3.1 A Policlínica e os diagnósticos de histeria masculina.....	84
3.2 A Grande Histeria.....	92
3.3 A histeria masculina.....	101
3.3.1 A histeria masculina em Jean Martin Charcot.....	108
3.4 Os trabalhadores urbanos e a histeria traumática.....	114
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
POSFÁCIO: O ENCONTRO ENTRE FREUD E CHARCOT.....	154
REFERÊNCIAS.....	170

INTRODUÇÃO

Os estudos da pré-história da Psicanálise demandam um retorno aos elementos que antecederam sua fundação, em geral traçando a trajetória dos encontros e rupturas realizadas por Sigmund Freud (1856-1939) no campo da neurologia e da psiquiatria do século XIX. A constituição do edifício freudiano não ocorreu no vazio, sendo permeada por influências clínicas e teóricas marcantes. Desde a clássica biografia mítica do homem Freud realizada por Jones (1989) e as análises do contexto cultural e intelectual da Viena *fin-de-siècle* de Gay (2012), até as obras de Andersson (2000), Ellenberger (2023) e Roudinesco (2016), há o reconhecimento da importância das figuras precursoras da Psicanálise. O próprio Freud (Freud, 1913/2010) indicou a importância de nomes como Charcot, Liébault, Bernheim, Janet, Breuer e Herbart na história do movimento psicanalítico. Este trabalho concentra seus esforços na relação entre Freud e Jean Martin Charcot (1825-1893).

A obra enciclopédica de Henri Ellenberger – *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry* (publicada originalmente nos anos 1970) – subscreve o papel de Charcot como a ponte entre o antigo mundo do magnetismo e do hipnotismo e o desenvolvimento moderno da segunda psiquiatria dinâmica. A relevância de Ellenberger reside em ter realizado a primeira historiografia que, nas palavras de Roudinesco (2005), buscou “entender Freud fora da sua lenda, e de lhe atribuir o *status* de sábio moderno, dividido entre o desejo de arrancar o inconsciente do domínio da magia e a fascinação pelas mitologias do pensamento arcaico” (p. 589). Ellenberger (2023) enfatiza que grande parcela do que é creditado a Freud faz parte de uma tradição corrente; no entanto, se algo de original se sobressaiu, foi a capacidade que Freud demonstrou de sintetizar e sistematizar essas ideias na forma da teoria, do método e da organização do movimento psicanalítico. No trabalho do historiador canadense, Freud (e a psicanálise) se inseriria(m) num novo sistema de psiquiatria dinâmica – que viria a substituir os sistemas do século XIX – juntamente com a análise psicológica de Pierre Janet, a psicologia individual de Alfred Adler e a psicologia analítica de Carl Gustav Jung.

Charcot, por sua vez, ocupa um lugar importante no desenvolvimento da primeira psiquiatria dinâmica (1775-1900), cujas bases foram estabelecidas por Mesmer e Puységur e, posteriormente, reconhecidas pela universidade através do próprio Charcot e de seu contemporâneo Bernheim. Esta primeira psiquiatria dinâmica se caracteriza, de forma geral, pelos usos terapêuticos da noção de inconsciente (desde o magnetismo à hipnose e o

sugestionamento utilizada pelas Escolas de Nancy e da Salpêtrière). Conforme Ellenberger (2023), as características primordiais (e constantes) desse primeiro sistema incluem: o hipnotismo como a via de acesso primordial ao inconsciente; a atenção a quadros clínicos específicos (notadamente a histeria em sua fase final); a existência de um modelo de mente humana (dualidade entre psiquismo consciente e inconsciente e, mais tarde, feixes de personalidade) e a conexão entre paciente e hipnotista como ferramenta terapêutica.

Nosso objetivo, com a presente pesquisa, é resgatar elementos conceituais dos trabalhos de Charcot – especialmente as noções de *trauma* e de *ideias fixas* – para delimitar o modelo charcotiano de psiquismo. Há uma aposta nessa pesquisa de que o retorno à histeria masculina pela via da análise do trauma (e dos seus efeitos no psiquismo) fornecerá um modelo explicativo para o aparelho psíquico deslocado do feminino (ou talvez da relação histeria/gênero/sexualidade). O inconsciente fisiológico, mecânico e sugestionável de Charcot emerge a partir da hipótese de que uma lesão dinâmica ou funcional é explicativa das paralisias e contraturas histéricas. O trauma físico cede lugar ao trauma psíquico, uma vez que uma representação mental (uma ideia) se torna capaz de produzir efeitos corporais reais. É a vivência do episódio traumático (os afetos e as ideias que o acompanham) que carrega o elemento desencadeador da doença.

As teses gerais acima lançadas serão apresentadas na forma de um problema operacional de pesquisa ao final desta seção introdutória.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de revisitar a complexidade da etiologia charcotiana, frequentemente reduzida por uma certa historiografia psicanalítica a um organicismo pré-freudiano. Ao deslocar o olhar para a histeria masculina e traumática, este trabalho demonstra que a noção de inconsciente não é um elemento exógeno, mas compõe o próprio *corpus* de Charcot, manifestando-se primordialmente na análise do trauma como agente provocador. Ao investigar como o neurologista francês atribuiu à representação psíquica o poder de engendrar uma “lesão funcional” latente, buscamos reposicioná-lo não como um mero erro a ser superado por Freud, mas dentro de um sistema próprio em que a representação psíquica do trauma ocupa um espaço fundamental.

1.1 A Escola da Salpêtrière: modernização e práticas de ensino na era Charcot

Durante a segunda metade do século XIX, o *Hôpital Pitié-Salpêtrière*¹ serviu de cenário para o desenvolvimento dos trabalhos neurológicos de Charcot. Desde seu internato durante a formação em medicina até a nomeação como médico-chefe do hospital em 1862, a Salpêtrière figurava em seu horizonte. Gauchet e Swain (1997) lembram que, antes da chegada de Charcot, a Salpêtrière era um duplo estabelecimento: de um lado, o hospital para as mulheres velhas e, de outro, o asilo de alienados. O espaço ocupado por uma população de cerca de cinco mil pessoas (em sua maioria mulheres com mais de 70 anos que carregavam a insígnia de “incuráveis”) não pareceria, à primeira vista, a escolha para um médico recém-formado iniciar e consolidar sua carreira. Na visão de Gauchet e Swain (*op.cit*), Charcot (ainda sem considerar suas descobertas neurológicas) transformou um lugar de passagem – e pouco atrativo para médicos, estudantes e pesquisadores – em um local de prestígio, num misto de ciência e cuidado, conhecido internacionalmente como a Escola da Salpêtrière. Anteriormente, Ellenberger (2023) já havia atrelado o próprio prestígio de Charcot à transformação da Salpêtrière: de local histórico a uma espécie de templo da ciência.

Convém abriremos um breve parênteses sobre a configuração espacial e médica da Salpêtrière antes da chegada de Charcot e os elementos da mudança operada por ele. A partir do século XVII, Foucault (2008) afirma que o mundo da loucura se tornará o mundo da exclusão: trata-se do período conhecido como a Grande Internação ou o Grande Enclausuramento. O ano de 1656 recebe destaque pela criação do Hospital Geral de Paris, que reunia instituições já existentes, como o Grande e o Pequeno Pitié, Saint-Lazare, les Petites Maisons, Bicêtre e Salpêtrière. Fundado no local de uma antiga fábrica de salitre, o Salpêtrière se desenhou, desde o início, como uma enorme casa de internamento que oferecia comida e abrigo para doentes e indigentes no 13º *arrondissement* da capital francesa. A instituição era um verdadeiro “colosso institucional”: o complexo tinha cerca de 310.000 metros quadrados e

¹ Conforme veremos no texto que se segue, o espaço da Salpêtrière (um conjunto de edifícios anteriormente destinados à fabricação de salitre – salpêtre) foi, por denominação de Luis XIV, cedido à administração do Hospital Geral em 1656. Nessa primeira fase – que durou quase dois séculos –, a Salpêtrière abrigava mulheres alienadas, histéricas, indigentes etc. e se chamava *Hospice de La Salpêtrière*. Em 1823, este nome dá lugar ao *Hospice de la Vieillesse-Femmes* (anos depois, em 1885, um novo decreto da Assistência Pública de Paris, retoma ao nome anterior). Desde os anos 60, os hospitais vizinhos – la Pitié e la Salpêtrière – se fundiram no complexo Pitié-Salpêtrière (Bonduelle, 1997).

na década de 1880 possuía cerca de 45 grandes edifícios e aproximadamente 60 edifícios menores de todos os tipos (Micale, 1985).

Sobre a caracterização dos sujeitos elegíveis à internação, destaca-se, com Foucault (*op.cit*), que todos os residentes nas referidas instituições asilares tinham em comum a incapacidade de participar ativamente dos processos de produção, circulação ou acumulação de riquezas. Nesse sentido, para o pensador francês, o Hospital Geral não era apenas um local de abrigo para aqueles impedidos de trabalhar por velhice ou alguma enfermidade; era, sobretudo, uma instituição moral, responsável por castigar e corrigir a “falha moral” apresentada por esses indivíduos. O Hospital Geral, nesse primeiro momento, assume um viés assistencial e “é antes uma estrutura semi-jurídica, uma espécie de entidade administrativa que, do lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa” (Foucault, 2008, p.50). A Salpêtrière chegou a ter, entre os séculos XVII e XVIII, entre seis e oito mil internos, em uma vasta e indiscriminada mistura de públicos. Micale (1985, p. 706, tradução própria) descreve essa população como “não apenas centenas de mendigas, mas as muito idosas, as cegas, as órfãs, as epiléticas, doentes mentais, mulheres que sofriam de doenças venéreas (“*les vénériennes*”) e uma série de outras que, sem dúvida, seriam diagnosticadas de forma diferente hoje em dia²”. Incluíam-se também nesse grupo de mulheres “mentalmente perturbadas”, as prostitutas e toda a sorte de “anormais”, criminosas (civis e políticas) e hereges. Micale (*op.cit*) reforça, assim, o hibridismo da Salpêtrière pré-Charcot – parte asilo de alienadas, parte prisão, parte asilo de idosas – e a inexistência de qualquer cuidado médico para esses sujeitos. Numa história largamente conhecida (e debatida), resgatemos o fato de que a Revolução Francesa inaugura uma mudança nas instituições hospitalares reconfigurando o perfil dos internos (criando alternativas ao regime hospitalar para os pobres e outros “degenerados”), a função terapêutica do isolamento e o papel do médico nesse espaço.

É fundamental reconhecer que a história da Salpêtrière foi moldada por outras figuras antes de Charcot, notadamente Philippe Pinel (1745-1826), conhecido por ser aquele que “libertou a loucura dos grilhões”. Pinel, cuja importância para a psiquiatria mereceria um estudo à parte, esteve à frente da Salpêtrière entre 1795 e 1826 e promoveu reformas cruciais que definiram o ambiente que Charcot encontraria. Tais medidas incluíram: a proibição da violência física contra pacientes, a abolição de práticas de sangria, a implementação do registro contínuo

² Do original: “(...) not only hundreds of female beggars but the very elderly, the blind, orphaned girls, epileptics, the mentally retarded, women suffering from advanced venereal diseases (“*les vénériennes*”) and a host of others who would no doubt be diagnosed differently today”.

e detalhado de todos os eventos hospitalares (incluindo prontuários, entradas, saídas, tratamentos e diagnósticos) e o estabelecimento de visitas clínicas diárias aos leitos (Micale, 1985). Além disso, Pinel criou uma semiologia psiquiátrica, a partir de uma abordagem clínica e da observação praticada pelo alienista no cotidiano no hospital (i.e. *Tratado Médico-filosófico, sobre a Alienação Mental, ou a Mania* publicado em 1801) e uma classificação das formas de alienação que foi hegemônica durante a primeira metade do século XIX – a mania, a melancolia, a demência e o idiotismo. Desde Pinel, portanto, o hospital operava sob três pilares: investigação, tratamento e reprodução do saber médico (Amarante, 2007).

A chegada de Charcot à Salpêtrière coincidiu com a medicalização da instituição hospitalar, processo que Micale (1985) denomina “modernização médica”. O autor aponta três movimentos cruciais para a reforma institucional da Salpêtrière. O primeiro deles refere-se à expansão dos serviços e das instalações de ensino, materializados inicialmente pela construção de uma nova sala de autópsias, de um laboratório com microscópios e uma coleção histológica. Em Janeiro de 1882, é criada, especialmente para Charcot, a Cátedra de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso – a primeira cadeira, dentro da Faculdade de Medicina de Paris, dedicada ao estudo das doenças nervosas e psicológicas. Graças às suas conexões políticas, Charcot obteve financiamento para ampliar os serviços e a famosa Clínica Charcot, conforme ele próprio descreveu na década de 1880:

Possuímos um **museu anatomopatológico** ao qual estão anexados um **atelier de moldagem e de fotografia**; um **laboratório de anatomia e de fisiologia patológica** bem equipado, que contrasta singularmente com a sala estreita, mal iluminada – o único refúgio que tivemos à nossa disposição, meus alunos e eu, durante quase quinze anos – e que chamávamos pomposamente de “**laboratório**”; um **consultório de oftalmologia**, complemento obrigatório de um instituto neuropatológico; o **anfiteatro** de ensino no qual tenho a honra de recebê-los e que está provido, como podem ver, de todos os aparelhos modernos de demonstração³ (Charcot, 1890a, p.5-6, tradução própria, grifos do autor).

Charcot (1890a) detalha a modernização da Salpêtrière, mencionando a adição de aparelhos para a prática de eletrodiagnóstico e eletroterapia à nova estrutura física. Aliada a

³ Do original: « Nous possédons un *musée anatomo-pathologique* auquel sont annexés un *atelier de moulage* et de *photographie*; un *laboratoire d'anatomie* et de *physiologie pathologique* bien aménagé et qui contraste singulièrement avec la salle étroite, mal éclairée, seul refuge que nous ayons eu à notre disposition mes élèves et moi, pendant près de 15 années, et que nous appelions pompeusement le « *laboratoire* »; un *cabinet d'ophtalmologie*, complément obligatoire d'un Institut neuro-pathologique ; *l'amphithéâtre* d'enseignement dans lequel j'ai l'honneur de vous recevoir et qui est pourvu, vous le voyez, de tous les appareils modernes de démonstration ».

esses recursos, refere-se à criação da consulta externa (*consultation externe*), que considerava fundamental no contexto das mudanças do hospital. Este novo serviço permitia o acesso a formas mais atenuadas das doenças nervosas – casos que não encontravam facilmente acesso ou tratamento adequado nos hospitais gerais da cidade. Em complemento à consulta externa, foi instalado um serviço para internação temporária de pacientes externos (posteriormente denominado Policlínica), onde os indivíduos participavam das demonstrações clínicas. Inicialmente, o serviço contava com 60 leitos (40 destinados a mulheres e 20 a homens), solucionando a carência de Charcot por material clínico que representasse os estágios iniciais das afecções mentais.

Aliada à reforma estrutural, o ensino de Charcot causou fascínio, transformando a Salpêtrière em uma célebre instituição educacional. Durante o seu apogeu, o hospital atraiu dezenas de jovens médicos e estudantes de medicina de todo o mundo interessados em aprender com o *prince de la science*. Além dos numerosos visitantes estrangeiros, Charcot reuniu em seu entorno um grupo de colaboradores que incluíram os *house officers* (médicos internos) como Paul Richer, Pierre Marie, Gilles de la Tourette e seu próprio filho Jean-Baptiste Charcot, e *chefs de clinique* como Joseph Babinski que consolidaram sua formação médica na Salpêtrière.

A profunda dedicação de Charcot ao ensino é destacada por Babinski (1892) e retomada por Janet (1895), ambos enfatizando a metodologia do mestre na Salpêtrière. Para Janet, Charcot “não se limitava a falar como professor, ele pensava como professor”, o que o levava a buscar a máxima inteligibilidade para seus alunos. Suas aulas eram concebidas para impactar o estudante tanto pelos olhos quanto pelos ouvidos, e os preparativos (*mise en scène*) eram idênticos para um curso sobre esclerose em placas ou sobre histeria. De forma concisa, Ellenberger (2023) distingue os dois formatos principais: as “Lições das Terças-feiras” (*Leçons du Mardi*), focadas no exame de pacientes novos e as “Lições das Sextas-feiras” (*Leçons du Vendredi*), que assumiam o formato de palestras (geralmente iniciada às 10h com duas horas de duração). Nessas aulas teóricas, Charcot fazia uso intensivo de recursos didáticos como: resumos gráficos, figuras esquemáticas, quadros desenhados com giz colorido, a apresentação de pacientes (individualmente ou em grupo; em contraste ou semelhança) e projeções fotográficas.

As Lições das Sextas-feiras poderiam se enquadrar no modelo utilizado pelo *College de France*, no qual o professor apresentava casos previamente estudados e sobre os quais se dedicava a uma análise mais aprofundada. Essas aulas, complementa Babinski (1892), tinham um objetivo que transcendia a mera apresentação de diagnósticos estabelecidos; elas visavam integrar os assistentes de Charcot nas pesquisas em andamento, expondo o próprio processo de

descoberta diagnóstica. O público tinha acesso a uma ciência em construção: “Estuda-se ali, não a ciência já feita, mas a ciência que se faz⁴” (Babinski, 1892, p.2, tradução própria). O discípulo Pierre Marie (1853-1940), em tributo por ocasião do centenário de nascimento de Charcot, destacou a prioridade absoluta conferida pelo Mestre à Lição de Sexta-feira. Segundo Marie (1925), a Lição transcendia o status de mera “lição magistral da semana”, constituindo a própria “*grande affaire de la vie*” de Charcot. Sua dedicação era integral sendo “[...] aquela que vinha antes de tudo, da qual se ocupava durante toda a semana, que se preparava pela manhã no hospital, e da qual, depois, conversava à noite⁵” (p. 591, tradução própria). Adicionalmente, Marie (1925) ressaltou a “ação” como o elemento didático central nas apresentações no anfiteatro. Charcot utilizava essa habilidade para capturar a atenção da plateia desde o início, e isso se manifestava ao “[...] Ir de um doente a outro, chamando a atenção dos ouvintes para a forma de um membro ou de uma extremidade, uma atitude, uma marcha particular e, às vezes, no fervor da lição, deixando-se levar a mimetizar o que ele queria que se visse e que se compreendesse⁶” (p. 592, tradução própria).

Em oposição às aulas solenemente preparadas das sextas-feiras, as Lições das Terças-feiras eram marcadas pelo (semi) improvisado:

As aulas de terça-feira são mais recentes e, como dissemos acima, diferem essencialmente das anteriores. Elas são, como afirma o próprio Professor, organizadas de maneira a dar, sobretudo, a imagem da clínica diária, da policlínica – imaginem um campo de batalha – com todas as suas surpresas e complexidade. **Os pacientes apresentados são desconhecidos do Professor, que procura estabelecer imediatamente o diagnóstico**, o prognóstico e o tratamento da afecção de que estão acometidos. O Sr. Charcot permite, então, que seus ouvintes acompanhem o trabalho que ele realiza para elucidar essas diversas questões⁷ (Babinski, 1892, p. 2, tradução própria, grifo nosso).

No modelo das famosas “Lições das Terças-feiras”, Babinski (*op.cit*) descreve uma prática clínica demonstrativa. Pacientes pouco conhecidos ou totalmente desconhecidos de Charcot – geralmente aqueles que buscavam a consulta externa da Salpêtrière – eram

⁴ Do original : “On étudie là, non pas la science faite, mais la science qui se fait”.

⁵ Do original : « [...] celle qui passait avant tout, dont on s'occupait pendant toute la semaine, qu'on préparait le matin à l'hôpital, dont on s'entretenait ensuite dans la soirée ».

⁶ Do original : « [...] allant d'un malade à l'autre, faisant remarquer aux auditeurs la forme d'un membre ou d'une extrémité, une attitude, une démarche particulière et parfois même, dans le feu de la leçon, se laissant entraîner à mimer ce qu'il voulait que l'on vît et que l'on comprît ».

⁷ Do original : « Les Leçons du Mardi sont de date plus récente, et comme nous l'avons dit plus haut, elles diffèrent essentiellement des précédentes. Elles sont, comme le dit le Professeur lui-même, organisées de façon à donner plus spécialement l'image de la clinique journalière, de la policlinique « imaginent, belli » avec toutes ses surprises, toute sa complexité. Ces malades sont inconnus du Professeur qui cherche à établir séance tenante le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'affection dont ils sont atteints. M. Charcot fait assister ainsi ses auditeurs au travail qu'il accomplit pour élucider ces diverses questions ».

apresentados, e o Professor se dedicava a estabelecer, naquele mesmo instante (*séance tenante*), o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento dos sintomas. Apesar do desejo de fornecer uma resposta imediata, é interessante marcar que as aulas são comparadas a um “campo de batalha” (*imagent, belli*), sublinhando a imprevisibilidade e a complexidade como marcas fundamentais do método. O valor pedagógico das *Leçons* residia, portanto, em oferecer aos alunos acesso contínuo não apenas a uma variedade de doenças nervosas, mas principalmente à aplicação do método clínico de Charcot no exame dos pacientes. Babinski destaca que o processo diagnóstico poderia variar: casos em que observar o doente (seus gestos, sua fala, seu caminhar etc.) produziria pistas suficientes para a produção de um diagnóstico; casos que demandariam uma análise rigorosa dos sintomas, bem como o acompanhamento de sua evolução; e, por fim, os alunos ainda poderiam se deparar com pacientes cujo diagnóstico, mesmo realizado um exame rigoroso, não seria possível de empregar naquele momento. Para Marie (1925), o destaque desse momento estaria na aplicação precisa de uma espécie de “método socrático”, em que, de perguntas a respostas acompanhadas da longa experiência clínica de Charcot, o diagnóstico poderia se desenrolar.

Tratar do ensino e da pesquisa na Salpêtrière dialoga com o segundo elemento constituinte da reforma da instituição desde Charcot: a mudança no corpo de funcionários. Micale (1985, p. 710) nos aponta que em 1885, por exemplo, “o nível superior do pessoal médico na Salpêtrière, incluindo médicos, cirurgiões, *internes* (residentes) e *externes* (estudantes externos), consistia em apenas quarenta e três pessoas⁸”. Nessa época, a maior parte do corpo de funcionários que lidava com os pacientes nos leitos era composto por enfermeiras e assistentes de enfermagem. A mudança a que Micale (*op.cit*) se refere relaciona-se a uma disputa política para a retirada das antigas *sœurs-infirmières* (que foram substituídas por enfermeiras treinadas e licenciadas), modificação dos nomes das instituições por figuras médicas e científicas e encerramento da obrigatoriedade da frequência à igreja dentro da Salpêtrière. O hospital na era de Charcot é desenhado, na defesa de Micale (1985), como símbolo da vanguarda médica, uma vez que também foi palco de outras questões polêmicas da época como a admissão de mulheres na escola de medicina, a criação de novas faculdades de medicina fora de Paris e a aprovação de uma legislação social para gerir melhor os serviços assistenciais.

O último ponto das transformações é a mudança de perfil dos pacientes que ali estavam internados. No final do século XVIII, quase todos os hospitais na Europa passaram por esse

⁸ Do original: “In 1885, for instance, the upper level of medical personnel at the Salpêtrière, including doctors, surgeons, internes, and externes, consisted of only forty-three people”.

processo de “diferenciação institucional” (Micale, 1985), que envolvia a separação dos internos do hospital em categorias (médicas e não-médicas) e a remoção de certos sujeitos para instituições específicas. Durante o período de Charcot, após a remoção das mendigas, das prostitutas, das sífilíticas, habitavam o hospital idosas e doentes mentais e a partir do tratamento dessas subpopulações puramente médicas, emerge uma instituição psico-geriátrica:

Em nenhum momento durante as décadas de 1870 e 1880, a taxa de rotatividade anual (o número de pacientes saindo por diferentes razões, incluindo recuperação, altas, transferências provinciais, remoções familiares forçadas, mortes e fugas) excedeu 30% da população geral. Pessoas idosas estavam no hospital essencialmente para aguardar suas mortes. As muitas mulheres inválidas e convalescentes, conhecidas como “**reposantes**”, também permaneceriam permanentemente, a menos que encontrassem um emprego ou fossem retiradas por um membro da família. Pacientes com doenças orgânicas progressivas do cérebro ou doenças mentais agudas ficavam da mesma forma na Salpêtrière até a morte ou transferência para outro asilo⁹ (Micale, 1985, p.715, tradução própria, grifo nosso).

A “modernização médica” trouxe como efeito uma instituição reformada (laica, com novas estruturas e com pacientes adequados ao ambiente hospitalar). Apesar dos avanços científicos realizados naquele ambiente, a vida na Salpêtrière durante o século XIX ainda pode ser descrita sob os signos, apresentados por Micale (1985), de morte, depressão, desarranjo mental e uma constante separação entre mente e corpo. No entanto, o historiador problematiza a descrição (corrente e simplificada) da Salpêtrière somente como uma espécie de “catálogo de histórias de terror” e defende uma visão dinâmica daquela instituição a partir do reconhecimento de que um complicado jogo de forças (internas e externas ao hospital) culminou na construção da imagem sombria – o Versalhes da dor – que conhecemos. A visão revisionista do autor estabelece na Salpêtrière 1) uma subcultura autossustentável que espelhava o mundo de Paris: atividades sociais, religiosas, médicas, educacionais, comerciais e ocupacionais ocorriam lá; 2) o hospital era economicamente autossuficiente com arranjos entre os pacientes tanto para a produção quanto para o consumo, a exemplo das centenas de mulheres que trabalhavam no atelier central de costura (*atelier central de couture*), na sala de curativos (*salle des pansements*), no armazém de cortinas (*magasin des rideaux*) ou no atelier de tapeçaria (*atelier de tapisserie*) para produzir toucas e blusas, consertar lençóis ou costurar rendas; e 3) o hospital era estruturalmente notável: o cenário físico era aberto, limpo e agradável e a maioria

⁹ Do original: “At no time during the 1870s and 1880s did the annual turnover rate (the number of patients leaving for different reasons, including recovery, discharges, provincial transfers, forced family removals, deaths and escapes) exceed 30 per cent of the overall population. Elderly people were at the hospital essentially to await their deaths. The many crippled and convalescent women, known as ‘reposantes’, would also remain permanently unless they found a job or were withdrawn by a family member. Patients with progressive organic diseases of the brain or acute mental illness similarly stayed at the Salpêtrière until death or transfer to another asylum”.

dos pacientes podia andar livremente pelo complexo. Nesse sentido, “em seus aspectos mais essenciais, a Salpêtrière na época de Charcot configurou uma subcultura institucional própria, uma espécie de cultura hospitalar independente que espelhava em miniatura o mundo mais amplo de Paris¹⁰” (Micale, 1985, p. 720, tradução própria).

A Salpêtrière está diretamente associada à figura de Charcot. Sob sua liderança, o Hospital foi transformado em um centro de excelência para ensino e pesquisa das doenças do sistema nervoso, cuja reputação ultrapassava as fronteiras francesas. O reconhecimento internacional parece ter operado uma dupla função: 1) conferia uma autoridade científica às pesquisas e 2) atraía inúmeros estudantes e médicos estrangeiros interessados não apenas na diversidade de casos, mas também no prestígio da instituição e no rigor de seu ensino. Os momentos de ensino informal¹¹ (i.e., a ida de pacientes ao gabinete de Charcot), a estrutura dos laboratórios e as Lições de Terça e Sexta-feira conferiram destaque à instituição – ao menos da década de 1870 até a morte de Charcot. A Salpêtrière de Charcot se consolidou, conforme Micale (*op.cit*), como um simulacro da vanguarda do conhecimento parisiense, provendo o contexto e o prestígio necessários para servir de palco ao decisivo encontro entre o mestre francês e Sigmund Freud.

1.2 O encontro com o tema de pesquisa: a histeria traumática

Nos anos que se seguiram na Salpêtrière, Charcot dedicou-se à busca de uma sintomatologia específica da histeria que a dotasse de realidade no campo médico. O objetivo era conferir à histeria a dignidade de uma entidade nosológica objetiva através do método anátomoclínico do qual Charcot era herdeiro: para cada alteração sintomática observada na clínica, deveria haver um correspondente verificável e localizável na autópsia.

A histeria, de sua parte, viria a ser definida como uma perturbação funcional do sistema nervoso e “deveria ser considerada como uma doença de tipo neurológico” (Pereira, 1999, p. 164). Na ausência de uma lesão anatômica, a histeria se configuraria como uma “lesão

¹⁰ Do original: “In many of the most essential ways, the Salpêtrière in the age of Charcot constituted an institutional subculture in its own right, a kind of independent hospital culture mirroring in miniature the wider world of Paris”.

¹¹ Para Marie (1925), era no ensino cotidiano/informal que, de fato, os alunos se formavam. Eram momentos de intenso silêncio em que Charcot, no canto da mesa de seu pequeno gabinete, observava o paciente que havia sido enviado para lá. Os seus alunos examinavam o paciente na sua frente a partir de (poucas e breves) instruções enquanto ele olhava. Tanto Marie (1925) quanto Janet (1895) apresentam o método da observação a partir de uma dupla preocupação de Charcot: era importante para ele que as coisas fosse dispostas de forma a observá-las (e igualmente compreendê-las) e fazer os outros compreenderem o que ele estava vendo.

dinâmica” cuja predisposição hereditária seria desencadeada pela exposição a um *agent provocateur* (i.e., fatores traumáticos: danos físicos e/ou efeitos psíquicos do trauma). Em Charcot (1999) a busca de uma realidade da histeria fora acompanhada de um posterior reconhecimento de leis e de certo ordenamento do Grande Ataque Histérico (com suas quatro fases delimitadas – epileptoide, contorções, atitudes passionais e delírio final), bem como da localização das zonas histerógenas. A partir da observação cuidadosa dos pacientes e dos efeitos da hipnose e da sugestão nos casos típicos, foi possível apresentar uma descrição dos sintomas (e da crise histero-epiléptica).

As transformações ocorridas na Salpêtrière na era Charcot criaram um cenário fundamental para que o serviço de Charcot fosse construído. O sintoma histérico, sob a ótica da Escola da Salpêtrière, deveria ser tão legível quanto uma lesão na medula espinhal. Diferente da lesão orgânica, que destrói a estrutura do tecido, a lesão dinâmica seria uma alteração na função e na comunicação entre os centros nervosos, invisível na autópsia, mas real nos sintomas apresentados pelos sujeitos (Charcot, 1872-1873b). As *Leçons du Mardi*, com suas encenações dramáticas e uso de hipnose, representaram o ápice dessa tentativa de tornar visível o invisível, expondo a verdade da doença na superfície do corpo do paciente diante de um auditório lotado. No entanto, o teatro da histeria (a junção entre anatomia e exposição visual) encontraria um obstáculo – não nos corpos femininos que habitavam o hospital há décadas – mas em uma nova categoria de pacientes que começou a povoar a consulta externa: a população masculina.

Em seção posterior, veremos que a teoria de Charcot sobre a histeria toma forma entre os anos de 1872 e 1878. Ao resgatar manuscritos disponíveis na Biblioteca Charcot, Micale (1990a;1990b) identifica que o registro do primeiro paciente homem diagnosticado como histérico se deu somente em Fevereiro de 1879. Enquanto a Salpêtrière recebia mulheres pobres e doentes, a sua contrapartida – Bicêtre – dava conta dos pacientes homens em situação semelhante. Com a criação da Cátedra da Clínica de Doenças do Sistema Nervoso em 1882 (e a consequente ampliação do serviço da Salpêtrière), Charcot estabelece um novo serviço para homens na enfermaria geral do hospital para tratamento de sujeitos com alguma afecção nervosa ou problemas neurológicos tidos como temporários. Esses homens eram, em sua maioria, operários, ferroviários e artesãos vítimas de acidentes de trabalho¹².

¹² Encontramos na historiografia que trata da psiquiatria no pós Primeira Guerra um paralelo entre a histeria masculina de Charcot e o *shell-shock* (ou mais tarde, a neurose de guerra). Para Drozdowski (2018), depois da Primeira Guerra, o objetivo da neurologia mudou e o foco passou a ser o tratamento dos soldados em vias de devolvê-los rapidamente ao *front*. Os soldados sofriam de “transtornos funcionais” cujos sintomas, sem lesão física correspondente, variavam de tremores incontroláveis, paralisias, pesadelos, surdez, mutismo e “olhar de mil jardas”. Ainda que Charcot tenha morrido em 1893, a autora argumenta que os seus estudos sobre histeria masculina influenciaram o que viria a ser a psicologia de guerra. A neurose traumática remodela o diagnóstico em

De acordo com as pesquisas arquivistas de Micale (1990a), Charcot publicou 61 casos clínicos de pacientes do sexo masculino; desses, 21 casos foram escritos entre 1882 e 1885 e publicados no terceiro volume das *Leçons sur les maladies du système nerveux* (as lições da sexta-feira discutidas anteriormente). Entre 1887 e 1889, outros 28 casos de histeria masculina foram publicados nas *Leçons du mardi à la Salpêtrière* e tinham o caráter de demonstração de informações, inclusive de diálogos entre Charcot e os pacientes. Nesse sentido, Micale (1990a) aponta que

No segundo volume das *Leçons du mardi*, os eventos que levam ao desenvolvimento de sintomas histéricos em pacientes do sexo masculino incluem a ameaça de uma briga física com um amigo, a morte da esposa e da filha, a rejeição de um pedido de casamento, a visão de um cadáver em um hospital, o recebimento de uma carta de forte repreensão parental e a observação de uma tempestade. Em cada um desses casos, foi, em última análise, **o poder de uma ideia ou emoção** – medo, raiva, pesar, ansiedade – que “causou” a histeria¹³ (Micale, 1990a, p.389, tradução própria, grifo nosso).

Goetz, Bonduelle e Gelfand (1999) ressaltam que Charcot faz uma junção de duas correntes na lida com afecções neuróticas masculinas: a histeria masculina (uma forma “desviante” da conhecida histeria feminina) e a neurose traumática para criar a chamada histeria masculina traumática. Nesse sentido, apontam os autores, podemos encontrar na literatura charcotiana os termos “histeria masculina” e “histeria traumática” utilizados de forma indistinta. Para Marie (1925), a histeria traumática corresponde ao elemento da obra de Charcot que continuará a servir para as futuras gerações médicas principalmente num cenário pós Primeira Guerra Mundial em que os soldados, traumatizados de guerra, demandavam de médicos e cirurgiões um parecer sobre suas paralisias, contraturas e demais fenômenos dolorosos.

De todos os trabalhos de Charcot sobre a histeria, são incontestavelmente aqueles que ele consagra à histeria traumática que permanecerão na história. A histeria traumática, a histeria masculina, **a hipótese segundo a qual a ideia sugerida pode viver no aparelho psíquico em estado de parasita** e, por causa disso, adquirir um poder considerável, o estado mental no momento do

homens (que não seriam “frágeis” como as histéricas) e abre espaço para confrontar a suposta “falência da masculinidade” do soldado herói de guerra a partir da combinação entre uma predisposição hereditária e um fator externo, ambiental na formação dos sintomas. Por sua vez, Zaretsky (2006) explora a reformulação da teoria psicanalítica no contexto das neuroses de guerra: o significado de gênero na neurose, a etiologia estaria na experiência presente do soldado (e não na lembrança de um trauma infantil) e a impossibilidade de explicação desse tipo de neurose pela via do recalque, uma vez que os soldados repetiam as experiências nos pesadelos.

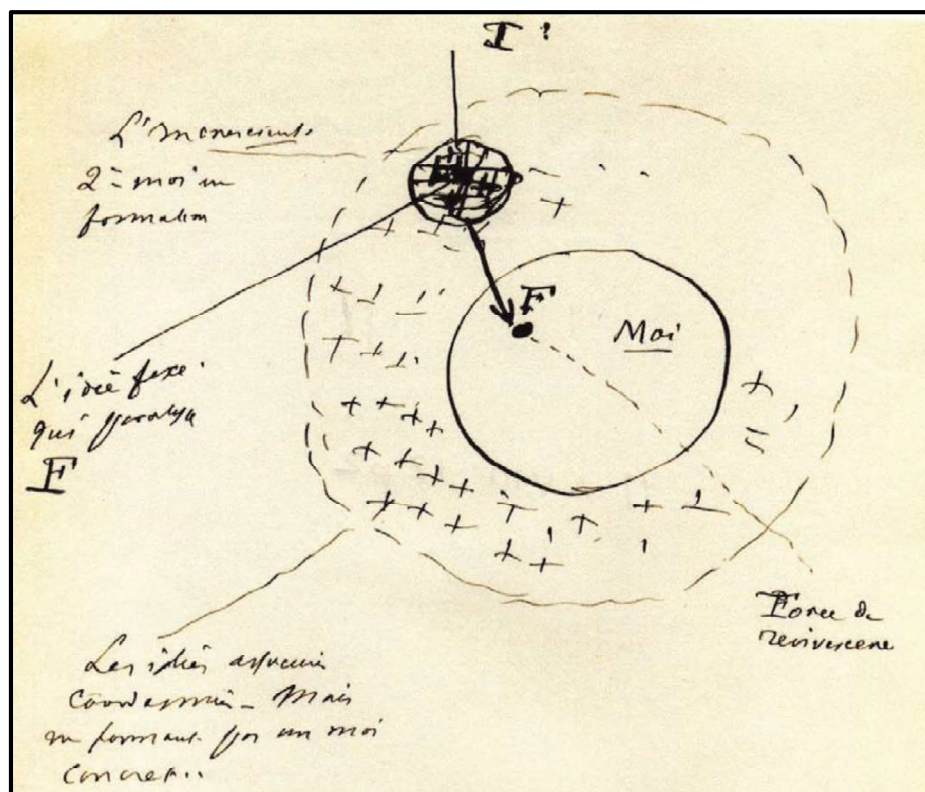
¹³ Do original: “In the second volume of the *Leçons du mardi*, events leading to the development of hysterical symptoms in male patients include the threat of a fist fight with a friend, the death of a wife and daughter, rejection of a marriage offer, viewing a cadaver in a hospital, receiving a letter of strong parental reproach, and watching a thunderstorm. In each of these cases, it was ultimately the power of an idea or emotion-fear, rage, grief, anxiety-that “caused” hysteria”.

choque comparado a um estado hipnótico, todo esse ensinamento não cairá em ouvidos moucos. É um ensinamento que Freud guardará quando de sua estada na Salpêtrière, e é ele que servirá de ponto de partida para a psicanálise. Foi Freud quem soube compreender e recolher a herança de Charcot (Trillat, 1991, p. 161, grifo nosso).

O trabalho com a histeria masculina irá ocupar a última década da carreira de Charcot. De acordo com Gelfand (2024), Charcot identificaria um aumento no número de casos de histeria masculina que apareceria na Salpêtrière, não sendo “uma doença tão rara entre os homens”. Ao resgatar boletins médicos da Salpêtrière, Gelfand (2024) estima que o número de mulheres internadas com histeria permaneceu constante em quase duzentas mulheres; os números que mudaram diziam respeito ao diagnóstico crescente de homens com histeria traumática. Tanto Micale (1990a) quanto Gelfand (2024) fazem notar uma espécie de “preconceito” com a histeria masculina, uma vez que, por conta da construção histórica da doença, ela poderia estar restrita a mulheres ou a homens “fracos” ou “afeminados”. Os casos apresentados por Charcot, pelo contrário, referem-se a homens “vigorosos” e “robustos” que tinham o trauma – resultado de acidentes de trabalho – como elemento constitutivo da história clínica do histérico.

A legitimação da histeria masculina pela escola da Salpêtrière pode ser lida como um catalisador para uma mudança fundamental na compreensão da psique. Ao isolar o “choque traumático” como o *agent provocateur*, Charcot foi forçado a buscar uma explicação que residisse nos efeitos das representações no corpo. É nesse contexto que o achado de um manuscrito inédito de um esquema topológico charcotiano se insere (Bouchara, Mazet e Cohen, 2010a; Bouchara, Mazet e Cohen, 2010b e Bouchara, 2013).

Figura 1 – Esquema do inconsciente de Charcot em 1892.



Fonte: Bouchara, Mazet e Cohen, 2010b, p.164. Legenda da imagem: da esquerda para a direita e de cima para baixo, estão inscritos em comentários: *L'inconscient, deuxième moi en formation* (O inconsciente, segundo eu em formação), *L'idée fixe qui paralyse F* (A ideia fixa que paralisa F), *Les idées antérieures condamnées – mais ne formant pas un moi concret* (As ideias anteriores isoladas – mas não formam um eu concreto), *Force de reviviscence* (Força de revivescência) e *Moi* (Eu).

A análise de Bouchara (2013) sobre o manuscrito de uma aula de 28 de Junho de 1892¹⁴ revela que a observação clínica de Charcot nos histéricos masculinos pode ter encontrado sua tradução teórica em uma representação gráfica do inconsciente conforme figura acima. No centro do aparelho psíquico estaria o *Moi* (Eu), enquanto o inconsciente seria um “segundo Eu em formação”. Derivadas de um trauma (físico, nervoso ou afetivo), uma emoção violenta ou, até mesmo, a imagem derivada do trauma, as ideias fixas (representadas pela letra *I*) parasitam o inconsciente. As ideias anteriores (representadas pelas cruzes no esquema) são recalçadas no inconsciente. Charcot desenhou a partir de “*F*” uma linha que chamou de *force de reviviscence* (força de revivescência), que representava uma força que permitia a lembrança. A ideia fixa, oriunda do inconsciente, exerce uma força contrária e paralisa a força de recordação e impõe a

¹⁴ Infelizmente, essa aula não se encontra disponível nos arquivos digitalizados da Biblioteca Charcot.

amnésia. A hipnose (ainda não mencionada nessa dinâmica) aparece como ferramenta para liberação da força evocativa das lembranças.

Para Bouchara, Mazet e Cohen (2010a), desde 1882 Charcot estaria interessado em discutir o inconsciente a partir da sua definição de paralisia histérica – uma paralisia originada de uma “ideia fixa”. O trauma dos pacientes histéricos era descrito como uma “ideia fixa” que, após um período de incubação, instalava-se na periferia da consciência, tornando-se inacessível ao “eu consciente”. Conforme Garrabé (2011), ao comentar o achado de Bouchara, esse esquema funcionaria como um “testamento psicodinâmico”, provando que Charcot, na fase tardia de sua obra, havia concebido um aparelho psíquico dividido e um modelo de inconsciente.

Ressalta-se que a leitura de Ellenberger (2023) aponta a descoberta do inconsciente sendo partilhada por muitos pensadores ao longo dos séculos e que Charcot foi um dos representantes de uma primeira psiquiatria dinâmica; não se pretende, novamente, colocá-lo no lugar de pioneiro ou precursor da psicanálise.

De toda forma, a histeria masculina deixa de ser apenas uma curiosidade diagnóstica da Salpêtrière para se tornar o fundamento clínico sobre o qual Charcot edificou, no final de sua vida, a compreensão de um aparelho psíquico dividido. É precisamente no estudo inicial das paralisias histéricas nos homens traumatizados que um modelo de inconsciente parece emergir. A investigação desse conceito em suas aulas tardias justifica-se, portanto, por revelar um autor que buscava resgatar o seu modelo neurológico para um público de pacientes cujo hiato entre o trauma físico e o sintoma estaria no cerne do adoecimento psíquico.

1.3 Do tratamento das fontes

Esta tese se configura como uma pesquisa em história da psicanálise. De partida, é preciso marcar que não se objetaria salvar Charcot dos psicanalistas, mas empreender uma pesquisa a partir da interface medicina-psicanálise em que o acesso às obras do neurologista francês não tivesse a psicanálise como mediadora.

Com relação às fontes primárias, buscou-se acesso aos trabalhos de Charcot e de seus contemporâneos em idioma original de publicação disponíveis digitalmente na Biblioteca Charcot (Sorbonne). Infelizmente, não é a totalidade das suas aulas e manuscritos das aulas (observações pessoais escritas pelo próprio Charcot) que está disponível, mas estão acessíveis a tese inaugural de Charcot, alguns tomos das *Leçons sur les maladies du système nerveux*,

Leçons du Mardi, Leçons du professeur, mémoires, notes et observations: parus pendant les années 1889-90 et 1890-91, Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot (sobre doenças do sistema nervoso, localizações das doenças cerebrais, doenças dos pulmões, fígado e rins, gota e reumatismo) e *Leçons sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*. Também foram consultados materiais em periódicos como *Archives de neurologie* e *Progrès Médical* disponíveis digitalmente na Gallica (arquivo da Biblioteca Nacional da França).

Foi empreendida uma tradução comentada da aula *Deux nouveaux cas de paralysie hystero-traumatique chez l'homme*, proferida na Salpêtrière em 30 de Outubro de 1888 e a discussão do famoso caso de Le Log... em que a análise psicológica da histeria ganhará corpo. Foram selecionados casos de histeria masculina traumática em sua maioria presentes no Tomo III das Obras Completas de Jean Martin Charcot. Também foram apresentados alguns casos breves de adolescentes histéricos retirados da aula *De l'hystérie chez les jeunes garçons* de 21 de Fevereiro de 1888, cuja etiologia da histeria não poderia ser recomposta a um choque traumático, mas serviu para apresentar o argumento de Charcot da regularidade da Grande Histeria também em homens. Anteriormente ao estudo do caso de Le Log..., apresentamos casos de histeria traumática masculina a exemplo daqueles ocasionados por medo de raio (*Acidents nerveux provoqués par la foudre*) ou acidentes numa fábrica (*Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique*). Para situar o contexto da Salpêtrière a partir de 1885, as aulas dos *Six cas d'hystérie chez l'homme* e aquelas dedicadas aos estudos comparativos entre paralisias orgânicas e paralisias traumáticas também foram utilizadas como complementares à ilustração do processo de diagnóstico diferencial de Charcot.

1.4 Da estrutura do trabalho

Do ponto de vista da tese, o trabalho se organiza em três seções contadas a partir dessa introdução. A segunda seção trata de um levantamento de elementos biográficos da vida e obra de Charcot desde a sua formação em medicina, seus relacionamentos, seu trabalho na Salpêtrière e o legado da sua obra. Foram utilizadas tanto biografias hagiográficas quanto trabalhos de comentadores do campo da neurologia, da arte e da história da psiquiatria. O capítulo se constrói a partir de referenciais fora do campo psicanalítico e prioriza fontes primárias para a construção do panorama da obra de Charcot.

A seção seguinte examina as investigações de Charcot sobre a histeria masculina e sua relação com o trauma, demonstrando como seu ensino promoveu um movimento de

“masculinização” da histeria ao deslocar sua etiologia das raízes uterinas para o sistema nervoso central. Charcot utilizando-se de casos clínicos de operários e outros trabalhadores urbanos, objetivando provar que a histeria era funcional e independente da anatomia reprodutiva, apresentando sinais idênticos aos observados em mulheres, como as zonas histerógenas e as fases do grande ataque histérico. Selecionamos alguns casos clínicos apresentados por Charcot que ilustram de maneira precisa o desenvolvimento de seus estudos sobre a histeria traumática dentro do *corpus* charcotiano, os quais foram discutidos de forma dialogada. Na segunda metade desta seção, dedicamo-nos à análise detalhada do caso de Le Log..., bem como ao exame dos conceitos de trauma e ideia fixa, formulados por Charcot a partir da investigação dos efeitos do choque nervoso sobre o sujeito e da dinâmica psíquica que ele propõe para explicá-los.

Nas considerações finais, foi fundamental sublinhar que esta investigação não se pretende definitiva, reconhecendo as limitações teóricas e metodológicas encontradas, sobretudo no que diz respeito a um modelo historiográfico que privilegia o uso das fontes primárias. Ao enfrentar as lacunas documentais e os desafios inerentes à reconstrução do arquivo clínico charcotiano, este trabalho procurou, inclusive, abrir espaço para novas questões e caminhos de pesquisa que permitam um retorno a Charcot para além do mito.

Como um posfácio ao trabalho, realizamos a análise dos impactos do encontro de Freud e Charcot a partir de textos em que Freud se apresenta como discípulo, admirador e tradutor (e.g., *Informe sobre minha viagem de estudos a Paris e Berlim* de 1886, *Prefácio à Tradução de J. -M. Charcot, Lições sobre as doenças do sistema nervoso* de 1886 e *Notas à tradução de J. -M. Charcot, Leçons du Mardi à La Salpêtrière* entre 1892-94). Obviamente, não se trata, neste texto, de inquirir se Freud leu ou não algumas lições tardias de Charcot acerca do inconsciente, do papel do trauma na constituição da histeria ou do funcionamento psicodinâmico das neuroses; tampouco apresentar Charcot como “avô da psicanálise”. Objetiva-se, de outra feita, oferecer uma leitura acerca do impacto do encontro de Charcot com Freud tomando como base a correspondência entre os dois e a análise de Ellenberger: “Podemos tirar a conclusão de que a relação de Freud com Charcot não foi realmente a de discípulo e mestre; ela se deu, antes mesmo, à maneira de um “encontro” existencial. Charcot forneceu a Freud um modelo de identificação, bem como a ideia germinal do dinamismo psíquico inconsciente” (2023, p. 745).

2. JEAN-MARTIN CHARCOT: DO JOVEM TÍMIDO AO *PRINCE DE LA SCIENCE*

*The evil that men do lives after them;
The good is oft interred with their bones;
So let it be with Caesar.*

A frase que abre esta seção é um recorte do Ato III, cena 2, da peça *Júlio César* de William Shakespeare. Nesta cena, o personagem Marco Antonio, braço direito de César, começa seu discurso afirmando que está ali, juntamente com outros companheiros, para enterrar César e não o agradar. No discurso realizado no funeral, as palavras acima ecoam. A sentença sugere que o mal tende a durar com a morte do homem, mas o bem que ele fez desaparece rapidamente. Ellenberger (1993a) faz uso dessas palavras para definir a figura de Jean Martin Charcot.

Guillain (1955) inicia a biografia de Charcot – *J.-M. Charcot: sa vie, sa oeuvre* – com as seguintes palavras:

Jean-Martin Charcot foi um dos professores da Faculdade de Medicina de Paris que, no século XIX, teve a maior notoriedade na França e em todos os países do Velho e do Novo Mundo; ele foi considerado, de forma unânime, o fundador da Neurologia. E, no entanto, até onde sei, não existe, na literatura, nenhuma obra abrangente sobre a vida e a obra de J.-M. Charcot¹⁵ (Guillain, 1955, p.5, tradução própria).

A biografia escrita por Georges Guillain (1876-1961), aluno e amigo de alguns dos principais discípulos de Charcot, como Pierre Marie (1853-1940) e Achille Souques (1860-1944), ainda pode ser considerada uma referência básica para o mapeamento dos elementos biográficos de Charcot. O autor se propõe, com uma linguagem acessível a leitores que não sejam do campo da neurologia, a compor um entendimento da vida de Charcot (com destaque para a sua infância, adolescência e ambiente familiar) e da sua obra, que, segundo Guillain, viveu uma fase de esquecimento e ingratidão não só no campo da medicina francesa, mas também junto aos seus discípulos.

Conforme o título da biografia acima citada sugere, o trabalho é dividido em duas partes: sua vida e sua obra. Nas palavras de Guillain: “A primeira é dedicada à vida de Charcot, sua vida privada e sua vida de *professeur*, o estudo do Homem, seus métodos de trabalho e suas

¹⁵ Do original: « Jean-Martin Charcot fut l'un des professeurs de la Faculté de Médecine de Paris qui, au XIX^e siècle, eut la plus grande célébrité en France et dans tous les pays de l'Ancien et du Nouveau Monde; il fut considéré, dans une opinion unanime, comme le fondateur de la neurologie. Et, cependant, à ma connaissance, il n'existe, dans la littérature, aucun ouvrage d'ensemble sur la vie et l'œuvre de J.-M. Charcot ».

opiniões literárias, artísticas e filosóficas. A segunda parte é dedicada à obra científica de J. - M. Charcot e suas descobertas”¹⁶ (Guillain, 1955, p.6, tradução própria). O trabalho de Guillain (1959) traduzido para o inglês poucos anos depois da publicação original apresenta uma subdivisão diferente da versão em francês como o subtópico “Características de Charcot” em que são apresentadas sua aparência e personalidade e seus interesses na literatura, na arte e na filosofia. A referida biografia de Charcot conta com momentos de descrédito, reconhecimento e popularidade internacionais e ostracismo nos anos que se seguiram da sua morte.

Ellenberger (2023), à época da escrita de seu trabalho enciclopédico nos anos 70, reforça a inexistência de uma biografia legítima de Charcot. Temos acesso a obras como a de Guillain – baseada em necrológios e focada nos anos de glória de Charcot – além de memórias registradas por discípulos como Alexander Souques (Souques e Meige, 1939b) e Liubímov, médico russo e amigo íntimo de Charcot. Ainda que seja reconhecido como o pai da neurologia e que tenhamos acesso a obras que tratam de sua vida e carreira presentes nesse campo, apresentamos junto com Schmidt (2017) o argumento de que seu nome voltou a circular no ambiente acadêmico graças a publicação, em 1953, da Edição Standard das Obras Completas de Freud traduzida do alemão e editada por James Strachey.

Durante a pesquisa, encontramos referências a Charcot dentro e fora da obra freudiana com conexões diretas ao seu trabalho no campo da histeria. O desafio aqui, além do uso de fontes que não se apresentam no idioma primário da autora deste trabalho, foi de deslocar o olhar para a vida e carreira de Charcot concorrente ao seu trabalho com as histéricas. Além da biografia de Guillain, as obras de Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995), Bonduelle (1994), Bouchara (2013) e Ellenberger (1993;2023) serviram de guia para a construção desta seção.

As linhas que se seguem buscarão dar conta de elementos biográficos da vida de Charcot, desde seu nascimento e contexto familiar, personalidade, relação com discípulos, passando pela sua vida escolar e formação em medicina (a chegada na Salpêtrière e as famosas *Leçons du mardi*) até a sua morte em 1893.

¹⁶ Do original: « Ce volume est divisé en deux parties. La première est consacrée à la vie de J.-M. Charcot, sa vie privée et sa vie de Professeur, à l'étude de l'Homme, de ses méthodes de travail, de ses opinions littéraires, artistiques, philosophiques. La seconde partie est consacrée à l'œuvre scientifique de J.-M. Charcot, à ses découvertes ».

2.1 A infância, a vida familiar e a personalidade

Jean-Martin Charcot nasceu em 29 de Novembro de 1825 na casa de seus pais na rua *Faubourg Poissonnière*, número 1. De posse da certidão de nascimento de Charcot, Guillaín (1955) apresenta dados complementares como o horário de seu nascimento (19h) e informações sobre os pais do recém-nascido. Filho de Simon-Pierre Charcot, 27 anos, fabricante de carruagens, e Jeanne-Georgette Charcot, 16 anos e 11 meses. A certidão de nascimento também dá a entender que os pais de Charcot moravam na casa de Jean-Antoine Saussier e que o pai de Charcot trabalhava com o sogro na manufatura de carruagens. O trabalho realizado por Simon-Pierre o colocava mais perto de um artesão, um artista, um *designer*, um *sellier-carrossier*. Ele manipulava madeira e metal, reparava carroças, carrinhos de mão, carros de quatro rodas etc. (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). A mãe de Charcot, Jeanne-Georgette, faleceu em 18 de Março de 1839¹⁷, aos 31 anos.

A família residia em um pequeno bairro burguês localizado na divisa entre o 9º e o 10º *arrondissement*. Tal vizinhança parisiense que cercou a infância de Charcot era muito animada, repleta de lojas, frequentada por pessoas que habitam o mundo dos negócios e dos bancos e a área por onde passava servia como caminho para aqueles que se dirigiam ao Norte da França (Guillaín, 1955).

Charcot foi o primogênito de quatro irmãos. Depois dele, nasceram Jean-Eugène Martin (25 de Dezembro de 1826), Pierre-Martin (30 de Abril de 1828) e Emile Martin (25 de Agosto de 1830). Pierre-Martin foi o sucessor no negócio de carruagens da família de seu pai. Emile e Jean-Eugène entraram para as Forças Armadas. Emile Charcot tornou-se um comandante do exército e se aposentou em Poissy, interior da França. Jean-Eugène Charcot, por sua vez, ingressou na marinha, mais tarde transferido para o *Corps des Spahis* (a cavalaria do exército francês) e morreu, em combate, durante uma emboscada em território senegalês em 1869. Harel (2015) citando um outro biógrafo de Charcot – Jean Thuillier – afirma ter havido uma outra criança, mais velha que Charcot, chamada Eugène, que teria comparecido, inclusive, ao batismo de Charcot. No entanto, essa informação não aparece em nenhuma outra fonte consultada nessa pesquisa e o que se sobressai é o fato de Charcot ter sido o filho mais velho.

Sobre a vivência familiar, Bonduelle (1994) apresenta uma espécie de polêmica em torno da situação financeira da família Charcot. Segundo ele, desde os primeiros relatos biográficos de J.-M. Charcot, a informação que se sobressai é de que ele crescera num ambiente

¹⁷ A causa da morte da mãe de Charcot não é mencionada em nenhuma das biografias consultadas neste trabalho.

que seria definido por palavras como “pobre”, “humilde”, “carente” e que seu pai, Simon-Pierre, havia afirmado que apenas o melhor estudante dos quatro filhos teria seu apoio financeiro para seguir os estudos. Em Guillaín (1955), há uma menção à família Charcot ser “modesta”, mas, segundo ele, “seria errado acreditar, como já foi escrito anteriormente, que ela passava por dificuldades financeiras” (p. 10). Souques e Meige (1939b) endossam a narrativa de que Charcot quando jovem não tinha dinheiro e, mais tarde, quando se tornou rico por conta do seu casamento (a ser discutido no tópico seguinte) dava pouca importância ao dinheiro, tirando-o, inclusive, do centro de sua prática clínica: “Os clientes que ele recebia em sua casa, após a consulta, depositavam num canto da mesa o que quisessem. Charcot recolhia seus honorários (...) e despejava tudo sobre a sua mesa de cabeceira e adormecia. Sua esposa recolhia então a coleta diária, cujo montante ele ignorava totalmente¹⁸” (*op.cit.*, p.340, tradução própria). Nesse sentido, Guillaín (1959) lembra que, no gabinete do Dr. Charcot, também eram realizadas consultas gratuitas a quem delas precisasse.

Ainda que Guillaín (1955) tenha construído uma biografia extensiva sobre o pai da neurologia, ele aponta que faltam dados (arquivos, relatos orais) sobre a primeira infância e a adolescência de Charcot. De forma geral, “o que se sabe é que desde muito jovem ele era frio, taciturno, gostava da solidão para ler e desenhar”¹⁹ (Guillaín, 1955, p.10, tradução própria). Não há registros fotográficos da infância e adolescência de Charcot, mas os relatos colhidos por Guillaín (1959) descrevem Charcot como “rapaz esbelto, de cabelos escuros, com estatura e porte medianos. Era um tanto retraído, gostava de solidão e, desde cedo, começou a desenvolver, pelo menos na superfície, uma atitude bastante distante e reservada. Durante o período de seu internato, ele usava um pequeno bigode preto²⁰” (p.16, tradução própria).

Para Guillaín (1955), Charcot era um “visual”. O caráter observador e predileção pelos desenhos e caricaturas sempre estiveram presentes. No contexto hospitalar em que trabalhou durante grande parte de sua vida, o artista era inseparável do médico (Souques e Meige, 1939b), uma vez que os desenhos lhe serviam como artifício para fixar na memória uma deformação corporal, por exemplo, e possibilitar a distinção entre os elementos essenciais de determinada deformidade (a partir da comparação entre os doentes) e isolar os elementos acessórios de uma

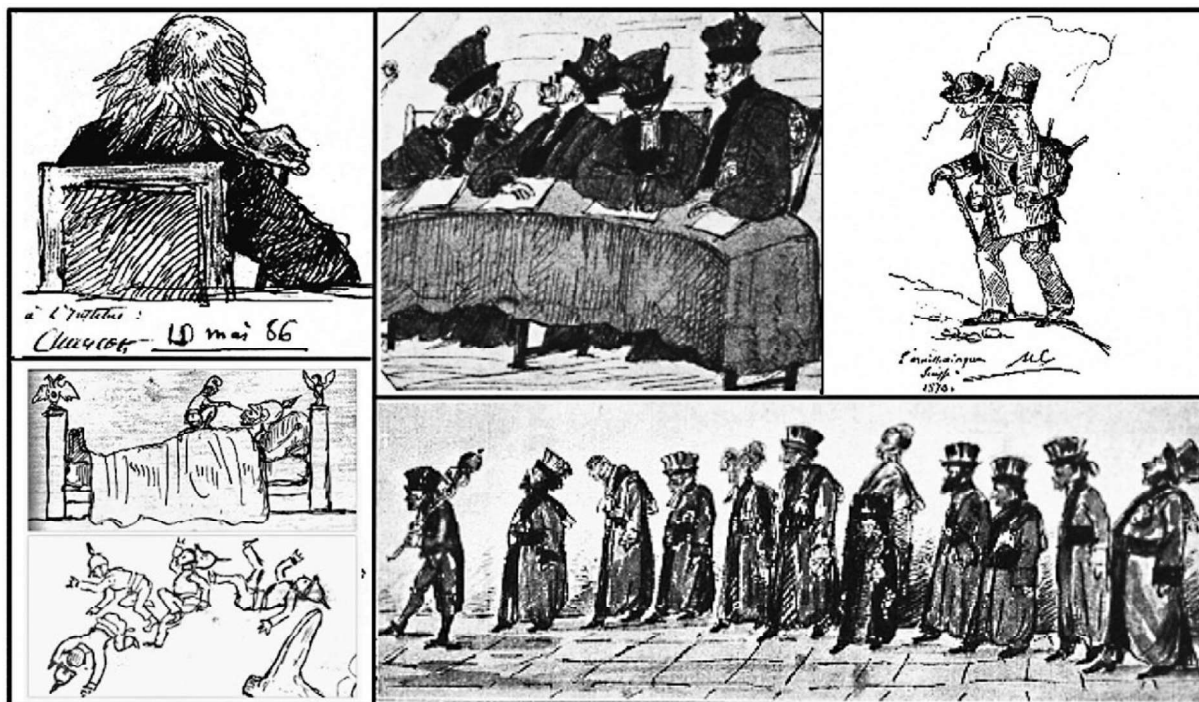
¹⁸ Do original : « Les clients qu'il recevait chez lui, après la consultation, déposaient sur un coin de table ce qu'ils voulaient. Charcot ramassait ses honoraires (...) vidait le tout sur sa table de nuit, puis s'endormait. Sa femme recueillait alors la récolte journalière, dont il ignorait totalement le montant ».

¹⁹ Do original: « On sait seulement que, dès son jeune âge, il était d'un caractère froid, taciturne, qu'il aimait la solitude pour lire et pour dessiner ».

²⁰ Do original: “(...) he was a slender dark-haired boy of medium build and height. He was somewhat withdrawn, enjoyed solitude, and at an early age began to develop, on the surface at least, a rather aloof and reserved demeanor. During the period of his internship, he had a small black mustache”.

doença. O seu talento como caricaturista lhe rendeu desenhos dos seus colegas de escola, dos companheiros do Instituto e da Faculdade de Medicina, de um júri em sessão em exames médicos e de uma fileira de professores na qual ele próprio está desenhado.

Figura 2 – Caricaturas de Charcot



No sentido horário, a partir do topo: (1) O Professor Michel Eugene Chevreul (1786–1889) durante a visita de Charcot a uma sessão de terça-feira na Academia de Ciências de Paris, por volta de 1885; (2) “O Areópago”, Charcot desenhou seus colegas da faculdade de medicina como macacos; (3) Um antigo companheiro de sua juventude apelidado de “*Platypus*” (Ornitorrinco), em uma excursão nas montanhas da Suíça; (4) Procissão da Faculdade: seus colegas da faculdade de medicina de Paris em trajes pomposos durante uma procissão; (5) As duas imagens finais retratam sua indignação durante a Guerra Franco-Prussiana (1870): a primeira não tem título, retratando um minúsculo soldado francês no topo de um enorme e inerte soldado prussiano, e a segunda ele chamou de “*L’Avenir*” (“O Futuro”). Fonte: Camargo et. al., 2023, p. 1108, tradução própria.

As menções aos desenhos em Guillain destacam, em mais de uma ocasião, a indissociabilidade entre a arte e a medicina. Tomando como exemplo o depoimento de seu pupilo Henry Meige, também professor da Escola de Belas Artes:

O que podemos concluir é que, à primeira vista, ele era capaz de reconhecer alguma excentricidade ou outra do hábito humano. Ora, ser capaz de discernir uma anomalia cômica e projetá-la em relevo, essa é a própria essência da arte da caricatura. Mas, fora o cômico, a arte do médico não tem como um de seus objetivos a descoberta de anomalias físicas e torná-las perceptíveis aos outros? **É por isso que não é presunçoso dizer que o talento de Charcot para desenhar caricaturas serviu-lhe bem em sua profissão como clínico**²¹ (Meige *apud* Guillain, 1959, p. 22, tradução própria, grifo nosso).

²¹ Do original: “What we can conclude is that at the first glance he was able to recognize some oddity or other of the human habitude. Now, to be able to discern a comic anomaly and to project it in relief, that is the very essence of the art of caricature. But, aside from the comic, does not the physician’s art have as one of its goals the discovery of physical anomalies and making them perceptible to others? That is why it is not presumptuous to say that Charcot’s talent for drawing caricatures served him well in his profession as a clinician”.

O estudo de Bouchara (2013), fundamentado em vasta documentação inédita, propõe uma releitura da obra de Charcot sob a ótica da imagem, partindo da máxima de que arte e ciência eram as “duas filhas de Apolo” e, portanto, inseparáveis em seu trabalho. A autora demonstra que a tradição do desenho era familiar – desde Simon-Pierre, pai de Charcot, que criava esboços para suas carroças, até as caricaturas feitas por Jean-Martin dos colegas de escola. Bouchara explora a produção gráfica do neurologista em todas as suas fases: desde a tese de medicina (onde já circulava entre observação, escrita e desenho), passando pelas cartas de viagem enviadas à esposa (que recebia relatos coloridos e ilustrados, como os da expedição a Marrocos em 1887), imagens dos filhos (cf. Figura 3 abaixo) e caricaturas inéditas de teor antigermânico (cf. Figura 2 acima).

Figura 3 – Desenho dos filhos de Charcot (por ele mesmo) em 1875



Legenda: Jeanne com seu vestido violeta | Jean, usando chapéu pela primeira vez.

Fonte: Bouchara, 2013, p. 163.

O livro de Bouchara (2013) destaca especialmente as aquarelas e os esboços clínicos realizados à beira do leito dos pacientes, cuja habilidade técnica era comparável à de seu colega Paul Richer. A autora argumenta que esses desenhos foram cruciais para o desenvolvimento do método anatomoclínico, pois a aptidão de Charcot em captar a “essência” visual era decisiva para a formulação de seus diagnósticos na Salpêtrière. Em consonância com essa prática, a própria autora resgata uma citação de Charcot que sublinha a importância da experiência direta e a construção do “visual”: “Eu lhes digo frequentemente: mais vale ver do que ler. Ler é bom, mas ver é ainda melhor; pode-se aprender muito mais em quinze minutos passados vendo

doentes do que estudando as descrições das afecções de que eles sofrem nos livros²²” (Charcot, 1887b, p. 249, tradução própria). Desse modo, enquanto o texto conseguiria apenas transmitir uma imagem pálida dos fenômenos, o foco na imagem funcionava como ferramenta de registro e revelação das formas, curvas, posições e lesões dos corpos, permitindo ao médico descrever, classificar e, finalmente, compreender as patologias.

Os desenhos também estiveram presentes nas viagens que fazia ao exterior. Desde o planejamento (se informava sobre a história, a arqueologia e as curiosidades locais dos países que estava prestes a visitar) até o pós viagem, pois graças a sua memória visual desenhava esboços de coisas vistas nas viagens que tinha feito. Ele trazia consigo, ainda com Souques e Meige (1939b), esboços e anotações, pois estava sempre acompanhado de um caderno e um conjunto de lápis de cor. Anexados às cartas para sua família, enquanto viajava, havia sempre esboços de uma igreja, uma casa antiga, uma escultura, um túmulo ou um personagem nativo. Na sua passagem pela Europa (Itália, Bélgica, Holanda, Espanha, Inglaterra, Alemanha e Rússia) e pelo Norte da África preocupava-se em conhecer as antigas obras-primas da arte e os museus, além dos mercados e bairros populosos e experimentar a comida e os vinhos.

Nas viagens, Charcot era adepto de intensa preparação, pois detestava atrasos e imprevistos em qualquer compromisso. Duas anedotas ilustram sua exigência de respeito pela pontualidade. Conta-se que um médico, um de seus colegas da Faculdade de Medicina, o chamou para colaboração numa consulta; diante do atraso de alguns minutos do colega, Charcot foi embora. O segundo exemplo: o casamento de Pierre Marie, no qual Charcot foi convidado como testemunha; o cortejo nupcial atrasou para entrar na Igreja e Charcot, impaciente, cogitou abandonar a cerimônia... não o fez, porém, por grande apreço a seu amigo e colega da Salpêtrière (Guillain, 1959).

Haveria, nos dizeres de Ellenberger (2023), várias descrições da personalidade de Charcot, ora com foco no seu apogeu nos anos 1880 e na lida com seus discípulos e pacientes, ora com descrições detalhadas sobre seus últimos anos. O historiador faz uma apresentação condensada de um de seus discípulos – Léon Daudet – sobre suas características físicas, sua relação com arte, literatura e filosofia e com os animais:

Charcot era um homem pequeno, robusto e vigoroso; com uma cabeça grande, um pescoço de touro, uma testa baixa e bochechas largas. O traço da sua boca era intenso e meditativo. Totalmente barbeado, mantinha o cabelo liso penteado para trás. Assemelhava-se um pouco a Napoleão e gostava de cuidar

²² Do original: « Je vous l'ai dit souvent, mieux vaut voir que lire. Lire est bon, mais voir est encore meilleur ; on peut apprendre beaucoup plus en un quart d'heure passé à voir des malades qu'en étudiant les descriptions des affections dont ils sont atteints dans les livres ».

dessa semelhança. Seu passo era pesado, a sua voz autoritária, um pouco baixa e frequentemente irônica e insistente, a sua expressão, extraordinariamente impetuosa.

Homem cultíssimo, era familiarizado com as obras de Dante, Shakespeare e dos grandes poetas; lia inglês, alemão, espanhol e italiano. Tinha uma grande biblioteca repleta de livros estranhos e incomuns.

Era muito humano; demonstrava profunda compaixão pelos animais e proibia qualquer menção a caçadores e à caça na sua presença.

Homem mais autoritário jamais conheci, tampouco alguém que pudesse colocar um jugo tão despótico nas pessoas ao seu redor. Para se dar conta disso, bastava ver como ele poderia, de seu púlpito, lançar um olhar arrebatador e desconfiado sobre os seus alunos; e ouvi-lo interrompendo-os com uma palavra breve e imperativa.

Não suportava contradição, por menor que fosse. Se alguém ousasse contradizer suas teorias, tornava-se feroz e mesquinho, e fazia de tudo para arruinar a carreira do imprudente, a menos que se retratasse e pedisse desculpas.

Não suportava estupidez. Mas a sua necessidade de dominação fez com que afastasse seus discípulos mais brilhantes, de modo que, no fim, ficou cercado de pessoas medíocres. Como uma compensação, mantinha relações sociais com artistas e poetas, e promovia magníficas recepções.

Era uma de suas ideias favoritas a de que a parcela da vida onírica em nosso estado de vigília é muito mais que “imensa” (Daudet *apud* Ellenberger, 2023, p. 106 e 108).

Guillain (1959) descreve a personalidade de Charcot como uma dualidade: sob uma superfície marcada pela austeridade e reserva, ocultava-se um homem de intensa sensibilidade e timidez. O biógrafo assegura que, embora raramente o demonstrasse, Charcot nutria profundo afeto por sua esposa, filhos, amigos e pupilos. Nesse contexto, Madame Charcot desempenhava um papel fundamental de mediação. Cientes da dificuldade de acesso ao mestre, alunos e secretários recorriam a ela para encaminhar seus pedidos. Mesmo sabendo que o marido detestava interrupções em seu gabinete, ela — com a devida cautela — intercedia por eles. Aspectos da personalidade de Charcot já foram alvo de trabalhos anteriores (Bonduelle, 1994; Albou e Walusinski, 2024; Boukris, 2023; Silva et al., 2018) e, nesse ponto, interessa-nos uma descrição de sua personalidade tomando aqueles que, a partir do convívio com ele, criaram a imagem que temos acesso ainda hoje.

Souques e Meige (1939b) focam no aspecto “protecionista” de Charcot, descrevendo-o como alguém que, tal qual um pai, protegia os seus filhos espirituais; ele demonstrava afeto atestando a competência dos seus discípulos:

Pela sua frieza, ele congelava aqueles que o viam pela primeira vez; no entanto, não se pensava em fugir dele; pelo contrário, desejava-se aproximar-se e, se possível, agradá-lo. É que, sob sua máscara glacial, adivinhava-se um coração sensível e generoso. Autoritário, ele o era, como convém a um líder. Mas ele conservava reservas de indulgência e bondade. Por isso, inspirava em

seus alunos tanto afeto quanto respeito. Assim que os sabia fiéis e trabalhadores, ele procurava de todas as maneiras ajudá-los, colocando à disposição os tesouros de sua biblioteca, confiando-lhes suas anotações, prodigalizando seus conselhos, acolhendo-os em sua casa e, em todas as circunstâncias, sustentando-os com seu poderoso apoio²³ (Souques e Meige, 1939b, p. 342, tradução própria).

Charcot era o “silêncio encarnado” no trato social. Ele ignorava as formas banais de cortesia e evitava estender a mão a outrem; essa reserva, no entanto, contrastava drasticamente com sua sensibilidade pelos animais. Souques e Meige (1939b) observaram que “essa sensibilidade, que ele fazia questão de manter secreta, explodia sem reservas a propósito dos animais²⁴” (Souques e Meige, 1939b, p. 343, tradução própria). Junto aos bichos, sua personalidade se tornava mais extrovertida e relaxada (Guillain, 1959), conversando e brincando com eles. Sua paixão o fazia detestar crueldades desnecessárias infligidas aos animais, como a caça e as touradas. Sua casa, no 217 Boulevard Saint-Germain, abrigava uma combinação notável: além dos cães “Carlo” (um labrador) e “Sigurd” (um molosso, frequentemente fotografado a seus pés), Corniou (2002) registra inúmeros gatos, uma arara chamada “Harakiri” e um jumento chamado “Saladin”.

Figura 4 – Charcot e Rosalie



Fonte: Bouchara, 2013, p.158

²³ Do original: « Par sa froideur, il figeait ceux qui le voyaient pour la première fois ; pourtant, on ne songeait pas à le fuir ; au contraire, on eût voulu s'en rapprocher, et, si possible, lui complaire. C'est que, sous son masque glacial, on devinait un cœur sensible et généreux. Autoritaire, il l'était comme il sied à un chef. Mais il conservait des réserves d'indulgence et de bonté. Aussi inspira-t-il à ses élèves autant d'affection que de respect. Dès qu'il les savait fidèles et laborieux, il cherchait par tous les moyens à leur venir en aide, mettant à leur disposition les trésors de sa bibliothèque, leur confiant ses notes, leur prodiguant ses conseils, les accueillant dans sa maison, et, en toutes circonstances, les soutenant de son puissant appui ».

²⁴ Do original: « Cette sensibilité, qu'il tenait à garder secrète, éclatait sans retenue à propos des bêtes ».

A família era completada pela macaca Rosalie, a favorita de Charcot (Guillain, 1959). Rosalie era um exemplar da espécie *Cebus apella*, descrita como inteligente e divertida, e teria sido um presente do Imperador Dom Pedro II²⁵ (Silva et.al.,2018). Ela ocupava um lugar especial na sala de jantar, em uma cadeira de alimentação, onde Charcot “cuidava da alimentação dela, ria com ela e ficava encantado quando ela pegava uma noz ou uma banana do seu próprio prato²⁶”(Guillain, 1959, p.18 tradução própria). Conta-se (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995; Guillain, 1959 e Silva et. al. 2018) uma anedota envolvendo Rosalie em um dos famosos jantares realizados na casa dos Charcot:

Um dos contos favoritos lembrados pela neta de Charcot é a escapada do macaco de estimação, que desmontou o centro de mesa da sala de jantar durante um jantar organizado por Charcot para dar a Gambetta²⁷ a oportunidade de conversar com o Grão-Duque da Rússia em total privacidade. Embora a elaborada decoração de frutas tenha sido completamente destruída pelo travesso animal de estimação, o humor compartilhado do evento fez com que os convidados se sentissem imediatamente à vontade e facilitou as delicadas negociações que se seguiram após a retirada de Charcot (personal communication, Madame Allart-Charcot, Neuilly-sur-Seine, France, 1990)²⁸ (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995, p. 271, tradução própria).

Ainda concernente à relação de Charcot com os animais, os autores Silva et. al. (2018) apresentam uma espécie de paradoxo: apesar da construção de seu campo de estudos neuroanatômicos e neuropatológicos ter, como uma das bases experimentais, os estudos comparativos com primatas e outras espécies de animais, Charcot era contrário aos usos de vivissecção ou experimentos com animais na Salpêtrière, ainda que reconhecesse a necessidade de estudos fisiológicos. No seu consultório havia uma placa com os dizeres “*Vous ne trouverez*

²⁵ A relação de Charcot com Dom Pedro II é largamente conhecida. Teive et.al. (2001) resgatam essa relação tanto em termos sociais (companheiros de bilhar e defensores dos animais) quanto em termos médicos (relação médico-paciente). Da parte de Dom Pedro, ele foi um visitante regular da Academia de Ciências de Paris e era membro da *Société d'Agriculture, Société d'Hygiène, Société de Zoologie, Société de Géographie, Société des Amis de la Science*. Em 1887, durante uma de suas viagens à França, Charcot diagnosticou D. Pedro com estresse mental (*surmenage physique et intellectuel*), neuropatia diabética e uma lesão vascular cerebral (provavelmente um AVC); o neurologista acompanhou o imperador brasileiro em viagens para tratamento em clínicas de hidroterapia no interior da França. Após a Proclamação da República, Dom Pedro é enviado para o exílio com sua família e se refugia em Paris até sua morte dois anos depois. Nesse período, sua presença nas atividades sociais e culturais promovidas por Charcot era frequente. No entanto, durante a fase final de sua doença, desenvolveu pneumonia, vindo a falecer em 05 de Dezembro de 1891. Charcot compôs o corpo médico que assinou o atestado de óbito de Dom Pedro juntamente com Mota Maia (médico pessoal de Dom Pedro) e Bouchard.

²⁶ Do original: “Charcot took care of her food, laughed with her, and was delighted when she snatched a nut or a banana from his own plate”.

²⁷ Léon Gambetta (1838–1882) foi um político republicado francês que teve uma atuação importante durante a Guerra Franco-Prussiana (1870–1871).

²⁸ Do original: “A favorite tale recalled by Charcot’s granddaughter is the escapade of the pet monkey who dismantled the dining room centerpiece for a dinner engineered by Charcot to give Gambetta a chance to talk with the Grand Duke of Russia in uninterrupted privacy. Although the elaborate fruit decoration was completely destroyed by the mischievous pet, the shared humor of the event set the guests at immediate ease and facilitated the delicate negotiations that followed after Charcot retired (personal communication, Madame Allart-Charcot, Neuilly-sur-Seine, France, 1990)”.

pas une clinique des chiens chez moi” (Você não encontrará um laboratório de cães aqui) e, argumentam os autores, talvez o seu amor pelos animais tenha orientado suas escolhas metodológicas para os estudos de autópsia dos pacientes que faleceram no hospital e nos estudos do vivo a partir da clínica da histeria, por exemplo.

2.1.1 O casamento, os filhos e as festas

O capítulo sobre a vida amorosa de Charcot inicia-se efetivamente com seu casamento em 1864²⁹. Ele desposou Augustine-Victoire Darvis, viúva desde 1861 de Edmée Victor Darvis (com quem tinha uma filha de dez anos, Marie). Augustine era filha de Monsieur Laurent Richard, um renomado colecionador de arte que fez fortuna como alfaiate do rei Louis Philippe. O encontro entre os dois ocorreu por intermédio de Richard, em uma ocasião envolvendo a encomenda de uma carruagem de luxo. Dessa união nasceram dois filhos: Jeanne, nascida em 1865, e Jean-Baptiste, nascido em 1867 – que depois de ter sido *interne*³⁰ de seu pai em 1891, torna-se Comandante Charcot da marinha francesa. Jean-Baptiste morre durante uma tempestade que atingiu o seu navio – *Pourquoi-Pas?* – na região da Islândia em 1936. O destino da filha de Charcot – Jeanne – é mencionado brevemente (Guillain, 1959; Corniou, 2002): casou-se em 1896 com Alfred Edwards, fundador do jornal “*Le Matin*”, divorciando-se anos depois. Casou-se novamente com um escocês – Arthur Hendry – com quem teve um filho que veio a falecer ainda na juventude de tuberculose. Morre em 1940 junto de seu marido.

Embora Charcot já desfrutasse de prestígio como médico de elite – amigo de Rayer, médico de Napoleão e membro da Sociedade de Biologia – o casamento com Augustine ampliou consideravelmente sua influência na sociedade parisiense. Guillain (*op.cit.*) descreve-a como uma esposa orgulhosa e inteiramente disposta a apoiar a carreira científica do marido. Nos três primeiros anos da união, o casal morou no número 13 da *Rue Laffitte*. Em 1867, eles se mudaram para uma casa no número 6 da *Avenue du Coq*, perto da estação Saint-Lazare. Depois do armistício que pôs fim à Guerra Franco-Prussiana, instalaram-se na ala oriental do *Hôtel de Chimay* (Albou e Walusinski, 2024). Foi somente em 1884 que Charcot adquiriu a residência que se tornaria o centro de seu círculo cultural e médico: uma casa no Boulevard Saint-Germain, número 217. Essa moradia ficou amplamente conhecida pelas grandes

²⁹ Em Guillain (1959), o casamento de Charcot confunde-se com a nomeação dele como *médecin de la Salpêtrière*: “Charcot was married when he became *médecin de la Salpêtrière*” (*op.cit.*, p. 11).

³⁰ Jean-Baptiste figura, ao lado de Louis Hallion, como um dos *internes* de Charcot na Salpêtrière no ano de 1891. Desde 1862 até o ano de sua morte, Charcot foi responsável por 32 *internes* e outros tantos *chefs de clinique* na Salpêtrière dentre os nomes mais famosos estão Pierre Janet, Georges Gilles de la Tourette, Joseph Babinski e Pierre Marie. Cf. Walusinski, 2011.

recepções e jantares que o casal oferecia toda terça-feira à noite, durante o inverno e a primavera.

A casa fora decorada a partir de um projeto do próprio Charcot, de inspiração renascentista, “onde tudo se destinava ao prazer dos olhos” (Souques e Meige, 1939b). À semelhança de um museu particular, Ellenberger (2023) nos lembra que Charcot realizava projetos de desenho e pintura para a decoração do palacete num ateliê organizado por ele; esse espaço também servia de oficina para Madame Charcot e sua filha Jeanne trabalharem com argila, metal, vidro e couro, frequentemente sob seus conselhos: “Ele próprio contribuía para o adornar, em seus raros instantes de lazer, desenhando, ora um azulejo de faiança, ora, a partir de uma lembrança de viagem, os arabescos em buxo de seu jardim³¹” (Souques e Meige, 1939b, p. 339). A imponência do palacete é marca da descrição dos seus salões. Havia uma grande quantidade de obras de arte (pinturas, esculturas, armaduras, cerâmicas, peças em bronze e tapeçarias antigas) e vitrais “cujos personagens coloridos deixavam filtrar uma luz misteriosa, madeiras antigas com dourados apagados, lustres de ferro forjado ou de vidro de Veneza, móveis delicadamente esculpidos, e uma profusão de obras de arte de qualidade (...)”³² (Souques e Meige, 1939b, p.339, tradução própria).

As *soirées* das terças-feiras eram frequentadas, segundo Guillain (1959), por visitantes distintos e internacionalmente reconhecidos: Dom Pedro II – Imperador do Brasil, os grão-duques da Rússia, a rainha da Espanha e o filho do *Bey* da Tunísia. Frequentemente, estavam presentes inúmeros líderes políticos, pintores, escultores, escritores e colegas de Charcot da Faculdade e da Academia de Medicina. Os convidados mais numerosos seriam do meio médico, seus pupilos e *chefs de clinique* de Charcot eram frequentadores regulares das *soirées* como Bourneville, Joffroy, Féré, Brissaud, Pierre Marie, Gilbert Ballet, Babinski, Pitres, Parinaud, Gilles de la Tourette e outros. Os alunos estrangeiros que estavam como visitantes da Salpêtrière também eram convidados a esses eventos – inclusive Freud, durante seu estágio com Charcot. Léon Daudet, mencionado por Guillain (1959), elogia Charcot como um excelente anfitrião. Sua atenção à comida, ao vinho, à conversa, às vestimentas e ao serviço fazia com que esses eventos fossem marcantes em sua história. Além de cientista e “classificador de problemas difíceis”, esses jantares davam a oportunidade, reforça Guillain (*op.cit*), de se acessar o pensamento de Charcot sobre as muitas leituras (literatura antiga e moderna) e releituras (os

³¹ Do original: « Il contribuait lui-même à l'orner, à ses rares instants de loisir, en dessinant, tantôt un carreau de faïence, tantôt, d'après un souvenir de voyage, les arabesques en buis de son jardin ».

³² Do original: « [...] dont les personnages colorés laissaient filtrer un jour mystérieux, vieux bois aux ors éteints, lustres de fer forgé ou de verre de Venise, meubles délicatement sculptés... »

clássicos como Platão e Sêneca) que fazia, além de estar familiarizado com toda a obra de Shakespeare, a quem frequentemente se referia como sendo seu autor favorito. Ainda que as noites de terça-feira estivessem na agenda da vida profissional de Charcot, o imperativo desses encontros era o entretenimento (Corniou, 2002).

Em carta endereçada a sua então noiva, Marta Bernays, Freud (1982) descreve em detalhes um jantar ocorrido na casa de Charcot em 19 de Janeiro de 1886. Na ocasião, Freud estivera junto de outros alunos estrangeiros e *chefs de clinique* que trabalhavam com Charcot na Salpêtrière. De início, Freud relata que ao contrário de seu colega, Riccetti³³, não estava nervoso, pois havia feito uso de uma pequena dose de cocaína para se acalmar diante do evento que iria se seguir. Estavam presentes Charcot, Augustine e Jeanne; Léon Daudet³⁴; alguns nomes da medicina parisiense como Paul Brouardel, Raphaël Lépine, Giles de La Tourette e Brock (mencionado sem indicação de prenome). Freud diz que conseguiu interagir bem com as pessoas que ali estavam e se sentiu bem acolhido durante o jantar. Do ponto de vista da interação dele com as Senhora e Senhorita Charcot, ele relata um momento em que se tornou o centro das atenções, quando de uma conversa sobre o domínio de Freud do francês. A Senhora Charcot lhe indaga sobre quantos idiomas ele falava. Ele respondera: “Alemão, inglês, um pouco de espanhol e francês, muito mal”. Charcot interrompe a conversa e acrescenta que Freud seria muito modesto com relação ao seu francês, lhe faltando apenas treinar mais o ouvido.

O relato se segue com a descrição das características de Augustine e Jeanne Charcot. Ele conta a Marta que:

A primeira [Augustine] é pequena, gorda, viva, cabelos empoados de branco, afável, de aparência não muito distinta. A fortuna vem dela, pois Charcot começou muito pobre; dizem que o pai dela vale muitos milhões. A Senhorita Charcot já é outra história: também pequena, um tanto rechonchuda e de uma semelhança tão ridícula com o seu grande pai e, por conseguinte tão interessante que a gente se pergunta se ela é bonita ou não. Tem cerca de 20 anos, é muito natural e afável (Freud, 1982, p. 235).

Freud comenta do seu encantamento com Jeanne Charcot e que, caso não estivesse apaixonado e comprometido, estaria disposto a viver a aventura de cortejá-la, pois “nada é mais perigoso do que uma moça que tem as feições do pai que se admira. Aí eu me tornaria alvo da irrisão geral, seria expulso e sairia enriquecido com a experiência de uma bela aventura. É melhor como está, afinal de contas” (*op.cit.*).

³³ Nesta pesquisa, não encontramos informações sobre esse colega de Freud, além das menções em cartas escritas por este a Marta Bernays (Freud, 1982).

³⁴ Filho mais velho de Alphonse Daudet (1840–1897), escritor de novelas e peças de teatro. O pai foi um paciente, amigo e vizinho da família Charcot e o filho, León (1867–1942), estudou medicina com Jean-Baptiste, filho de Charcot, antes de se tornar um jornalista.

Ainda sobre a dinâmica familiar, em 1870, quando a Guerra franco-prussiana começou, a família se separou momentaneamente: a Sra. Charcot e as duas crianças foram enviadas inicialmente para Dieppe (na região da Normandia) e depois para Londres aos cuidados de amigos da família, enquanto Charcot, cujo trabalho científico e os cursos livres cessaram, realizava um trabalho médico na Salpêtrière cuidando de pacientes acometidos por febre tifoide e varíola. Guillaín (1959) lembra que no período de estabelecimento da Comuna, a Salpêtrière fora bombardeada e vários médicos do hospital – Charcot incluso – apresentaram uma carta de protesto contra o ocorrido. O autor afirma que Charcot sempre foi um patriota e a Guerra de 1870 aflorou no neurologista um sentimento anti-germânico intenso. Ainda conforme Guillaín (1959), antes da Guerra, Charcot demonstrava textualmente um desejo de que a França considerasse os progressos alemães no campo da geriatria; após a derrota na Guerra de 1870, o ressentimento patriótico se manifestou, inclusive, numa espécie de boicote a congressos médicos realizados na Alemanha.

2.1.2 A vida escolar

Charcot termina seus estudos secundários aos 19 anos. Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) resgatam relatos de amigos de Charcot para problematizar os pontos que o levaram a fazer a escolha pelo curso de medicina, mas, ainda assim, nunca ter abandonado por completo as artes e sua paixão pelo desenho, conforme visto anteriormente. Para os autores, no contexto francês da segunda metade do século XVIII, não seria estranho o estabelecimento de uma relação entre medicina e artes. Em primeiro lugar, durante a formação, era demandado do aluno tanto observação quanto registro documental dos elementos da prática clínica e, em segundo, anatomia é uma disciplina fundamental em ambas as áreas e a inclinação para desenhos do corpo humano (e de suas partes segmentadas) poderia ser bem útil. Os nomes de Paul Richer (1849-1933) e Henry Meige (1866-1940) são citados como exemplares do entrelaçamento entre essas duas áreas. O primeiro é um nome presente nos trabalhos de Charcot sobre a histeria, pois ele foi um dos responsáveis pelos desenhos, esculturas e pinturas na Salpêtrière na construção da Iconografia da histeria; Charcot o colocava em lugar de alto prestígio justamente porque seus desenhos possibilitavam, a qualquer médico, um diagnóstico preciso da doença ali representada³⁵. Ele e Charcot publicaram juntos dois livros que faziam a relação entre arte e medicina: *Les Démoniaques dans l'Art* (Paris, 1887) e *Les Difformes et les Malades dans l'Art* (Paris, 1889). Por outro lado, Meige, sob a tutela de Charcot, publica uma tese sobre o “judeu

³⁵ Cf. elementos do trabalho de Paul Richer na interseção entre arte e neurologia in Maranhão-Filho (2017).

errante” a partir da observação de judeus internados na Salpêtrière. Com a morte de seu mestre, desenvolveu uma extensa pesquisa sobre “tiques” (e seu tratamento), ao passo em que também trabalhava sua arte: o seu conhecimento de entomologia e botânica eram frequentemente utilizados como base para os desenhos de insetos e plantas presentes no entorno do hospital. Nos anos 20, sucede Richer como professor e chefe da Cátedra de Anatomia Artística da Escola de Belas Artes.

Bonduelle (1994) sustenta que se tratava de uma lenda a afirmação de que Charcot estaria dividido entre cursar artes e medicina ao final de seus estudos secundários. Assim como Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995), que consideram pouco provável a dúvida de Charcot entre artes e medicina. Entretanto, ao autores citam uma carta de Charcot escrita à sua esposa, Augustine, no contexto de uma viagem que ele fez à Itália em 1879, na qual ele afirma que: “(...) Com certeza, se eu tive médicos na minha família, também tive alguns pintores. Meu coração está dividido entre os dois³⁶ (*op.cit.*, p.8, tradução própria).

Ainda nesse sentido, Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) resgatam o depoimento de dois ex-alunos de Charcot para afirmar que ele se encontrou dividido, à época de sua escolha, entre cursar artes ou medicina. Apesar das semelhanças apontadas acima sobre as duas áreas de atuação, os autores argumentam que o campo das artes era mais familiar a Charcot, uma vez que seu pai, Simon-Pierre, era um artesão deveras habilidoso e a vizinhança em que a família Charcot esteve instalada era cercada de artistas. A medicina, por outro lado, seria algo distante geograficamente da região em que os Charcot moravam, mas não havia nenhum médico na família imediata de Charcot.

Terminados os estudos na escola primária, Charcot realiza em 1843 a sua inscrição na *École de Medecine de Paris*. Para a sua inscrição, Charcot teve que apresentar o diploma escolar, a certidão de nascimento, uma declaração de aprovação por parte dos pais (para alunos menores de idade) e um atestado de caráter (“*certificat de bonnes vie et mœurs*”) (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995, p.10). Nenhum exame físico ou avaliação da visão, da audição ou da saúde mental era necessário para a matrícula. Na ocasião da entrada de Charcot cerca de 2.500 estudantes estavam inscritos na mesma instituição.

³⁶ Do original: “Seeing this country gives me the greatest urge to paint and use watercolors. With every step I take, I find something that is wonderful and fresh, even though people have been tempted by these same images for centuries. For sure, if I had doctors in my family, I also had some painters. My heart is torn between the two (Allart-Vallin-Charcot Archives)”.

2.2 Os anos de juventude: a formação em medicina

Encontra-se no trabalho do sociólogo Pinell (2005) o panorama das transformações que redefiniram o campo médico francês no século XVIII do qual a formação de Charcot e sua posterior entrada no *Hôspice de la Vieillesse – Femmes* (Salpêtrière) emergem. O autor divide esse processo em dois tempos: 1) a primeira fase durante o “Período do Terror” da Revolução Francesa (1792-1794) foi marcada, dentre outras coisas, pelo fechamento das faculdades de medicina e das escolas de cirurgia e 2) tem início após o Golpe de 09 de Termidor (ou a Queda de Robespierre) e tinha como um dos objetivos a reestruturação das instituições médicas.

Essa reorganização apresenta, por sua vez, duas frentes: a unificação da medicina e da cirurgia (uma separação entre teoria e prática existente desde a Idade Média) e o aparecimento do hospital como instrumento terapêutico (Foucault, 1979). Há uma passagem, nos séculos XVII e XVIII, de um hospital como instituição de assistência aos pobres (e consequentemente de uma medicina cuja experiência hospitalar não estava prevista na formação do médico) para uma medicina hospitalar na qual a localização do hospital, a distribuição interna de seu espaço e a presença central do médico tornam-se elementos obrigatórios. Nessa nova configuração, o hospital passa a ser um lugar de cura dos doentes, de formação e transmissão de saber. Foucault (*op.cit*) ainda destaca que “o grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII” (p. 110), como um efeito direto da transformação das dinâmicas de poder no interior do hospital. Deveria haver, portanto, uma formação em medicina que considerasse a vivência no cotidiano do hospital, incluindo desde a organização hospitalar (a ventilação, a alimentação dos doentes etc.), as visitas aos leitos e a produção de informação sobre os diagnósticos recebidos pelos pacientes e as receitas e tratamentos prescritos, por exemplo.

Walusinski (2011) apresenta, como efeito direto da reforma no campo da medicina operada nos Pós-revolução Francesa, as duas hierarquias distintas no que diz respeito ao panorama da formação médica francesa nos séculos XVIII. Para o autor, esse modelo seguiria os decretos napoleônicos de criação de uma elite em várias áreas a partir da criação de escolas/faculdades com critérios específicos para seleção. Por exemplo, a *École Polytechnique* treinaria militares; a *École Normale Supérieure* formaria professores e o hospital, por sua vez, seria responsável pela formação de médicos.

O primeiro exame de ingresso ocorreu em 26 de Frutidor do ano X (13 de setembro de 1802), com 64 candidatos, dos quais 24 foram selecionados. Paralelamente ao curso universitário, os estudantes de medicina podiam ganhar experiência clínica com pacientes ao passarem no exame de ingresso

para não residentes - *externes* (eles não moravam no hospital e não tinham responsabilidades diagnósticas nem terapêuticas). Após 2 anos como não residentes (*externes*), assistindo a palestras particulares de médicos assistentes ou jovens *chefs de clinique*, os estudantes passavam no exame de ingresso para os ofícios de hospício, com a maioria concorrendo a uma vaga em Paris. Dessa forma, os médicos assistentes (*internes*) se tornaram funcionários da administração hospitalar, em vez de estudantes universitários. Após 4 anos, eles podiam abrir um consultório médico particular ou continuar suas carreiras universitárias (*chef de clinique, agrégé, professeur*) e/ou suas carreiras hospitalares (médico hospitalar)³⁷ (Walusinski. 2011, p. 253, tradução própria).

De forma geral, o sistema era composto de duas partes complementares: a *Faculté* (a divisão acadêmica) na universidade e a faceta hospitalar. O polo universitário da formação exigia o título de Doutor em Medicina, e teria início com o posto de *chef de clinique*, a seguir, o de *agrégé*, que o habilitava para concorrer a uma vaga como *professeur* numa cátedra de ensino. O concurso de *agrégation* abria possibilidade em três áreas: medicina (incluindo medicina legal e higiene), cirurgia (com um contingente de vagas para obstetrícia) e ciências auxiliares (física médica, química, história natural médica, farmacologia, fisiologia). Para Pinell (2005), na teoria, o concurso para *agrégés* exigiria apenas o título de Doutor em Medicina, mas na prática, segundo a autora, havia a exigência de uma experiência médica como *interné* nos hospitais parisienses. A parte hospitalar tinha como foco o desenvolvimento da prática clínica e os estudantes entrariam, através de concurso, como *externes* e, em seguida, *internes*. O externato durava um ano e assemelhava-se a um estágio em que o estudante teria contato com a prática médica e poderia ter a permissão de realizar procedimentos simples junto aos pacientes. O internato, por sua vez, tinha duração de quatro anos e contava com um rodízio entre algumas unidades dos serviços hospitalares de Paris. Ambos – internato e externato – tinham suas entradas organizadas através de concursos conduzidos pela Assistência Pública dos Hospitais de Paris. Concluído o externato, o graduado em medicina poderia se tornar médico do *Bureau Central d'Admission* ou médico geral de hospitais, como chefe de alguma enfermaria ou serviço em um hospital. Vale mencionar que as leituras e as práticas laboratoriais eram organizadas e administradas pelo sistema acadêmico e o internato e o rodízio do externo organizados pelo sistema hospitalar.

³⁷ Do original: “The first entrance exam took place on 26 Fructidor year X (13 September 1802) with 64 candidates, 24 of whom were selected. Parallel to their university coursework, medical students could gather clinical experience with patients by passing the nonresident entrance exam (they did not live at the hospital and had neither diagnostic nor therapeutic responsibilities). After 2 years as non-residents, attending private lectures by senior house officers or young *chefs de clinique*, students passed the entrance exam for *house officership*, with most students vying for a position in Paris. In this way, house officers became hospital administration employees rather than university students. After 4 years they could either open up a private medical practice or continue their university careers (*chef de clinique, agrégé, professeur*) and/or hospital careers (hospital physician)”.

A graduação de Charcot em medicina teve início em 1843, com dedicação integral nos dois primeiros anos. Entre 1846 e 1849 – ano de seu ingresso no internato – pesquisas de Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) apontam interrupções nos estudos. Segundo os autores, essas pausas refletiam a dinâmica da formação médica da época, sendo necessárias para a preparação ao concurso de internato. A partir de 1850, Charcot retomou a assiduidade, adiantando créditos até formar-se em 1853, quase uma década após o início do curso.

O método de ensino de medicina na França (em especial, em Paris) chamou a atenção de estudantes estrangeiros que buscavam, dentre outras coisas, uma formação com o paralelo entre a teoria e a prática a partir da vivência em hospitais logo em momentos iniciais do curso. Um exemplo desse movimento pode ser visualizado através das cartas escritas por Augustus Kinsley Gardner (1848) contendo elementos de comparação entre a formação em medicina na França e nos Estados Unidos. O autor apresenta vantagens e desvantagens de cada um dos sistemas. A primeira desvantagem do método francês, segundo ele, é a ausência de comprometimento dos alunos e do foco no estudo de tratados médicos clássicos: “Não há, ou quase não há, o que se chama de “estudo acadêmico”; e, de fato, muito pouco estudo de livros em qualquer lugar. Muitos estudantes concluem todo o seu curso quase sem nunca ter olhado um tratado médico”³⁸ (Gardner, 1848, p.127). Uma segunda desvantagem estaria no foco dado à prática médica. O estudante parisiense era capaz de testemunhar doenças em variadas formas e com alguma facilidade, tinha acesso às análises *post-mortem*. No entanto, “eles [os franceses] direcionaram sua atenção e energias para descobrir a natureza da doença, e isso às custas do tratamento” enquanto na tradição americana e inglesa o contrário é válido: “(...) Eles direcionaram seu zelo para o tratamento, negligenciando o diagnóstico³⁹” (Gardner, 1848, p.162, tradução própria). Gardner brinca com o fato de que, para obtenção de uma formação completa, o estudante deveria aproveitar do contexto parisiense para aprender a construção de diagnósticos e, posteriormente, o estudante iria para a Inglaterra aprender formas de tratamento: diagnosticar sem saber como promover tratamento e cura para a doença seria inútil; tratar da doença sem saber especificamente do que se trata seria uma espécie de charlatanismo.

Ainda sobre elementos comparativos entre a formação americana/inglesa e a formação médica francesa, Gardner faz um paralelo com os valores gastos pelos estudantes (na França, seria muito mais barato que nos Estados Unidos) e sobre o processo de exame/aprovação:

³⁸ Do original: “There is none, or next to none, of what is called office study; and indeed very little study of books anywhere. Many students finish their entire course with scarcely ever having looked at a medical work”

³⁹ Do original: “They have directed their attention and energies to discovering the nature of disease, and that at the expense of the treatment. The English and American have equally erred upon the opposite side. They have directed their zeal to the treatment, neglecting the diagnosis”.

Durante seu curso de quatro anos, ele deve passar por **cinco exames** e pagar uma pequena quantia ao governo, acho que cerca de dez dólares para cada exame, sendo que os custos totais para os quatro anos de estudo e o diploma ficam em torno de duzentos dólares. Cada área de estudo tem um exame específico. O estudante se dedica exclusivamente a este, e sem dificuldades, é claro, pode se tornar um mestre nesse campo. Nos Estados Unidos, por outro lado, há apenas um exame, e esse ocorre ao final de três anos de estudo, abrangendo todas as disciplinas ao mesmo tempo. A preparação para isso é extremamente difícil. O cérebro sobrecarregado se distrai com a tentativa em vão de recordar as minúcias de cada ramo da ciência⁴⁰ (Gardner, 1848, p. 156, tradução própria e grifo nosso).

Segundo Gardner (1848), os conteúdos para cada um dos módulos que precedia os exames eram fixos: os estudantes do primeiro ano se concentravam em história natural, fisiologia e farmacologia; no segundo ano, anatomia e fisiologia eram as disciplinas principais; a patologia externa e interna eram abordadas no terceiro ano; e no último ano, higiene, terapêutica e medicina legal eram o foco. Um exame final, pouco antes da formatura, também abordaria todos os aspectos da clínica médica. Charcot realizou os cinco exames obrigatórios com alguns intervalos conforme mencionado anteriormente. Sobre seus resultados, obteve aprovação satisfatória em todas elas como se pode ver na tabela abaixo:

Tabela 1: Boletim da graduação em medicina de Charcot

Exame	Data	Nota
Primeiro	23.11.1844	Muito satisfatório (bom)
Segundo	16.12.1851	Bastante satisfatório (muito bom)
Terceiro	19.07.1852	Muito satisfatório (bom)
Quarto	19.12.1852	Bastante satisfatório (muito bom)
Quinto	21.01.1853	Muito satisfatório (bom)
Tese	16.03.1853	Extremamente satisfatório (ótimo)

Fonte: Arquivos Nacionais Franceses citados por Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995, p. 27, tradução própria.

Em 16 de Março de 1953, Charcot iria defender a sua tese. O trabalho intitulado *Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive), etc.* (Estudo para

⁴⁰ Do original: “During his term of four years, he is obliged to pass five examinations, and to pay a small sum to the Government, I think about ten dollars for each, the whole expenses for four years' study and degree, being nearly two hundred dollars. Every branch of study has a particular examination. The student previously applies himself solely to this, and without difficulty, of course, can make himself master of it. In the United States, on the contrary, there is but one examination, and that at the end of three years' study in every branch at the same time. The preparation for this is extremely difficult. The overloaded brain is distracted with the vain attempt to recall the minutiae of every department of the science”.

servir à história da afecção descrita sob o nome de gota astênica primitiva, nodosidades das articulações, reumatismo articular crônico (forma primitiva) (Charcot, 1853). A tese na qual Charcot diferenciou os sintomas e lesões da gota daqueles do reumatismo crônico recebeu a maior nota possível – extremamente satisfatória – e Charcot impressionou a banca examinadora (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Ainda para os autores, é importante marcar que havia uma tendência, no contexto da formação médica no século XIX, de que a apresentação dessa tese seria uma mera formalidade: algo breve, superficial e não original. No entanto, caso o estudante tivesse a intenção de seguir carreira acadêmica, uma tese de qualidade serviria como elemento inaugural do caminho a ser seguido na etapa acadêmica da formação. Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) argumentam que a tese de Charcot sobre gota e artrite reumatoide – apresentando 41 estudos de caso analisados por ele durante o internato na Salpêtrière no ano anterior – marca um estilo de trabalho e de pesquisa que o acompanhará por toda sua carreira. No limite, Charcot já apresentava nessa primeira tese uma correlação entre os achados clínicos e anatômicos cujo pioneirismo aparece no contexto das pesquisas médicas sobre essas doenças na segunda metade do século XIX.

Paralelo à construção de sua tese, Charcot havia entrado na Sociedade de Biologia de Paris por influência direta de Rayer no ano de 1851. Esta sociedade aparece na esteira da emergência de uma medicina científica e da criação de várias sociedades como a Sociedade Anatômica de Paris, Sociedade de Frenologia de Paris, Sociedade Médico-Prática de Paris, Sociedade Médica de Observação etc. Conforme Walusinski (2022b), a Sociedade de Biologia, fundada em 1848 por Charles Robin (1821-1885) e Hermann Lebert (1813-1878), tinha como objetivo estudar todos os fenômenos que se ligassem à vida, tanto normal quanto patológica. De inspiração positivista, a Sociedade amplia os estudos médicos a partir do uso da bioquímica, da fisiologia experimental e da anatomopatologia (macro e depois, microscópica).

Charcot publicou vários artigos originais e memórias importantes para a Sociedade de Biologia e para periódicos médicos que, segundo Guillain (1995) são clássicos na literatura médica internacional: claudicação intermitente, paraplegia dolorosa de origem neoplásica, a patogenia da hemorragia cerebral, as úlceras de decúbito (escaras) e o bócio exoftálmico. Apesar de ter proferido um total de trinta e cinco exposições (individuais ou acompanhado de seus colegas) durante o período entre 1851 e 1860, Walusinski (2022b) aponta uma significativa diminuição das apresentações dentro desse período (onze e uma, respectivamente). No período analisado pelo autor, Charcot não apresenta nenhum trabalho voltado para o estudo das doenças do sistema nervoso; e mesmo que haja uma “pobreza” nas terapêuticas propostas para os

doentes que são objeto de suas pesquisas, Walusinski (2022b) defende uma evolução da sua prática e uma autonomia de pensamento a partir das demonstrações na Sociedade de Biologia.

Ainda em 1853, logo após a obtenção de seu título, Charcot aceitou o convite de Pierre Piorry (1794-1879) para trabalhar como *Chef de clinique* na Faculdade de Medicina. Piorry, que ocupava uma cadeira clínica e era médico no *Hôpital de la Charité*, era um dos poucos professores parisienses autorizados a ter um *Chef de clinique*. Apesar de o posto não garantir, necessariamente, uma nova posição na hierarquia, ele conferiu algum prestígio a Charcot no meio médico.

Graças às poucas funções exigidas no trabalho com Piorry, Charcot estabeleceu um consultório particular em um pequeno apartamento na *rue Laffitte*. Foi nessa época que a influência de Rayer⁴¹ aparece novamente em sua história: ele encaminhou ao jovem médico um cliente rico de uma família com influentes conexões políticas. Benoit Fould era membro de uma família de banqueiros judeus – seu irmão mais novo, Achille, viria a se tornar Ministro das Finanças de Napoleão III (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Rayer havia aconselhado o seu antigo paciente a realizar uma viagem pela Itália a fim de abrandar suas questões de saúde. Charcot assume, portanto, o papel de médico particular de Fould e acompanhou seu novo cliente em uma extensa e viagem pela Itália (visitaram as cidades de Avignon, Arles, Gênova, Florença, Pisa, Siena, Perugia, Roma e Napole). Essa viagem marca o início dos trabalhos de Charcot com a família Fould e a sua entrada no circuito das famílias abastadas de Paris no qual a sua reputação viria a se construir.

Charcot foi nomeado *Médecin des Hôpitaux* em 1856. Em 1857, Charcot se candidatou pela primeira vez para se tornar *agrégé* submetendo a tese intitulada *The Expectations of Medicine*. Segundo Guillain (1959), o trabalho (juntamente com a apresentação oral) foi considerado insuficiente, gerando, conseqüentemente, a sua reprovação. Três anos mais tarde, Charcot faz uma segunda tentativa no processo de *l'agrégation* e realizou uma apresentação oral com o tema de “Hemorragias Intestinais”. Tanto Guillain (1959) quanto Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) discutem sobre a ausência de habilidades orais em Charcot à essa época. É como se o médico sedutor e inventor da histeria ainda não estivesse ali presente:

Estando bastante apreensivo, Charcot não teve um desempenho brilhante durante o exame; ele até desejou deixar seu assento antes de ter usado todo o tempo a que tinha direito de acordo com os regulamentos. No entanto, o

⁴¹ Trillat (1991) aponta Pierre Rayer (1793-1867) como um personagem fundamental para a carreira de Charcot. Era médico de Napoleão III, amigo de Claude Bernard e presidente da Sociedade de Biologia, portanto gozava de considerável autoridade na política médica de Paris. Quando em 1848 vai realizar seu internato, Charcot escolhe o setor de Rayer na Salpêtrière e graças ao apoio de seu mestre, volta como chefe de setor deste hospital em 1862.

Professor Rayer, que era membro da banca examinadora, com um gesto imperioso o impediu de fazê-lo, porque queria ter certeza de que Charcot fosse nomeado. Mais tarde, no mesmo exame, Charcot apresentou uma excelente tese sobre as pneumonias crônicas. A nomeação de Charcot se deveu ao Professor Rayer, que dessa forma prestou um serviço inestimável à neurologia francesa⁴² (Guillain, 1959, p. 9, tradução própria).

Em sua busca por ascensão na Faculdade de Medicina, Charcot ministrou, entre 1862 e 1870, uma série de cursos livres na Salpêtrière, com cerca de dez a doze aulas sobre doenças crônicas, geriátricas e do sistema nervoso. Essas aulas, ministradas em locais improvisados como uma “sala abandonada da antiga farmácia” ou uma “velha cozinha” (Guillain, 1995), rapidamente se tornaram populares. Após a Guerra Franco-Prussiana, Charcot assumiu a Cátedra de Anatomia Patológica entre 1872 e 1881. Mesmo com as responsabilidades na Faculdade, ele manteve sua intensa rotina na Salpêtrière (onde trabalhava desde 1862), lecionando neurologia clínica para um grupo restrito. Nessa clínica, o ensino evoluiu, e as visitas tradicionais ao leito foram gradualmente substituídas pela ida do paciente ao consultório para consulta. Inicialmente, como professor de Anatomia Patológica, seus cursos eram amplos, cobrindo patologias de órgãos como pulmões, fígado e rins, além do cérebro e da medula espinhal, o que atraía alunos da França e do exterior. A partir de 1882, com a criação da Cátedra de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso, Charcot finalmente dedicou seus esforços de ensino exclusivamente às questões neurológicas (Guillain, 1995).

2.2.1 A formação no sistema hospitalar

Do ponto de vista do sistema hospitalar, para se qualificar como um *externe*, o estudante precisava completar, pelo menos, dois anos de treinamento médico e passar num exame que incluía conteúdos de anatomia, semiologia e elementos básicos de cirurgia. Essa seleção, aponta Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.15), não era muito rigorosa e permitia, a muitos estudantes, contato com pacientes durante as visitas diurnas e noturnas para tratamentos básicos como curativos e sangrias terapêuticas num enfoque ambulatorial.

Já o processo de entrada no internato pressupunha um concurso mais competitivo que incluía ensaios escritos e um exame oral diante de uma banca composta por sete médicos decanos (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Aos internos, era exigido que eles morassem no

⁴² Do original: “Being rather apprehensive, Charcot did not perform brilliantly during the examination; he even wished to leave his seat before having used up all the time to which he was entitled according to the regulations. However, Professor Rayer, who was a member of the jury, with an imperious gesture prevented his doing so, because he wanted to be certain that Charcot be appointed. Later, Charcot in the same examination presented an excellent thesis on the chronic pneumonias. The nomination of Charcot was due to Professor Rayer, who in this way rendered an inestimable service to French neurology”.

hospital para que, durante o dia, eles estivessem disponíveis para as visitas aos leitos dos pacientes e, durante à noite, na ausência dos *médecin*, os internos, de forma independente, cuidariam dos tratamentos em andamento e prescreveriam tratamentos de emergência. Charcot prestou o concurso para o internato no fim de 1848 e no ano seguinte, 1849, foi admitido como *interne* e deveria cumprir um rodízio por quatro hospitais ao longo de quatro anos. Seu internato ocorreu sucessivamente: em 1849 no *Hôpital de Bon-Secours* com Louis Béhier (1813-1876); em 1850 com Pierre Rayer (1793-1867) no *Hôpital la Charité*; em 1851 com Pierre-Adolphe Piorry (1794-1879) no *Hôpital de la Pitié* e, no último ano, em 1852, foi interno com Eugène Cazalis (1808-1883) na Salpêtrière⁴³.

Ainda sobre a relação de Charcot com a Salpêtrière, a decisão do médico de escolher essa instituição em seu último ano de externato não é ponto pacífico entre seus comentadores. Autores como Bonduelle (1994), Goetz, Bonduelle & Gelfand (1995) e Ellenberger (1993a) são exemplares desse debate sobre a escolha da Salpêtrière por Charcot – um local então pouco prestigiado e conhecido como um “asilo para incuráveis”. Para Ellenberger (1993a, p.253, tradução própria), “Charcot percebeu que este hospital abrigava numerosos pacientes com doenças neurológicas raras ou desconhecidas e que seria uma mina de ouro para a pesquisa clínica. Ele manteve isso em mente enquanto avançava lentamente em sua carreira como anatomopatologista”⁴⁴. Freud (1886a/2024) menciona que Charcot, ao contrário de seus colegas residentes, não faz da Salpêtrière um local de passagem, mas promete retornar à Salpêtrière, ainda que não houvesse nenhum prestígio em trabalhar naquele local, para estudar as paralisias, convulsões e espasmos que ali se apresentavam. Ele teria dito, segundo o obituário freudiano de Charcot, em referência a um sentimento presente à sua época de *interne*, a célebre frase: “*Fraudrait y retourner et y rester*” [Seria preciso voltar e ali ficar] (Freud, 1893/2023, p.17). E prosseguiu: “Talvez não seja bonito aqui, mas há espaço para tudo o que se deseja fazer” (*op.cit*, p.23). Janet (1895), assim como Freud, ecoa a mesma promessa feita por Charcot para sublinhar a dedicação integral de seu mestre: ele não apenas retornou à Salpêtrière, mas ali permaneceu durante toda a sua carreira médica.

⁴³ A partir das fontes documentais que obtiveram, Goetz; Bourneville; Gelfand (1995) afirmam que o ano de 1849 é uma incógnita na experiência de *interne* de Charcot. A biografia escrita por Guillaín também não é clara sobre esse período. Utilizamos aqui informações divulgadas na aba “biografia” do *website* criado pela *International Society for the History of the Neurosciences* para o evento em ocasião do 200º Aniversário de nascimento de Charcot a ser realizado entre 1-5 de Julho deste ano em Paris, França. <https://charcot2025.fr/> (Acesso em Maio de 2025).

⁴⁴ Do original: “Charcot realized that this hospital sheltered numerous patients with rare or unknown neurologic diseases and would be a gold mine for clinical research. He kept this in mind while he was slowly pursuing his career as an anatomic-pathologist”.

A escolha de Charcot pela Salpêtrière durante seu internato também é um ponto problematizado por Bonduelle (1994). O autor, embora reconheça a veracidade da frase referenciada por Freud (que Charcot prometeu retornar), levanta dois pontos essenciais: 1) a frase aparece no contexto da morte de Charcot, quando ele já era considerado uma lenda pelo seu trabalho de décadas no campo da neurologia e 2) os motivos que levaram um estudante de 4º ano de medicina a escolher como preceptor um médico desconhecido (Eugène Cazalis) e um hospital periférico (*hospice des femmes*), não parecem claros. A hipótese de Bonduelle (1994) sugere uma motivação racional: Charcot já sabia, graças à sua tese de 1853 sobre patologia articular (especialmente em idosos) e seu acesso à literatura estrangeira, que a Salpêtrière oferecia “um museu patológico vivo”⁴⁵. Nessa mesma linha, Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) reforçam o fato de que Charcot não vinha de uma família de médicos nem tinha um lugar de destaque na hierarquia médica parisiense. Eles questionam a escolha de Charcot de trabalhar com Cazalis dado que suas conexões com Rayer (amigo) e Piorry (orientador) poderiam ter lhe conferido mais influência. Eles apresentam três possíveis argumentos explicativos para essa decisão: “talvez tenha havido uma busca consciente por independência e autonomia desde a juventude, o reconhecimento claro do potencial de pesquisa da Salpêtrière, ou simplesmente o acaso”⁴⁶ (p.16, tradução própria). Na contramão dessas análises que buscam a razão ou o acaso na escolha, Guillaín (1955) foca na impressão imediata e profunda que a Salpêtrière causou em Charcot a época do internato; para ele, Charcot “via ali uma verdadeira mina para seus futuros trabalhos, e desejava fazer toda a sua carreira ali; de fato, realizou esse desejo de jovem interno e viveu lá toda a sua vida”⁴⁷ (p.15, tradução própria). Qualquer que seja o argumento, Gauchet e Swain (1997) enfatizam que a Salpêtrière começava a despertar o interesse da comunidade médica pelo seu potencial, para além de um asilo de alienadas incuráveis. Ao ingressar na Salpêtrière, afirmam os autores, Charcot o fez em nome desse potencial e dos estudos das doenças do sistema nervoso que dali poderiam advir.

⁴⁵ Essa expressão foi utilizada por Charcot no contexto de uma aula introdutória comentando sobre a criação da Cátedra de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso e as transformações que isso representaria para a Salpêtrière. O trecho em que essa expressão aparece foi publicado em 1890 e será transcrito na íntegra para uma melhor apreensão: “ Les types cliniques s'offrent à l'observation représentés par de nombreux exemplaires qui permettent de considérer l'affection du même coup, d'une façon pour ainsi dire permanente, car les vides qui se font avec le temps, dans telle ou telle catégorie, sont bientôt comblés. Nous sommes, en d'autres termes, en possession d'une sorte de *musée pathologique vivant*, dont les ressources sont considérables ” (Charcot, 1890, p. 4, grifo do autor).

⁴⁶ Do original: “(...) Perhaps, there was a conscious search for independence and autonomy at an early age, the clear recognition of the research potential of the Salpêtrière, or simply chance”.

⁴⁷ Do original: « [...] Il y voyait une véritable mine pour ses travaux d'avenir, il désirait y faire toute sa carrière ; il réalisa d'ailleurs ce souhait de jeune interne et y vécut toute sa vie ».

Retomando os elementos da formação de Charcot, apresentamos a tabela abaixo, extraída de Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.9). Ela apresenta o sistema de formação em medicina em ocasião da entrada de Charcot e as datas em que ele realizou sua formação em parênteses. Os autores ressaltam que a duração de cada uma das etapas era individual. A graduação em medicina, teoricamente, teria duração de 4 anos, conforme a tradição napoleônica. No entanto, o que se via, normalmente, eram estudantes completando o treinamento médico entre 6 e 10 anos, ora por pausarem o curso para trabalhar, ora para se dedicar a outras atividades. Com relação ao externato, sua duração variava entre 1 e 5 anos; o internato que durava *sempre* 4 anos e o posto de *agrégé* que poderia durar, *no máximo*, 9 anos.

Tabela 2 – Interação entre a hierarquia Universitária e Hospitalar

Sistema Universitário	Sistema Hospitalar
Escola de Medicina (1843-1853) Graduação bem-sucedida depois de 5 exames e uma defesa de tese. Tese: <i>Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous le nom de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive), etc.</i> Título: <i>Docteur en médecine</i>	<i>Externe</i> (final de 1846 – 1848) Os externos tinham que passar o primeiro ano para qualificar.
<i>Chef de clinique</i> (1853-1855) de <i>Hôpital de la Charité</i>, a convite de Piorry, que havia lhe recebido na mesma instituição como <i>interne</i>.	<i>Interne</i> (1849 – 1853) Internos só poderiam apresentar suas teses depois de completados os 4 anos de internato.
<i>Agrégé</i> [Professor Associado] Charcot foi rejeitado em 1857 e aprovado em 1860. Tese rejeitada: <i>The Expectations of Medicine</i> Tese aprovada: <i>Les hémorragies intestinales</i>	<i>Médecin des Hôpitaux de Paris</i> ou <i>Médecin du Bureau Central</i> Geralmente os médicos permanecem como <i>chefs de clinique</i> por pelo menos dois anos (1856 – 1862).
<i>Professeur</i>: Charcot foi nomeado em 1872 para a Cátedra de Anatomia Patológica; Professor Clínico (1882-1893) e Cátedra de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso (1882).	<i>Médecin de l'Hôpital X</i> Atribuído a um hospital específico como <i>Chef de service</i> (Charcot foi nomeado <i>Médecin de la Salpêtrière</i> em 1862)

Fonte: Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995, p.9 , tradução e adições das teses defendidas por Charcot realizadas pela autora deste trabalho.

A despeito da experiência de Charcot como *interne*, encontramos divergências entre as datas da primeira passagem de Charcot pela Salpêtrière. Para Micale (1985): “Foi uma década depois, em 1849, que o jovem Charcot chegou pela primeira vez à Salpêtrière como estudante de medicina. Ele retornou em 1862 como médico-chefe do hospital e permaneceu por mais de trinta anos, até sua morte em 1893⁴⁸ (Micale, 1985, p. 709). Freud, por outro lado, afirma que “J.-M. Charcot, que em 1856 médico residente (*Sekundararzt*) na Salpêtrière, percebeu a necessidade de fazer das doenças crônicas o objeto de um estudo exclusivo e ininterrupto, e se propôs retornar à Salpêtrière, como *Primararzt* e não mais sair de lá” (Freud, 1886a/2025, p. 16, grifo nosso). O ano de 1856 tem como marco na vida de Charcot a obtenção do título de *Médecin des Hôpitaux de Paris* e sua admissão como médico do Bureau Central onde continuou até 1862. A rigor, sua tarefa não tinha a ver com a prática hospitalar o que não lhe deu a oportunidade de estudar os pacientes do hospital, pois seu trabalho era no atendimento ambulatorial, realizando análises preliminares e triagens para os hospitais parisienses (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Paralelo ao seu trabalho no Bureau Central, Charcot obtém a *agrégation* em 1860 e em 1862, tornando-se *médecin-en-chef* do antigo *Hospice de la Vieillesse – Femmes*, a Salpêtrière, hospital no qual permaneceu até sua morte em 1893.

A carreira de Charcot, portanto, é marcada pelo tripé: clínica privada, sistema universitário e prática hospitalar:

No caso de Charcot, o período de espera por um posto de hospital estendeu-se dos 27 aos 37 anos. Durante essa década, que terminou em 1862, com a sua volta a Salpêtrière, Charcot buscou por vários meios construir o tipo de reputação que lhe permitiria **obter uma nomeação segura em um hospital de Paris e na Faculdade de Medicina**. Ele iniciou a tarefa de três maneiras interconectadas: primeiro, na prática privada; em segundo lugar, pesquisas e publicações em andamento no contexto da filiação em sociedades científicas médicas; e, terceiro, ensinar tanto fora quanto dentro do programa oficial da Faculdade. Para cada uma dessas rotas, um patrocínio influente era necessário. Na verdade, sem esse apoio, poucos poderiam atingir o nível que Charcot já havia alcançado. Durante a década de 1850, ele pôde contar com alguns médicos para esse suporte fundamental - Piorry e Achille Requin (1803-1855), por exemplo, entre os professores da Faculdade de Medicina e, sobretudo, Rayer, que não havia se tornado professor até a década seguinte, mas que gozava de considerável autoridade na política médica de Paris como médico do imperador [Napoleão III] (Caveribert, 1931)⁴⁹ (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995, p. 34, tradução própria, grifo e acréscimo nosso).

⁴⁸ Do original: “It was a decade later, in 1849, that the young Charcot first came to the Salpêtrière as a medical student. He returned in 1862 in the position of hospital *medecin en chef* and remained for over thirty years until his death in 1893”.

⁴⁹ Do original: “In Charcot’s case the waiting period for a hospital post extended from ages 27 to 37. During that decade, ending in 1862, with his return to the Salpêtrière, Charcot sought by various means to build the kind of reputation that would obtain secure appointments at a Paris hospital and the medical Faculty. He set about the task in three interconnected ways: first, private practice; second, ongoing research and publication in the context of membership in medical scientific societies; and, third, teaching outside as well as within the official Faculty

2.3 Charcot e a Escola da Salpêtrière

Conforme apresentado em seção anterior, quando da entrada de Charcot como *médecin*, o Hospital da Salpêtrière sofreu os efeitos das transformações ocorridas no final do século XIX. A mudança pode ser agrupada em três conjuntos: 1) a expansão de serviços científicos e de ensino com a construção de um espaço para autópsia e laboratórios; 2) a laicização da equipe, que agora incluía médicos, cirurgiões, enfermeiras, *internes* e *externes* e 3) a reorganização do perfil dos internos: por conta da criação de outros serviços de assistência, o Hospital havia perdido as mendigas, as prostitutas e as sífilíticas, por exemplo, ficando somente com as idosas e as doentes mentais (Micale, 1985). Nessa seção, partiremos da chegada de Charcot na Salpêtrière para apresentar os trabalhos desenvolvidos inicialmente no campo da medicina geral e da geriatria, discutir brevemente os trabalhos posteriores sobre histeria e hipnose, comentar sobre o ensino livre (e acadêmico) e os principais elementos método anátomoclínico, além das questões políticas e sociais envolvendo a criação da Cátedra das Doenças do Sistema Nervoso.

O trabalho de Lellouch (1989) buscou analisar a oferta e demandas de cuidado na Salpêtrière por volta de 1862 utilizando como fontes as contas administrativas da Assistência Pública de Paris. A partir de dados estatísticos, o autor descreve o perfil da população do hospital (características demográficas, socioprofissionais e epidemiológicas), as características da equipe e dos serviços ofertados. À época da chegada de Charcot, o número total de leitos presentes no orçamento era de 4.222 distribuídos em: 2.644 leitos para as indigentes e as epiléticas; 1.341 leitos para as alienadas; 291 leitos destinados às indigentes doentes da enfermaria geral (as doentes de medicina, as de cirurgia, as alienadas necessitando de cirurgia e as “cancerosas incuráveis”); e 40 leitos para as “expectantes” (aguardando sua transferência para os hospícios de Ménages e de La Rochefoucauld) (Lellouch, 1989, p.220). A equipe médico-administrativa era composta por: 1 diretor, 1 economista e 11 “escreventes”; 7 médicos, 1 cirurgião, 8 internos e 14 externos em medicina e cirurgia geral, além de 1 farmacêutico (acompanhado de 8 internos de farmácia) e 4 capelães.

A população da Salpêtrière, tomando como referência os dados de 1º de Julho de 1862, era composta de 5.035 pessoas: 2.635 velhas indigentes e epiléticas; 1.513 alienadas; 778

program. For each of these routes, influential patronage was needed. Indeed, without such support, few could attain the level Charcot had already reached. During the 1850s, he could count on certain physicians for this essential support – Piorry and Achille Requin (1803-1855), for example, among professors of the medical Faculty and, above all, Rayer, who, although not a professor until the following decade, enjoyed considerable authority in Paris medical politics as physician to the emperor (Caveribert, 1931)”.

empregados (funcionários e familiares) e 71 “repositantes” (idosas enfermeiras indigentes que haviam trabalhado no estabelecimento e ali ficaram) e 38 “expectantes”. Lellouch (1989) salienta que o número de alienadas sempre ultrapassava o número previsto no orçamento, uma vez que o estabelecimento era obrigado a aceitar as doentes mentais encaminhadas pela polícia. Numa tentativa de equalizar a lotação do estabelecimento, começou a haver uma restrição do número de vagas e o recrudescimento nas condições de aceite das idosas indigentes na segunda metade do século XIX, mesmo com o envelhecimento da população parisiense e um número de idosas indigentes três vezes maior do que a Salpêtrière poderia comportar àquela época.

Nos chama a atenção as características demográficas apresentadas pelo autor a partir das análises dos arquivos que continham nome, idade, estado civil, local de nascimento, domicílio e a antiga profissão das mulheres que ali se encontravam. A idade média das mulheres estava em torno dos 70 anos; as “cancerosas” eram mais jovens (45-50 anos). A maioria dessas mulheres eram viúvas e um pequeno número delas permaneceu solteira. Essas mulheres originavam-se de Paris e da vizinhança (Sena, de Seine-et-Oise e de Oise, Creuse, Savoie, Bouches-du-Rhône...). Do ponto de vista profissional, encontravam-se mulheres que haviam trabalhado como operárias diaristas e empregadas domésticas, enfermeiras, costureiras, modistas, lavadeiras/passadeiras, corseleteiras, fiandeiras do algodão, vendedoras ambulantes de frutas e verduras e pequenas comerciantes de caldos e sopas.

Com relação às patologias encontradas na Salpêtrière, o trabalho de Lellouch (1989) tratou de cerca de 600 observações, das quais aproximadamente 400 eram de mulheres com 60 anos ou mais (os chamados casos geriátricos). A partir dos dados é possível fazer uma distinção entre as doenças que matavam ou acometiam as pacientes geriátricas e aquelas debilitantes que levavam a internação e atingiam as jovens (com menos de 60 anos). Conforme a tabela abaixo, as doenças respiratórias (100 casos) e neurovasculares (178 casos) eram as mais frequentes na população geriátrica (82% e 75,84%, respectivamente). Do outro lado, as doenças reumáticas (112 casos) e as cancerosas (108 casos) afetavam uma população mais jovem. As estatísticas apresentadas por Lellouch (1989) evidenciam o quadro de envelhecimento presente no hospital e marcado por doenças respiratórias e neurovasculares com alta taxa de mortalidade, além dos reumatismos incapacitantes e dos cânceres presentes nas mulheres próximas do marcador etário da geriatria. O cenário médico encontrado por Charcot permitiria, portanto, a observação longitudinal de casos crônicos, bem como pavimentaria, inicialmente, o campo para o desenvolvimento geriatria e da neurologia.

Tabela 3 – Principais Patologias da Salpêtrière em 1862 (continua)

Categoria da doença	Nº de casos (Total ou geriátrico)	Principais subtipos e frequência	Observações sobre a população
Doenças neurovasculares (AVC e afins)	178 casos (total) 75,8% (geriátrico)	<i>Ramollissement</i> (AVC isquêmico): 93 casos	Embora mais rara, a hemorragia cerebral atingia mais frequentemente os idosos (81,51% de observações geriátricas) do que o <i>ramollissement</i> (74,4%) ou a associação hemorragia- <i>ramollissement</i> (75,4%).
		Hemorragia por aneurismas miliares: 31 casos	
		AVC misto (hemorragia e <i>ramollissement</i>): número não especificado	
Doenças cancerosas	108 casos (total)	Tumores uterinos: 19 casos	População mais jovem em relação às demais (47,22% dos casos eram geriátricos)
		Tumores digestivos: 15 casos	
		Tumores mamários: 11 casos	
Doenças respiratórias	100 casos (total)	Pneumonia lobar aguda: 42 casos geriátricos (15,5%)	Afetava massivamente as idosas (82% dos casos eram geriátricos). A taxa de cura da pneumonia aguda era baixa (15%)
		Pneumonias supuradas: 17 casos	
		Pneumonias crônicas (10 casos)	
		Broncopneumonias (7 casos)	
		Tuberculose pleuro-pulmonar (6 casos)	
Doenças cardiovasculares	42 casos (geriátricos)	Ateroma trombosante: 7 casos	
Doenças abdominais senis (não cancerosas)	19 casos (geriátricos)	Doenças hepatobiliares: 8	

		casos (cálculos e supurações)	
Doenças reumáticas	112 casos	Reumatismo articular crônico progressivo	

Fonte: elaboração própria a partir de Lellouch (1989)

Na primeira aula das *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques*, Charcot (1868) dedica-se a apontar as características gerais das doenças senis, a caracterizar o público e os trabalhos desenvolvidos na Salpêtrière, ao passo em que defende os estudos das doenças das pessoas idosas, pois já fora negligenciada em outro tempo e, naquele momento, demandaria considerações clínicas especiais tal qual a patologia da infância. Charcot, do ponto de vista da clínica médica, divide a população de cerca de 2.500 mulheres em dois grupos – excetuando-se as alienadas e epiléticas que formariam um grupo à parte. O primeiro seria composto de mulheres idosas que tem uma boa saúde geral, mas que por conta da miséria e do abandono foram internadas na Salpêtrière; o segundo, composto por mulheres de todas as idades, atingidas por doenças crônicas incuráveis e, conseqüentemente, um estado de doença permanente em que outros meios de alívio do sintoma deverão ser alvo de estudos, já que se tornou impossível curar. O primeiro grupo coloca para Charcot e seus colegas uma vantagem na condução dos trabalhos sobre a história clínica das doenças da idade senil, uma vez que possibilitariam o acompanhamento de doenças de evolução lenta:

Com efeito, a numerosa população de nossas alas nos permite encarar, sob os aspectos mais diversos, os principais tipos de um único e mesmo gênero mórbido; mas o que é ainda mais importante: nos é dado acompanhar aqui as doentes durante um **longo período de sua existência**, em vez de assistir a um simples episódio de sua história; assim, vemos desenrolar-se, até seus últimos limites, o processo patológico, do qual não se conhece em geral senão a fase inicial; enfim, somos chamados a constatar as lesões orgânicas que caracterizam a doença, quando ela terminou pela morte⁵⁰ (Charcot, 1868, p.2, tradução própria).

Charcot (1868) faz uma análise histórica de pesquisas já publicadas sobre patologia senil inserindo-se nessa tradição e propondo dar continuidade a ela. O neurologista reconhece que seria preciso, em primeiro lugar, entender o que é próprio da velhice para realizar uma análise da anatomia e da fisiologia. Em segundo, alerta-nos que não deveríamos perder de vista que

⁵⁰ Do original: « En effet, la nombreuse population de nos salles nous permet d'envisager, sous les aspects les plus divers, les principaux types d'un seul et même genre morbide ; mais ce qui est encore plus important, il nous est donné de suivre ici les malades pendant une longue période de leur existence, au lieu d'assister à un simple épisode de leur histoire ; aussi voyons-nous se dérouler, jusqu'à ses dernières limites, le processus pathologique, dont on ne connaît en général que la phase initiale ; enfin nous sommes appelés à constater les lésions organiques qui caractérisent la maladie, lorsqu'elle s'est terminée par la mort ».

certas modificações da velhice atingem o olhar: a pele seca e enrugada, os cabelos raros e grisalhos, a boca desdentada e o corpo curvado etc. Essa atrofia geral que nos causa uma impressão direta deveria ser considerado como parte da investigação, tanto no domínio da patologia – uma vez que esse processo atrófico atua na maioria dos órgãos fundamentais como o cérebro, a medula espinhal, os troncos nervosos, os pulmões, o fígado, o baço e as glândulas linfáticas, por exemplo – quanto das modificações fisiológicas. No entanto, nem todos os órgãos enfraquecem (cita que o coração e os rins mantêm suas dimensões ou se hipertrofiam) e, por isso, o médico não pode confundir essas mudanças naturais com doenças, mas deve saber que essas mudanças *alteram* a forma como as doenças se manifestam. A medicina dos idosos deveria ser uma ciência autônoma e propor uma análise das doenças nessa fase da vida a partir de três categorias: 1) doenças próprias do envelhecimento; 2) doenças comuns que assumem forma especial na velhice como a pneumonia lobar aguda mencionada anteriormente e 3) imunidades relativas a certas doenças que raramente atingem os idosos como a febre tifoide e a tuberculose.

A Salpêtrière já era concebida, desde o início do século XIX como um espaço médico; com a entrada dos estudantes da Faculdade de Medicina de Paris para a continuidade de sua formação naquele estabelecimento, ele passou a ser entendido também como um espaço acadêmico. Do ponto de vista do ensino, podemos estabelecer três movimentos dentro da obra de Charcot. Nuna primeira etapa, Charcot já inicia o ensino na Salpêtrière desde a sua entrada naquele estabelecimento, conduzindo aulas iniciais sobre reumatismo, gota e geriatria deslocadas do currículo da Faculdade de Medicina. Para Guillaín (1959) foi entre 1862 e 1870, que Charcot estruturou seus trabalhos de neurologia com descrições da esclerose múltipla, das artropatias tabéticas, da esclerose lateral amiotrófica e da localização das lesões da medula espinhal. O segundo movimento – de 1872 a 1881 – Charcot nomeado Professor de Anatomia Patológica na Faculdade de Medicina transforma suas aulas (incluídas no currículo da Faculdade) em exposições coerentes com seus novos interesses em afasias e na anatomia, na histologia e na fisiologia do sistema nervoso e da histeria (a terapêutica com metaloterapia e hipnose, bem como os quadros traumáticos e a histeria masculina). Destaques nesse período para a inclusão da seção *Hystérie – Hystéro-Épilepsie* do primeiro volume das *Leçons sur les maladies du système nerveux faits a la Salpêtrière* (Charcot, 1872-1873c) escrito em colaboração com Paul Richer; para o *Les localisations dans les maladies du cerveau* (Charcot, 1876-80) que condensa as aulas ministradas por Charcot em 1875 são um excelente exemplar do método anatomoclínico (Babisnki, 1925) e os volumes da *Iconographie photographique de la Salpêtrière (service de M. Charcot)* empreendida em conjunto por Charcot, seu aluno

Bourneville e o fotógrafo e fisiologista Paul Regnard (1850-1927) e publicados originalmente entre 1877 e 1880.

Ainda com relação às publicações e disseminação das descobertas neurológicas, Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) afirmam que desde a chegada de Charcot na Salpêtrière dedicou-se a categorização e sistematização dos trabalhos realizados na Salpêtrière. O *Archives de Neurologie* foi desenhado para apresentar uma interface entre neurologia e psiquiatria, ao passo em que contribuía para a neurologia se afirmar enquanto especialidade. Já a *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* foi fundada em 1888 por Paul Richer, Georges Gilles de la Tourette e Albert Londe e circulava amplamente nos circuitos médicos, ao contrário da anterior *Iconographie Photographique de la Salpêtrière* (1876) que, segundo os autores, era focada na histeria e tinha uma produção limitada com placas fotográficas coladas em cada página.

Tabela 4 – Revistas que Jean-Martin Charcot fundou ou sobre as quais exerceu uma influência proeminente

Ano de fundação	Título da Revista (em francês)	Tipo de revista	Papel de Charcot
1868	<i>Archives de Physiologie Normale et Pathologique</i>	Laboratório	Fundador
1869	<i>Revue Photographique des Hopitaux</i>	Medicina Geral	Conselheiro
1873	<i>Le Progrès Médical</i>	Medicina Geral	Conselheiro
1876	<i>Iconographie Photographique de la Salpêtrière</i>	Neurologia	Conselheiro
1877	<i>La Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie</i>	Medicina Geral	Fundador
1878	<i>L'Année Médicale</i>	Medicina Geral	Fundador
1880	<i>Archives de Neurologie</i>	Neurologia	Fundador
1886	<i>Bulletin de la Société de la Psychologie Physiologique</i>	Neurologia	Fundador
1888	<i>Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière</i>	Neurologia	Fundador
1889	<i>Archives de Médecine Expérimentale et d'Anatomie Pathologique</i>	Laboratório	Fundador
1893	<i>Revue Neurologique</i>	Neurologia	Conselheiro

Fonte: Tradução de Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995, p.95).

O terceiro movimento do ensino de Charcot tem sua marca na criação da Cátedra da Clínica das Doenças do Sistema Nervoso em 1882. As pesquisas desse último período tratavam “das afecções ditas funcionais, das neuroses, dos fenômenos neuropáticos e psicopáticos”

(Babinski, 1925, p.755). Um exemplo dos trabalhos tardios é o diagnóstico da doença dos tiques convulsivos (mais tarde batizada como Síndrome de Gilles de la Tourette), doença acompanhada de modificações psíquicas como impulsos, obsessões, ideias fixas e terrores mórbidos. As publicações das *Leçons sur les maladies du système nerveux* se seguiram, bem como as novas publicações das *Leçons du mardi* com a reprodução das aulas das terças-feiras que virão a se tornar marcas do ensino de Charcot no último terço de sua estada na Salpêtrière.

Com relação à criação da Cátedra, Gelfand (1994) parte das seguintes questões: 1) A Cátedra de Clínica das doenças nervosas foi verdadeiramente a primeira deste tipo no mundo? 2) Foi fundada especificamente para Charcot? 3) Foi fundada pelo governo sem o apoio, senão mesmo contra a opinião, da Faculdade de Medicina de Paris? E, finalmente, foi muito importante para Charcot e para o florescimento da sua Escola da Salpêtrière? Ainda que os detalhes não tenha sido previamente expostos, o breve conhecimento da história de Charcot nos adianta o “sim” como resposta para essas quatro questões. Janet (1895), por exemplo, responde a segunda questão de forma direta quando da retomada dos trabalhos de Charcot:

“Ao mesmo tempo que o seu curso oficial de anatomia patológica, organizou na Salpêtrière um curso livre sobre as doenças do sistema nervoso e, de 1872 a 1882, conduziu ambos os cursos simultaneamente com igual sucesso. Em 1882, na sequência do movimento gerado pelos seus estudos, **a cátedra das doenças do sistema nervoso foi criada para Charcot** e ele iniciou as suas lições oficiais no novo anfiteatro da Salpêtrière, onde mais tarde foi colocado o belo quadro de Tony Robert-Fleury: «Pinel libertando das suas correntes as doentes alienadas na Salpêtrière». A partir desse momento, consagrou-se unicamente aos seus estudos preferidos⁵¹” (Janet, 1895, p.570-1, tradução própria, grifo nosso).

O trabalho de Gelfand (1994) – e posteriormente Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) – desenvolve-se a partir dos bastidores da criação da Cátedra e assinala o desejo e o papel ativo de Charcot na obtenção da Cátedra: ela não foi simplesmente um presente de amigos influentes na Instrução Pública ou a consagração de anos de trabalho, mas algo que Charcot propôs e, depois de algum tempo, a obteve.

Gelfand (1994) apresenta um manuscrito – provavelmente datado de 1881 – sob o título de “Necessidade de criar uma cátedra de clínica das doenças do sistema nervoso na Faculdade de Medicina de Paris” em que Charcot argumenta largamente sobre a urgência em criar estudos

⁵¹ Do original : « En même temps que son cours officiel sur l'anatomie pathologique, il organisa à la Salpêtrière un cours libre sur les maladies du système nerveux et de 1872 à 1882 il mena les deux cours de front avec un égal succès. En 1882, à la suite du mouvement qu'avaient fait naître ses études, la chaire des maladies du système nerveux était créée pour Charcot et il commençait ses leçons officielles dans le nouvel amphithéâtre de la Salpêtrière où fut placé plus tard le beau tableau de Tony Robert-Fleury : « Pinel délivrant de leurs chaînes les malades aliénées à la Salpêtrière ». Dès ce moment il se consacra uniquement à ses études préférées » .

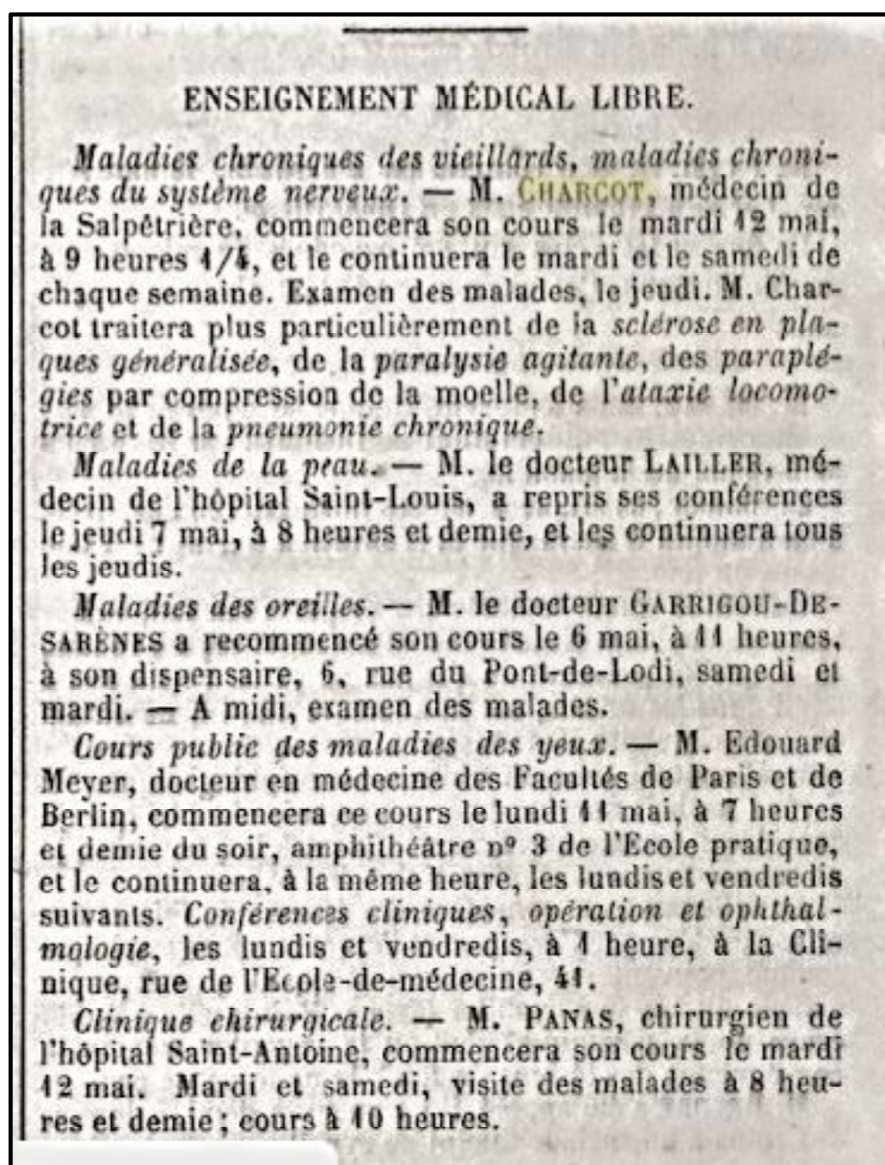
especializados em doenças do sistema nervoso a partir da junção entre a clínica (o trabalho no hospital) e o ensino universitário. Para Goetz Bonduelle e Gelfand (1995), o documento, composto de cerca de sete páginas, serviria como peça retórica para os seus aliados políticos fizessem a promoção pública da necessidade da nova cátedra. Segundo Gelfand, Charcot

Charcot sublinha a importância, ou mesmo a “dominância”, ao nível fisiológico e patológico, do sistema nervoso sobre os outros aparelhos do corpo. Ele antecipa o crescimento dos conhecimentos e das novas descobertas ou “conquistas” neste domínio. Pede que não apenas o investigador, mas o hospital, seja especializado. A natureza das doenças crônicas, doenças “de evolução lenta”, exigia um dispositivo institucional que não existia nos hospitais comuns, mas que se encontrava apenas na Salpêtrière⁵² (Gelfand, 1994, p.308-9, tradução própria).

O argumento final no manuscrito de Charcot, tal como aponta Gelfand (1994), era o de que a Cátedra constituiria a consagração definitiva do trabalho desenvolvido no âmbito do ensino livre logo nos primeiros anos de trabalho na Salpêtrière conforme anúncio da figura a seguir.

⁵² Do original : « Charcot souligne l'importance, voire la « dominance », au niveau physiologique et pathologique, du système nerveux sur les autres appareils du corps. Il anticipe la croissance des connaissances et des nouvelles découvertes ou « conquêtes » dans ce domaine. Il demande que non seulement le chercheur, mais l'hôpital, soit spécialisé. La nature des maladies chroniques, maladies « d'évolution lente », exigeait un dispositif institutionnel qui n'existait pas dans les hôpitaux ordinaires mais se trouvait seulement à la Salpêtrière ».

Figura 5 – Recorte de anúncio do ensino médico livre em 1868



Fonte: *Le Mouvement médical* (edição de 10 de Maio de 1868, p.228)

Tradução: Doenças crônicas dos idosos, doenças crônicas do sistema nervoso. — O Sr. CHARCOT, médico da Salpêtrière, começará seu curso na terça-feira, 12 de maio, às 9:15h e o continuará na terça-feira e no sábado de cada semana. Exame dos doentes, na quinta-feira. O Sr. Charcot tratará mais particularmente da *esclerose em placas generalizada*, da *paralisia agitante*, das *paraplegias* por compressão da medula, da *ataxia locomotora* e da *pneumonia crônica*.

Ao discutirem a transformação da Salpêtrière de um Hospital de Idosas numa Escola de referência internacional, Swain e Gauchet (1997) identificam como principal habilidade de Charcot a capacidade de ter convertido uma situação inicial pouco atrativa numa posição de intenso prestígio. Os autores destacam dois movimentos fundamentais para essa ascensão: a capacidade de obter recursos administrativos junto do Ministério da Instrução Pública e a criação da Cátedra de Clínica das Doenças Nervosas. Swain e Gauchet (1997) retomam o contexto da medicina francesa do século XIX sob a perspectiva de uma espécie de combate ao ensino livre. Existiria um descompasso entre o ensino universitário e a prática hospitalar, uma vez que o ensino oficial ignorava as exigências apresentadas pelo quotidiano do hospital. Desde a década de 1860 que se fazia sentir a necessidade do desenvolvimento de especialidades; contudo, até 1869, por exemplo, não existia ensino oficial de doenças infantis, geriátricas, dermatológicas, mentais, oftalmológicas, entre outras. Em Gelfand (1994), desde 1862 a Faculdade de Medicina estabeleceu cursos complementares (lecionados pelos *agrégés*) sobre os campos supracitados, além das doenças das vias urinárias e sifilíticas. A partir de 1877, o ensino desses cursos oficiais passa a ser domínio dos professores titulares. Neste sentido, a própria Cátedra de Doenças Mentais só viria a ser criada em 1878, sem qualquer menção a uma cátedra separada para as doenças do sistema nervoso conforme desejo antigo de Charcot.

Esse descompasso gerou, portanto, um campo de disputa entre, por um lado, os defensores das especialidades e do ensino livre — que entendiam que a prática hospitalar deveria ditar as áreas de estudo — e, por outro, aqueles que defendiam uma medicina “una e indivisível” e um ensino enciclopédico. Embora a corrente de modernização da medicina, em defesa das especialidades e do ensino livre, tivesse em Charcot um dos seus representantes e contasse com o apoio da Assistência Pública, ela foi alvo de resistência por parte da Faculdade de Medicina, sendo a criação da Cátedra de Charcot um dos principais palcos desse embate.

Além de argumentos próprios, Charcot coletou depoimentos de outros colegas franceses (Claude Bernard, Paul Bert e R. Lépine) e alemães (Carl Westphal e Wilhelm Erb), esses últimos o alertaram não haver precedente de uma cátedra desse tipo em outro lugar do mundo. Ao trabalhar com documentos do Conselho da Faculdade de Medicina, Gelfand (1994) retoma a primeira menção a criação da Cátedra de Clínica das Doenças Nervosas” em sessão de 12 de Maio de 1881 em que, dos dezesseis professores presentes, nem todos eram a favor dessa criação. O primeiro ponto de oposição a criação da Cátedra era o fato de que ela seria criada para uma pessoa e não para um assunto: se não fosse Charcot e o trabalho desenvolvido na Salpêtrière, a criação da Cátedra não teria aparecido para votação. O segundo era de que as doenças nervosas talvez não compusessem uma área que demandasse um ensino especial. Para

os opositores, não haveria doenças e terapêuticas que justificassem a criação da Cátedra; para Charcot, “as doenças nervosas pareciam tornar-se cada vez mais frequentes com o nível de civilização⁵³” (Gelfand, 1994, p.310, tradução própria). A histeria e demais neuroses seriam componentes fundamentais para os estudos neuropatológicos.

Apesar da resistência inicial, a assembleia dos professores – em votação quase unânime - foi a favor da nova Cátedra, ainda que a faculdade tivesse desempenhado um papel secundário diante do apoio de aliados políticos de Charcot: Léon Gambetta, amigo e presidente da Câmara no início de 1881, e Jules Ferry, presidente do Conselho e ministro da Instrução Pública. Ambos foram peças fundamentais desde o início do projeto da criação da cátedra.

A disputa entre a Faculdade e Parlamento tem início meses antes da aprovação oficial da Cátedra. Goetz Bonduelle e Gelfand (1995) lembram que a Câmara dos Deputados da Assembleia Nacional havia criado e financiado o novo posto em Julho de 1881 – enquanto a sessão solene em que a Cátedra viria a ser aprovada só ocorrera em Maio do ano seguinte. Apesar do Ministro Ferry ter o direito legal de criar cátedras, havia um acordo silencioso de que a Faculdade de Medicina deveria ser consultada nesse tipo de assunto; uma manobra desse tipo poderia ser considerada ofensiva de acordo com as regras tradicionais de funcionamento da Faculdade de Medicina. Ao retomar a sessão de 12 de Maio, Goetz Bonduelle e Gelfand (1995) apontam que Vulpian, decano da Faculdade e amigo de Charcot, manifestou preocupação, destacando que a instituição não havia sido consultada sobre a criação da cátedra, cuja iniciativa partira de “um certo número de deputados”, sem qualquer solicitação formal da própria Faculdade. Finalizando o processo de intensa argumentação de Charcot, no início de 1882, Charcot havia sido nomeado oficialmente pelo Presidente da República e pelo Ministro da Instrução Pública para a Cátedra Clínica de Doenças do Sistema Nervoso. No domingo, 23 de Abril de 1882, Charcot inaugura sua Cadeira na Salpêtrière e em seu discurso agradece a todos os atores que fizeram a sua nomeação possível:

Ao inaugurar hoje, não sem uma real emoção, confesso-o, a cátedra de clínica das doenças do sistema nervoso, as minhas primeiras palavras serão a expressão da minha gratidão para com aqueles que a criaram e que me confiaram. **Agradeço à Câmara que tomou a iniciativa do projeto, ao Ministro da Instrução Pública que o acolheu, aos meus colegas da Faculdade que, consultados sobre a oportunidade da criação, emitiram um veredito favorável**, dando-me com isso uma prova de estima pela qual estou profundamente comovido⁵⁴ (Charcot, 1890a, p.2, tradução própria, grifo nosso).

⁵³ Do original: « [...] Les maladies nerveuses semblaient devenir de plus en plus fréquentes avec le nivel de civilisation ».

⁵⁴ Do original: « En inaugurant aujourd'hui, non sans une réelle émotion, je l'avoue, la chaire de clinique des maladies du système nerveux, mes premières paroles seront l'expression de ma gratitude envers ceux qui l'ont

Mesmo antes da criação da Cátedra, a Salpêtrière de Charcot já havia passado por transformações atribuídas, em alguma medida a relação de Charcot com Bourneville – assistente de Charcot desde 1868 e posteriormente eleito para a câmara municipal de Paris (1876) e para o Parlamento (1883-1889).

2.3.1 O encontro com a Histeria

Dentro da historiografia psicanalítica, um episódio marcante e quase anedótico – recuperado por Trillat (1991) a partir dos relatos de Pierre Marie – ilustra o início do encontro de Charcot com a histeria. Em 1870, devido a problemas estruturais que exigiram o esvaziamento da ala Saint-Laure da Salpêtrière, a direção do hospital viu-se obrigada a remanejar seus internos. Naquela seção, conviviam alienados, epiléticos e histéricos. Pela semelhança fenomênica de seus sintomas, caracterizados por crises convulsivas e ataques paroxísticos, os histéricos e os epiléticos não alienados foram agrupados em um único pavilhão denominado “Setor dos Epiléticos Simples”. Por uma contingência administrativa, a responsabilidade dessa nova ala recaiu sobre Charcot, o mais antigo dos dois médicos da instituição, selando o que viria a ser uma revolução na carreira de Charcot e no campo da neurologia. A histeria, portanto, entra no campo de visão de Charcot não por uma escolha teórica prévia, mas por uma necessidade prática de empreender um diagnóstico diferencial entre a epilepsia simples e a histeria apesar de alguns sintomas semelhantes. Em aula de Maio de 1870, Charcot (1872-1873a, p.2) menciona « (...) *une décision que nous n'avons pas réclamée a mis entre nous mains un service de près de 150 lits où il nous sera donné d'observer toutes les formes de l'épilepsie et de l'hystérie grave* » (uma decisão que não solicitamos colocou em nossas mãos um serviço de quase 150 leitos, onde nos será dado observar todas as formas da epilepsia e da histeria grave”.

Trillat (1991) aponta que, à época, não havia um traço distintivo entre ambas, mas entre “alienados” (campo da doença mental) e “não alienados” (campo das doenças nervosas). As duas grandes neuroses – epilepsia e histeria – não apresentavam diferença anatomopatológica, já que nelas não se encontrava qualquer lesão orgânica. Apesar de serem, nas palavras do historiador, “irmãs de uma mesma família” é a histeria que se tornará alvo do interesse de

créée et qui me l'ont confiée. Je remercie la Chambre qui a pris l'initiative du projet, le Ministre de l'Instruction publique qui l'a accueilli, mes collègues de la Faculté qui, consultés sur l'opportunité de la création, ont rendu un verdict favorable, me donnant là une preuve d'estime dont je suis profondément touché».

Charcot entre os anos 1870-1877 na construção de um inventário que a isola como uma entidade nosológica autônoma.

A discussão sobre a definição de histeria em Charcot (características gerais, tratamento e breve relação com a hipnose) e o desenvolvimento da histeria masculina e da histeria traumática foi realizada na seção 3 desta pesquisa pela conexão direta com o problema de pesquisa acerca do conceito de trauma e ideia fixa na nosografia charcotiana.

2.4 Os anos tardios, a morte repentina e o legado

Apesar do período de glória e reconhecimento que viveu na Salpêtrière, a morte de Charcot teve um desfecho anticlimático. O médico faleceu em 16 de Agosto de 1893, vítima de um edema agudo do pulmão agravado por uma insuficiência cardíaca preexistente. O óbito ocorreu durante uma viagem à região de Morvan, no centro-leste da França, onde estava na companhia de Georges Debove e Isidore Strauss – colegas de Faculdade, antigos discípulos e amigos. A semana de férias, incentivada por Madame Charcot, tinha como objetivo conhecer a basílica de Vézelay que o atraía muito. Souques e Meige (1939b) relatam os primeiros dias da viagem como bastante agradáveis; Charcot brincava com seus amigos e falava sobre religião, música, história, belas artes e botânica. Em 15 de Agosto, depois de uma dia de passeios, almoço e jantar completo, eles decidem passar a noite numa pequena estalagem *L'Auberge du Lac des Settons*. Charcot se recolheu um pouco mais cedo e escreveu uma longa carta à sua esposa dando-lhe detalhes da viagem e contando que não estava se sentindo muito bem (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Por volta das três da manhã, a mulher do estalajadeiro ouve um gemido agudo vindo do quarto de Charcot e chamou os dois assistentes ao quarto do renomeado médico. Chegando ao quarto, encontraram Charcot sentado numa poltrona; seu rosto estava pálido e coberto de suor; seu olhar ansioso; o quadro de dispneia aguda agravou-se e ele morreu na manhã do dia 16, aos 67 anos.

Em retrospecto, os biógrafos (Guillain, 1959; Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995) marcam que Charcot não tinha uma vida saudável. A rotina dividida entre as manhãs na Salpêtrière e as tardes no seu consultório particular, acompanhados do sedentarismo, do intenso apetite e do fumo excessivo (especialmente charutos) criam o cenário certo para um episódio cardiovascular. Ao passo que Souques e Meige (1939b, p. 347) afirmam que «*Charcot avait une excellente santé, qu'il devait autant à sa robuste constitution qu'à une vie très régulière*», eles também ressaltam a ocorrência de episódios vasculares prévios que impuseram ao médico

a cessação do tabagismo. Esses episódios intermitentes progressivos de desconforto precordial e ansiedade – sugestivos de insuficiência coronária – levaram a um diagnóstico de “angina de peito” realizado em 1890 pelo Professor Potain (um famoso clínico parisiense) durante um jantar no Boulevard Saint Germain. Nesse contexto, Guillaín (1959) argumenta que Charcot era um médico qualificado demais para ignorar a real natureza e o prognóstico de sua doença.

O caixão de Charcot foi levado a Paris e colocado na igreja de Saint-Louis na Salpêtrière onde foi velado pelas enfermeiras do seu serviço, em um serviço fechado. No dia seguinte, o funeral seguiu-se, a pedido de Charcot, sem discursos ou manifestações religiosas. Algumas internas da Salpêtrière passaram pelo caixão. Essas mulheres juntaram-se às homenagens de representantes da medicina francesa e internacional, membros de sociedades científicas (Sociedade de Biologia e Sociedade Anatômica) e figuras sociais e governamentais proeminentes, alunos, amigos e familiares de Charcot. O serviço fúnebre conduzido por Abbé Girou contou com música – a Marcha Fúnebre de Beethoven e o *Pie Jesu* de Saint Saëns – performada pela Ópera de Paris. Charcot recebeu honrarias militares do 103rd Batalhão de Infantaria. O cortejo seguiu, debaixo de chuva, para o Cemitério Montmartre onde ele foi sepultado no túmulo da família.

Em 1895, uma estátua de bronze em sua homenagem foi erguida na entrada da Salpêtrière a partir da contribuição financeira de seus alunos. No entanto, conta Guillaín (1959), em 1942, a estátua foi removida durante a ocupação alemã na França e enviada para a base alemã para que o metal fosse derretido e utilizado para outros fins.

A morte de Charcot foi noticiada em todo o mundo, somando-se mais de 70 elogios fúnebres entre 1893 e 1894 na França, em vários países europeus e nos EUA. A maior parte desses trabalhos foram escritos por antigos colaboradores ou alunos de Charcot que, à época de sua morte, haviam se tornado figuras importantes em suas áreas como Osler (EUA), Freud (Viena), Jendrassik (Budapeste), Leyden, Mendel, Erb, Striimpel e Mobius (Alemanha). Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) citam também um obituário no The New York Times em 18 de Agosto e, obviamente, na França – Féré, Joffroy, Gilles de la Tourette, Bourneville e outros – escreveram obituários para ele. Um obituário largamente citado nos textos biográficos de Charcot (e.g., Souques e Meige, 1939b; Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995) são os de seus discípulos Edouard Brissaud e Pierre Marie⁵⁵. O texto expressa o magnetismo de Charcot, o

⁵⁵ Desde antes da entrada na Salpêtrière, Charcot mantinha um consultório privado. No auge do seu trabalho, na década de 1880, com o aumento das suas demandas no Hospital e da sua clientela internacional, demandou o auxílio de um secretário para o seu consultório particular. Teive et. al. (2017) estabelece como funções dos secretários a preparação das consultas – tanto as privadas quanto as da Salpêtrière, compilava artigos e observações e escrevia relatórios que poderiam ser utilizados na preparação das aulas. O cargo de secretário foi ocupado por

longo trabalho realizado na Salpêtrière durante cerca de 25 anos, o uso do método anátomoclínico de Duchenne) e a competência e disponibilidade do mestre na condução dos variados cursos no ensino livre.

Quem, entre aqueles que o ouviram, esquecerá jamais essa **fala convicta e persuasiva, sóbria, simples, muitas vezes familiar, cheia de imagens originais e imprevistas**, de um sabor forte e saudável; essa exposição metódica dos fatos, que ele sabia iluminar com uma luz tão variada e penetrante; esse diagnóstico impecável que sintetizava cada lição; a filosofia doce e um pouco zombeteira que ele depreendia de todas as coisas; por vezes a vivacidade, a paixão, a eloquência com que animava a controvérsia?

E que perseverança, que arte, sobretudo, lhe foram necessárias para **rejuvenescer essa antiga casa da Salpêtrière**, que os médicos e os alunos havia até então desdenhado, para ali fundar uma escola, para ali introduzir o ensino oficial, para ali agrupar a juventude estudiosa de todos os países e fazer dela o ponto de encontro do mundo sábio. Com que brilho resplandeceu essa cátedra durante o quarto de século que a ocupou! Ela era a glória da nossa Faculdade e o florão da sua coroa⁵⁶ (Souques e Meige, 1939b, p. 348ss, tradução própria, grifo nosso).

De forma geral, após a morte de Charcot em 1893, sua escola se fragmentou. Seus alunos (como Babinski e Gilles de la Tourette) foram marginalizados politicamente e a sucessão por Fulgence Raymond marcou um período de declínio da influência magnética anteriormente exercida por ele na Salpêtrière. Nos parágrafos que se seguem exploraremos essa dinâmica.

Após a morte de Charcot, os membros da Faculdade de Medicina de Paris precisaram encaram o desafio, segundo Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) de nomear o sucessor de Charcot para a cadeira de Doenças do Sistema Nervoso que, como vimos anteriormente, havia sido criada especialmente para ele. Havia um interesse da Faculdade em preservar a imagem internacional das inovações e descobertas da Neurologia francesa e, até certo ponto, nenhum dos discípulos de Charcot tinha tanto prestígio local quanto a postura de liderança que atraía alunos estrangeiros para a Salpêtrière. Os candidatos foram divididos em três grandes grupos: homens diretamente aliados a Charcot, associados indiretamente ligados a ele através de

quatro médicos diferentes: Charles Féré, Pierre Marie, Georges Gilles de la Tourette e Georges Guinon. Pierre Marie, de sua feita, trabalhou como interno, depois como *chef de clinique*, chefe de laboratório e como secretário particular no Boulevard Saint-Germain. Guillaín (1959) brinca que os pacientes eram examinados previamente pelo secretário – além de ter um breve histórico clínico preparado e posteriormente lido para Charcot – e que, provavelmente, Charcot nunca tocou em um paciente em toda a sua carreira.

⁵⁶ Do original: « Qui, de ceux qui l'ont entendu, oublierait jamais cette parole convaincue et persuasive, sobre, simple, souvent familière, pleine d'images originales et imprévues, d'une saveur forte et saine, cette exposition méthodique des faits, qu'il savait éclairer d'une lumière si variée et si pénétrante, ce diagnostic impeccable qui synthétisait chaque leçon, la philosophie douce et un peu railleuse qu'il dégagait de toutes choses, parfois la vivacité, la passion, l'éloquence dont il animait la controverse. (...) Et quelle persévérance, quel art surtout, il lui fallut pour rajeunir cette antique maison de la Salpêtrière, que les médecins et les élèves avaient jusqu'alors dédaignée, pour y fonder une école, pour y introduire l'enseignement officiel, pour y grouper la jeunesse studieuse de tous les pays et en faire le rendez-vous du monde savant. De quel éclat a brillé cette chaire pendant le quart de siècle qu'il l'a occupée. Elle était la gloire de notre Faculté et le fleuron de sa couronne ».

formação anterior (mas que já não pertenceriam à escola de Charcot) e membros de campos rivais desenvolvidos mais recentemente, incluindo Jules Dejerine (1849–1917), um dos rivais de Charcot no campo da neurologia; aluno de Vulpian, Dejerine competiu com Charcot pela posição acadêmica junto à Faculdade de Medicina, representando uma força intelectual de fora da Salpêtrière.

A escolha do sucessor revelou para Goetz (1988) qual seria a neurologia que a Faculdade de Medicina Francesa desejaria importar para o mundo desde a morte de Charcot. Embora tivessem escolhido o associado próximo de Charcot – Edouard Brissaud – como substituto interino por um ano, deram o cargo permanente para Fulgence Raymond. Raymond fazia parte da primeira geração de alunos de Charcot (sendo o primeiro *chef de clinique*) e, além de não possuir o carisma do mestre, não estava trabalhando diretamente com Charcot à época de sua morte. Ainda que, no discurso de aceite do cargo, ele alegou ser a escolha de Charcot como seu sucessor direto e que tenha continuado com as aulas de terça e sexta-feira, Goetz (1988) problematiza a estratégia da Faculdade de Medicina em elegê-lo para esse posto: reduzir a autonomia da Salpêtrière e a centralidade que o serviço ocupou sob a direção de Charcot.

Conforme Goetz (1988), “Brissaud era membro do próprio círculo pessoal e profissional de Charcot, vinha de uma família médica estabelecida e bem relacionada, e era, supostamente, o aluno favorito de Charcot” (p. 444); era habilidoso em neuroanatomia e tinha grande popularidade entre os estudantes que poderiam fazê-lo uma força poderosa para a próxima geração da Salpêtrière (Goetz, Bonduelle e Gelfand, 1995). Ao contrário de Raymond, Brissaud era eloquente e, no ano em que esteve à frente das aulas, realizou palestras atraentes sobre neurologia e sua relação com o contexto mundano. Ele foi nomeado em 1894 para uma cátedra diferente na escola de medicina e foi inteiramente removido da direção da Salpêtrière.

A personalidade tirânica de Charcot (comparado a Napoleão e a Júlio César) é apresentada por Goetz (1988) e Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) como um elemento importante para o declínio da Escola da Salpêtrière após a sua morte: os alunos encontravam-se numa posição de ou escolher entre a repetição dos achados do seu mestre ou ir contra as suas palavras, ainda que com objetivo de desenvolver aspectos específicos do seu pensamento; ou ainda, explorar as áreas em que Charcot não tinha tomado uma posição, para que pudessem, livres da sombra do mestre, estabelecer seu próprio nome no campo das doenças nervosas. Do ponto de vista interno, ambos os comentadores apontam outros dois elementos explicativos do declínio do legado de Charcot. O segundo ponto estaria relacionado a perda de prestígio dos trabalhos neurológicos de Charcot por conta do foco no teatro da histeria e hipnose. As críticas recebidas no final das década de 1880 e no início de 1890 aumentaram o desprezo que a

comunidade médica, de forma geral, começou a nutrir pelos seus trabalhos. O último ponto, conectado a esse, estaria no perfil da audiência das aulas públicas: além dos estudantes de medicina, o número de jornalistas e escritores pode ter minimizado, aos olhos dos críticos, o caráter científico do ensino de Charcot.

No cenário externo, destaca-se a figura de Charles Bouchard. Guillaín (1955) recorda que, embora as razões exatas para a sua saída da Salpêtrière permaneçam obscuras, rupturas entre mestre e discípulo são recorrentes na história da ciência. Contudo, a relação entre ambos se degradou de uma mentoria paternal para uma rivalidade institucional aberta, impulsionada, segundo Goetz (1988), pela ambição desmedida de Bouchard. Apesar de Charcot ter sido o principal responsável pela sua ascensão acadêmica, Bouchard – descrito como frio, autocrático e orgulhoso – buscou emancipar-se agressivamente para fundar a sua própria escola e suplantando a influência do mestre. Essa hostilidade transcendia divergências teóricas (chegando a ridicularizar o hipnotismo de Charcot como “feitiçaria”); ela culminou em manobras políticas diretas. O episódio mais grave ocorreu no concurso para a *Agrégation* de 1892, quando Bouchard, presidindo o júri, vetou deliberadamente a nomeação de Joseph Babinski, o discípulo predileto de Charcot.

Ainda sobre a fragmentação da escola da Salpêtrière depois da morte de Charcot, nenhum dos alunos jovens de Charcot recebeu cargos docentes em neurologia porque 1) havia uma única cátedra de neurologia e 2) o número limitado de unidades neurológicas especializadas no sistema hospitalar francês forçou o contingente de alunos e internos, treinados por Charcot, a espalhar-se pela França e em outros países para seguir com suas carreiras. Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) enfatizam que não houve nenhuma figura forte o suficiente para suceder Charcot; de toda forma, mesmo que tivesse existido esse mestre, a Faculdade de Medicina não aceitaria, novamente, alguém que criasse um “sistema monolítico” aos moldes do que Charcot realizou.

Joseph Babinski merecia um capítulo à parte sobre os seus trabalhos após a morte de Charcot. Seu nome se inscreve na história da medicina a partir da relação que estabelece entre reflexo cutâneo-plantar extensor e a presença de doenças piramidais. Ele teve sua carreira acadêmica destruída pela rivalidade entre Charcot e Bouchard, dada a reprovação mencionada anteriormente. Além disso, acabou se alienando da “velha guarda” da Salpêtrière ao revisar e criticar as teorias de Charcot sobre a histeria⁵⁷. Pierre Marie foi o único desse grupo a

⁵⁷ Trillat (1991) apresenta Babinski como “o grande artesão do desmembramento da histeria” (p.207). De forma geral, Babinski parte da estreita relação entre histeria e hipnose: os fenômenos histéricos têm a mesma natureza dos fenômenos hipnóticos, sendo o primeiro conjunto de fenômenos uma hipnose natural e o segundo, uma hipnose

eventualmente ocupar a cátedra de Charcot, mas apenas 25 anos depois (em 1917). Sua sobrevivência acadêmica, argumenta Goetz (1988) deveu-se, em parte, ao fato de já ser docente quando Charcot morreu (estava estabelecido como um *agrégé* de 39 anos) e por ter se afastado dos temas considerados polêmicos como histeria e hipnose dedicando-se ao estudo do material que lhe foi proporcionado pelos estudos derivados da doença de Charcot-Marie-Tooth. Gilles de la Tourette⁵⁸ nunca conseguiu um posto de ensino em neurologia, sendo empurrado para a medicina forense. Sua personalidade difícil e seu comportamento errático (agravado pela sífilis/paralisia geral) prejudicaram a imagem do legado de Charcot. Guinon abandonou a neurologia acadêmica e a pesquisa, mudando-se para a Normandia para trabalhar como médico generalista e Berbez deixou a neurologia para se tornar psiquiatra.

Logo após a morte de Charcot, seu filho Jean-Baptiste recebeu e recusou a oferta de compra da biblioteca de seu pai por um livreiro alemão. Doze anos depois, no retorno de uma expedição marítima, decide doar a biblioteca do pai à Faculdade de Medicina; no entanto, a doação é rejeitada pelo reitor – Debove, antigo aluno e amigo que acompanhou Charcot na viagem em que veio a falecer (Ricou, Leroux-Hugon e Poirier, 1994). Diante da rejeição, Jean-Baptiste escreve à Assistência Pública que, de pronto, aceita a doação. A biblioteca é, então, instalada e incluía:

(...) a totalidade da obra manuscrita de Charcot (com, em particular, os manuscritos das lições e as notas científicas e bibliográficas), uma coleção de cerca de 500 volumes antigos de uma raridade e qualidade muito grandes, cobrindo a medicina dos séculos XVI, XVII e XVIII e da primeira metade do século XIX e, finalmente, uma coleção de cerca de 2.800 livros científicos, cobrindo a medicina e muitas outras disciplinas, correspondendo ao pensamento científico da segunda metade do século XIX⁵⁹ (Ricou, Leroux-Hugon e Poirier, 1994, p. 321, tradução própria).

A profusão desse material – que incluía trabalhos filosóficos e uma extensa coleção de livros sobre bruxaria e possessão demoníaca – se deve, segundo Ricou, Leroux-Hugon e Poirier (1994), a dois fatores: o domínio de Charcot de inglês, alemão, italiano e espanhol e pela seu

artificial. Babinski revisita esse ponto do argumento de Charcot e descreve ambos os fenômenos como sendo artificiais e produzidos pelo fenômeno da sugestão numa aproximação direta com os pressupostos da Escola de Nancy. O sistema de Babinski, discute Trillat, substitui o termo “histeria” por “pitiatismo” e apresenta uma diferença entre sugestão e persuasão, essa última uma forma de cura dos fenômenos que independe da relação entre médico e paciente.

⁵⁸ Sobre outros elementos da carreira de Gilles de la Tourette e de outros discípulos como Paul Richer, Charles Féré e Alfred Binet, cf. Walusinski, O. Keeping the Fire Burning: Georges Gilles de la Tourette, Paul Richer, Charles Féré and Alfred Binet in Bogousslavsky et al., 2011.

⁵⁹ Do original: « Le fonds Charcot comprend la totalité de l'œuvre manuscrite de Charcot (avec en particulier les manuscrits des leçons et des recueils de notes scientifiques et bibliographiques), une collection d'environ 500 volumes anciens d'une très grande rareté et qualité, recouvrant la médecine des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles et de la première moitié du XIXe e, enfin, une collection d'environ 2 800 livres scientifiques, recouvrant la médecine et bien d'autres disciplines, correspondant à la pensée scientifique de la deuxième moitié du XIXe siècle ».

prestígio internacional que lhe garantia acesso a muitos trabalhos de colegas e alunos. Hoje o acervo está integrado à Biblioteca da Universidade Pierre e Marie Curie (Paris VI) e responde pelo nome de Biblioteca de Neurociências Jean-Martin Charcot⁶⁰.

O Museu Charcot, por outro lado, quando da instalação da Biblioteca já estava condenado. O museu de anatomia patológica guardava peças do esqueleto, deformações ósseas, moldagens em cera, cérebros patológicos e hemisférios atingidos por lesões clássicas. Com o passar do tempo, o museu é negligenciado e as poucas peças que resistiam foram transferidas ao museu da Assistência pública em meados dos anos 30 (Ricou, Leroux-Hugon e Poirier, 1994). A “Cátedra de Charcot”, juntamente com outras cadeiras professorais foram extintas na reforma educacional francesa em meados da década de 80 (*op.cit*).

O cenário da Salpêtrière pós morte de Charcot se configura a partir da dispersão dos seus discípulos e de certo apagamento dos trabalhos sobre histeria como categoria nosográfica, do uso do método anátomoclínico e do modelo de ensino (livre e acadêmico). Contudo, há na medicina (em específico na neurologia) o reconhecimento da herança dos seus trabalhos:

exemplos de seu aclamado trabalho incluem a patologia da poliomielite, o diagnóstico clínico da esclerose múltipla em vida, a patologia vascular cerebral na hipertensão, o estabelecimento da esclerose lateral amiotrófica como uma entidade distinta, trabalhos sobre a localização de funções no cérebro e na medula espinhal, as bases da histeria, *tabes dorsalis* e a artropatia tabética (articulações de Charcot), paralisia bulbar, neuroses, atrofia muscular peroneal (doença de Charcot-Marie-Tooth), bem como incursões no hipnotismo⁶¹ (Jay, 2000, p.11, tradução própria).

No panorama do desenvolvimento do saber médico, Charcot é amplamente referenciado (Tan & Shigaki, 2007; Kumar *et al.*, 2011, Pandey, 2012; Gomes & Engelhardt, 2013; Camargo *et al.*, 2023) como um dos maiores expoentes da neurologia do século XIX. É importante relembrar que Charcot publicou inicialmente trabalhos sobre gota, reumatismo, sistemas vascular e respiratórios e doenças do fígado, pulmões e rins etc.; da nomeação como *médecin* na Salpêtrière vemos uma primeira virada em suas pesquisas a partir do foco na anatomia patológica do sistema nervoso. Sua trajetória destaca-se inicialmente, portanto, na medicina

⁶⁰ Grande parte das fontes primárias utilizadas nessa pesquisa foram encontradas no acervo online da Biblioteca Charcot. Conta com a biblioteca pessoal de J-M. Charcot, a biblioteca dos Internos da Salpêtrière, coleções de periódicos (*Archives de neurologie*, *Progrès Médical* etc.), teses de alunos de Charcot, dossiês de observações sobre os doentes vistos em consulta externa e a Iconografia Fotográfica da Salpêtrière. Os documentos estão parcialmente digitalizados e disponíveis na *Bibliothèque Numérique Patrimoniale de Sorbonne Université* em: <https://www.sorbonne-universite.fr/bu/decouvrir-nos-bibliotheques/la-bibliotheque-charcot>

⁶¹ Do original: “Examples of his acclaimed work include pathology of poliomyelitis, clinical diagnosis of multiple sclerosis during life, vascular pathology in the brain in hypertension, establishment of amyotrophic lateral sclerosis as a distinct entity, work on localization of function in the brain and spinal cord, the basis of hysteria, *tabes dorsalis* and tabetic arthropathy (Charcot joints), bulbar paralysis, neuroses, peroneal muscular atrophy (Charcot-Marie-Tooth disease), as well as excursions into hypnotism”.

interna, expandindo-se para a neuropatologia e neurologia geral e, posteriormente, para a neuropsicologia e neuropsiquiatria.

Um marco fundamental da trajetória neurológica foi a publicação das “Lições sobre as localizações das doenças do cérebro e da medula espinhal” de 1875. A obra rompeu com a visão do cérebro como um órgão homogêneo, estabelecendo o entendimento de regiões associadas a funções específicas. Diferentemente dos estudos anteriores de localização cerebral, que se baseavam na extrapolação de testes em animais, Charcot inaugurou na Salpêtrière o rigor do método anátomo-clínico, permitindo correlacionar manifestações clínicas em vida com os achados *post-mortem* (Tan & Shigaki, 2007). Essa metodologia foi crucial para o diagnóstico diferencial entre a Esclerose Múltipla (EM) e a Doença de Parkinson. A partir da colaboração com Alfred Vulpian⁶², Charcot agrupou pacientes com quadros de tremores, identificando distinções semióticas essenciais. Conforme relembra Babinski (1925), observou-se que pacientes jovens (entre 20 e 30 anos) apresentavam um conjunto sintomático específico: tremor na fala e nos globos oculares, marcha lenta e um tipo particular de tremor associado ao movimento voluntário. A esse quadro foi atribuído o diagnóstico de esclerose em placas. Pandey (2012) detalha essa distinção terminológica consolidada por Charcot: o “tremor de intenção” caracterizava os pacientes com placas escleróticas no cérebro (Esclerose Múltipla), enquanto o “tremor de repouso” – anteriormente chamado de “tremor senil” ou “da paralisia agitante” – correspondia aos pacientes com cérebro livre de placas, consistente com a Doença de Parkinson. Esses exemplos situam um legado de Charcot que fundamenta a neurologia moderna, indo muito além dos estudos sobre histeria e hipnose, habitualmente enfatizados pelos historiadores da psicanálise. A dimensão dessa contribuição foi imortalizada por Babinski em seu discurso na Sorbonne, em 26 de Maio de 1925, por ocasião do centenário de nascimento de seu mestre:

Para apreciar o valor de um sábio e o papel que desempenhou, é bom suprimir mentalmente a sua obra e buscar avaliar o déficit que seria a consequência disso. **Retirar da Neurologia todas as conquistas devidas a Charcot seria torná-la irreconhecível.** Na verdade, em um serviço de Neurologia, não se passa um dia sem que se recorra às noções que ele introduziu; seu pensamento está sempre presente ali⁶³ (Babinski, 1925, p.756, tradução própria, grifo nosso).

⁶² Alfred Vulpian (1826-1887) e Charcot mantiveram uma amizade vitalícia, iniciada quando eram internos no La Pitié, na década de 1840; Charcot chegou a dedicar sua tese de doutorado a alguns amigos, incluindo Vulpian. A partir de 1862, atuaram juntos na Salpêtrière, onde, por mais de cinco anos, reorganizaram os serviços clínicos, classificaram pacientes em categorias diagnósticas modernas e produziram vasto material bibliográfico. Mesmo após a saída de Vulpian da instituição, a amizade perdurou até sua morte repentina por pneumonia, em 1887 (Bogousslavsky et al., 2011).

⁶³ Do original: « Pour apprécier la valeur d'un savant, le rôle qu'il a joué, il est bon de supprimer son œuvre par la pensée et de chercher à évaluer le déficit qui en serait la conséquence. Amputer la neurologie de toutes les

Goetz, Bonduelle e Gelfand (1995) apontam outras manifestações da herança de Charcot, como as revistas científicas. Embora esses veículos pudessem ter revitalizado a Salpêtrière após a morte do professor, os autores argumentam que a ausência de uma liderança forte impediu que os trabalhos ali desenvolvidos perdurassem por mais de uma geração. Contudo, seus discípulos – tanto na França quanto no exterior – foram fundamentais para preservar o legado. Um exemplo desse esforço foi a fundação da Sociedade de Neurologia de Paris, em 1899, constituída inicialmente por ex-alunos. A diretoria era composta pelo presidente Alix Joffroy (coautor na descrição da ELA), o vice Fulgence Raymond (sucessor do mestre), o secretário-geral Pierre Marie (seu ex-chefe de clínica, secretário particular e colaborador no diagnóstico da doença de Charcot-Marie-Tooth), além dos secretários de sessão Achille Souques (último interno do neurologista) e Henry Meige. Paralelamente, seguidores internacionais basearam-se nessas experiências para desenvolver pesquisas autônomas a exemplo de Ernő Jendrassik (Budapeste), Gheorghe Marinescu (Bucareste), Christiansen (Copenhague), Ladislav Haskovec (Praga) Kinnosuke Miura (Japão) e, obviamente, Sigmund Freud (Viena).

Ainda na análise do legado de Charcot, o trabalho de Barberis (1999) fornece elementos para uma análise comparativa das duas celebrações de aniversário de Charcot: 1925 (centenário de nascimento) e 1993 (centenário de morte). De forma geral, para a autora ambos os eventos são aniversários científicos e são alvos de trabalhos de historiadores desde os anos 70 para uma análise da forma como o papel de Charcot na história da medicina é (re)contado. A cerimônia de 1925 ocorre (junto do 25º aniversário da Sociedade de Neurologia de Paris) num contexto de forte nacionalismo francês – pós Primeira Guerra Mundial – e a construção de Charcot como cientista herói foi utilizada como símbolo para a superioridade intelectual francesa no campo da medicina e no desenvolvimento da neurologia enquanto especialidade autônoma. A presença de antigos alunos, associados e dos filhos de Charcot, além de figuras de autoridade do Estado no evento e o uso de termos elogiosos colaboraram, segundo Barberis (1999) para a construção de uma biografia dourada e coesa do “pai da neurologia”. Esse lugar é justificado por quatro pontos principais comuns aos discursos ali realizados: criação da Cátedra da Clínica das Doenças do Sistema Nervoso, o desenvolvimento da Escola da Salpêtrière, a grandiosidade das instalações físicas do hospital e a criação de jornais para divulgação das pesquisas realizadas no interior da Salpêtrière.

acquisitions dues à Charcot serait la rendre méconnaissable. En vérité, dans un service de neurologie, il ne se passe pas de jour sans qu'on fasse appel aux notions qu'il a introduites ; sa pensée est là toujours présente ».

Os discursos de Marie (1925) e de Babinski (1925) seguem a mesma ordem de apresentação do mestre: do *self-made man* à vocação e talento puro para os trabalhos neurológicos. Ambos os discípulos elogiaram as qualidades pedagógicas de Charcot, a frequente presença de público internacional em suas aulas e a sua genialidade na condução de um diagnóstico. Para Barberis (1999) não é de se estranhar que na construção idealizada de Charcot não tenham sido mencionadas a fragmentação de seus discípulos pós sua morte, o revisionismo da histeria operado por Babinski⁶⁴ ou largamente as polêmicas envolvendo o teatro da histeria e o trabalho com hipnose e sugestão. Sobre esse último ponto, antes de destacar os trabalhos sobre histeria masculina e histeria traumática, Marie (1925, p.741) faz uma ressalva ao público:

Mas não acreditem que a obra de Charcot sobre a histeria se limite a algumas interpretações discutíveis sobre as características dos ataques convulsivos ou sobre os fenômenos do hipnotismo. Não vejam aqui senão um lado muito pequeno da questão e um **ligeiro deslize**. Onde Charcot volta a ser ele mesmo e reencontra toda a superioridade de seu gênio clínico é no estudo verdadeiramente médico e metódico da histeria considerada enquanto doença⁶⁵ (Marie, 1925, p.741, tradução própria, grifo nosso).

Babinski (1925) igualmente destaca a histeria masculina como grande feito de Charcot, ainda que admita “Se, desde então, em relação a certos pontos importantes relativos à histeria, as ideias da maioria dos neurologistas mudaram, não deixa de ser verdade que as investigações de Charcot neste domínio foram produtivas⁶⁶” (p.755, tradução própria). Com relação ao hipnotismo, Babinski elogia o trabalho de Charcot pelo estabelecimento, através das suas pesquisas, dos limites do poder que a sugestão conferia ao hipnotizador. As experiências na Salpêtrière indicaram, nesse sentido, que a sugestão não se caracterizaria pela total submissão ou passividade daquele que estivesse em sono hipnótico com riscos a cometer um crime⁶⁷ sem

⁶⁴ Cf. nota 57.

⁶⁵ Do original: « Mais ne croyez pas que l'œuvre de Charcot sur l'hystérie se borne à quelques interprétations discutables sur les caractères des attaques convulsives ou sur les phénomènes de l'hypnotisme. Ne voyez ici qu'un très petit côté de la question et une légère défaillance. Là où Charcot redevient lui-même et retrouve toute la supériorité de son génie clinique, c'est dans l'étude vraiment médicale et méthodique de l'hystérie considérée en tant que maladie ».

⁶⁶ Do original: « Si depuis lors, sur certains points importants relatifs à l'hystérie, les idées de la plupart des neurologistes ont changé, il n'en est pas moins vrai que les investigations de Charcot dans ce domaine ont été productives ».

⁶⁷ Tomando a análise de Ellenberger (2023) sobre as diferenças entre a Escola de Nancy e a Escola da Salpêtrière e a profusão da literatura internacional sobre hipnose e sugestionamento é possível que Babinski esteja se referindo ao interesse particular de dois membros da Escola de Nancy – o perito em medicina legal Beaunis e o advogado Liégeois – sobre as implicações da sugestão no crime e na responsabilidade penal. O próprio Liégeois conduziu experimentos em meados de 1880 sugestionando indivíduos hipnotizados a cometerem crimes com armas inofensivas fornecidas por ele. O debate acerca das relações entre hipnose e criminalidade crescia entre peritos nos tribunais e discussões em jornais como exemplificado no caso Gouffé em que Gabrielle Bompard, jovem de 22 anos, que alegou em 1890 ter assassinado o oficial de justiça Toussaint-Augustin Gouffé sob sugestão hipnótica de seu amante. Enquanto Liégeois, representando Bernheim e a Escola de Nancy, compareceu ao tribunal para

consciência ou responsabilidade dos seus atos. Babinski (1925, p.756) retoma as consequências sociais do hipnotismo e reforça que ainda haveria no sujeito “*un degré de conscience suffisant pour résister, comme à l’état de veille, à des suggestions contraires à leurs principes*” (um grau de consciência suficiente para resistir, como no estado de vigília, a sugestões contrárias aos seus princípios”).

A celebração de 1993 foi, assim como o evento de 1925, uma conferência internacional de neurologia organizada pela Sociedade Francesa de Neurologia e a Sociedade Francesa de História da Neurologia. Ao contrário do centenário de 1925 e a construção de elementos para uma hagiografia, os trabalhos de 1993 não demonstraram uma unidade na visão sobre Charcot. Pelo contrário, são mostrados “vários Charcots”: o clínico brilhante, o pesquisador de doenças geriátricas e afasias e o teórico da histeria, cujas teorias foram descartadas. São apresentadas suas visões políticas e religiosas e seus relacionamentos e sua personalidade autoritária e, por vezes, desagradável (Barberis, 1999). Há, segundo a autora, uma análise histórica crítica sobre as suas falhas (teóricas e metodológicas), o papel ignorado de seus assistentes mais eminentes como Gilles de la Tourette e Babinski e as críticas feministas e foucaultianas sobre o tratamento da histeria. Somam-se a essa comparação mais dois pontos: os palestrantes de 1993 não tinham ligações pessoais com Charcot e muitos não eram neurologistas. Nesse sentido, não carregavam a preocupação de criar uma imagem de herói científico. De toda forma, ainda que limites e falhas tenham sido admitidos no segundo evento, a figura de Charcot como “pai fundador” seguiu sendo reivindicada pela neurologia⁶⁸.

Retomando a construção do panorama sobre os estudos posteriores à morte de Charcot, Micale (1995) argumenta que uma “nova onda” de estudos sobre Charcot começou a aparecer mobilizada possivelmente pelo centenário de sua morte em 1993. Com foco na histeria, o autor enfatiza que entre 1893 e 1980 não houve nenhuma tradução dos escritos de Charcot sobre histeria para outro idioma ou nenhuma biografia autorizada que mencionasse largamente a temática (o trabalho de Guillain, 1959 tem um tópico curto sobre o assunto). Abordamos em parágrafos anteriores alguns elementos que constroem o contexto do legado de Charcot. Para Micale, somam-se às dinâmicas institucionais e pessoais problemáticas no começo do século

demonstrar seus próprios experimentos e foi ridicularizado pelos peritos do caso, Gilles de la Tourette escreveu um texto chamado *Épilogue d'un procès célèbre* (“Epílogo de um processo famoso”) em que reafirma as teorias da Salpêtrière que negavam qualquer possibilidade de um ato violento sob hipnose e por sugestão.

⁶⁸ Talvez se fizesse necessário continuar, em outro momento, a análise dos aniversários científicos com o evento do bicentenário de nascimento de Charcot. Promovido pela Sociedade Internacional de História das Neurociências o evento ocorreu entre os dias 1 e 5 de Julho de 2025 no Paris Brain Institute na Salpêtrière e envolveu um comitê internacional com membros da França, Suíça, Itália, Canadá, EUA, Alemanha, Holanda, Reino Unido e Brasil (representado por Helio Teive e Carlos Camargo). Além de neurologistas, participaram historiadores da ciência, psiquiatras, filósofos, artistas e neurocientistas.

XX, a ascensão da psiquiatria institucional kraepeliniana, da psicanálise freudiana e da psicologia comportamentalista pavloviana. Ainda que os trabalhos neurológicos de Charcot o tenham coroado como “pai da neurologia”, as pesquisas sobre histeria, hipnose, automatismos, dissociação psíquica e sonambulismo, por exemplo, estavam ora sob o véu do charlatanismo ora sob as lentes de Freud.

Para Micale (1995), existem dois tipos de trabalhos históricos sobre Charcot. O primeiro seria “descritivo e anedótico” composto, em sua maioria, a partir de relatos de alunos, admiradores ou adversários cujo conteúdo se seguiu sendo copiado sem retorno a fonte primária das informações. Muitos desses trabalhos, complementa Micale, não se atentam as obras médicas completas de Charcot. O segundo grupo são os derivados do que ele chamou de “Freud factory”, ou seja, são aqueles trabalhos que, em geral, leem Charcot como um precursor da psicanálise Freud ou era um erro que Freud teve que corrigir no desenvolvimento de sua obra. De um lado ou de outro, as distorções interpretativas estiveram presentes:

Nos últimos cinquenta anos, os historiadores psicanalíticos em busca das “origens do inconsciente” exageraram enormemente o componente psicogênico no pensamento médico de Charcot, isolaram artificialmente os temas da hipnose e da histeria do corpo da sua obra, e obscureceram a verdadeira natureza do seu interesse e realização no estudo da doença⁶⁹ (Micale, 1995, p.90, tradução própria).

O panorama apresentado por Micale (1995) expõe a década de 1980 como uma virada na historiografia de Charcot impulsionada por uma série de eventos simbólicos e editoriais: desde uma exposição na Salpêtrière em 1982 sobre Charcot e a histeria e o retorno da tela de Brouillet (*Une leçon clinique à la Salpêtrière*) à cena parisiense em 1987, até a primeira tradução para o inglês de uma seleção das *Leçons du mardi* e a publicação da correspondência de Charcot com Freud no final da década (Gelfand, 1988). O historiador observa que essa efervescência acadêmica, contudo, difere substancialmente das tradições interpretativas anteriores como a histórico-narrativa (com o retorno ao mesmerismo, por exemplo), a psicanalítica e a feminista. Estaríamos diante, portanto, de numa terceira via de análise dos trabalhos desenvolvidos por Charcot.

No argumento de Micale, a produção desde os anos 80 não se unifica sob uma única corrente hermenêutica. Trata-se, antes, de um campo heterogêneo, ilustrado por investigações como a “*Histoire de l'Hystérie*” de Etienne Trillat, os trabalhos de Anne Harrington sobre a

⁶⁹ Do original: “Over the past fifty years, psychoanalytic historians in search of “the origins of the unconscious” have badly overstated the psychogenic component in Charcot’s medical thinking, isolated artificially the themes of hypnosis and hysteria from the body of his work, and obscured the real nature of his interest and achievement in studying the disorder”.

cultura médica do *fin-de-siècle* (notadamente em “*Metals and Magnets in Medicine*” e “*Hysteria, Hypnosis, and the Lure of the Invisible*”) e a releitura crítica da iconografia fotográfica proposta por Georges Didi-Huberman. É preciso marcar que Micale (1995) está interessado em apresentar elementos para uma análise de como a história da histeria tem sido contada (como doença médica e como metáfora), mas a forma como ele aborda o papel de Charcot nessa historiografia.

A advertência metodológica extraída do panorama de Micale é fundamental para a presente investigação. Escrever sobre Charcot na contemporaneidade exige recusar as narrativas teleológicas que buscam em sua obra apenas o gérmen do devir psicanalítico ou a confirmação de diagnósticos retrospectivos. A postura aqui adotada assume que reavaliar o médico da Salpêtrière implica suspendê-lo em seu próprio tempo, compreendendo suas contradições não como erros científicos a serem corrigidos pela história, mas como elementos constitutivos de um projeto médico-político complexo. Este capítulo se propôs a apresentar a heterogeneidade das fontes respeitando a especificidade do domínio charcotiano e reexaminando-o em sua complexidade interna.

3 CHARCOT: A HISTERIA MASCULINA E O TRAUMA

Na exposição sobre a vida de Charcot e alguns aspectos importantes do seu ensino e transmissão, fizemos notar que o escopo do trabalho, ainda antes da sua nomeação como médico chefe da Salpêtrière, envolveu publicações sobre doenças infecciosas, geriatria, doenças dos pulmões, coração, fígado e rins. Da entrada na Salpêtrière e da atuação junto ao público inicial de idosos que ali se encontrava, Charcot desenvolve investigações sistemáticas sobre doenças neurológicas com foco na histeria feminina entre 1870 e 1876 e, no último terço de sua carreira, sobre histeria masculina. Embora Charcot seja frequentemente lembrado por seu trabalho com mulheres histéricas, encontramos em Micale (1990a; 2001; 2008) e Gauchet e Swain (1997) a afirmação de que, ao menos no contexto francês, ele foi o primeiro neurologista a argumentar sistematicamente que a histeria era uma condição que afetava homens com frequência e gravidade significativas. Para Charcot, a histeria masculina não era apenas uma “curiosidade médica” ou “uma condição rara”, mas um argumento fundamental para a construção da sua teoria de que a histeria era uma doença funcional do sistema nervoso, independente do gênero ou da anatomia reprodutiva. Muitas das aulas que se seguiram desde o final das décadas de 1870 até a morte de Charcot tiveram como objetivo a demonstração de que homens – adultos e adolescentes, trabalhadores braçais, soldados e artesãos – apresentavam os mesmos sinais e sintomas que as mulheres: as zonas histerógenas, os estigmas (como a perda de sensibilidade ou do campo visual) e o grande ataque histérico dividido em quatro fases. Haveria, portanto, um movimento duplo de cerebralização e masculinização da etiologia da histeria ao retirá-la de suas raízes uterinas e localizá-la no sistema nervoso central.

O texto que se segue está dividido em dois tempos. Num primeiro tempo, trataremos do panorama da histeria masculina dentro do escopo charcotiano apresentando as características gerais de seu público, seus sintomas e os tratamentos utilizados por Charcot na Salpêtrière. Micale (2008) reforça o fato de que Charcot não produziu, como se era de costume no campo médico, um tratado geral sobre a histeria, tanto da masculina quanto da feminina. Para o entendimento de sua obra, é preciso, ao contrário, reconstruir sua teoria geral sobre as neuroses a partir dos relatos de casos clínicos e dos elementos da doença que distinguem a histeria de outras afecções nervosas. O segundo tempo será dedicado a algumas considerações sobre casos de histeria traumática masculina do qual emerge o conceito de trauma.

3.1 A Policlínica e os diagnósticos de histeria masculina

Charcot volta sua atenção para a histeria masculina já em 1878 e o primeiro caso de um paciente diagnosticado como histérico data de Fevereiro de 1879, fato comprovado por um registro informal do hospital nos Arquivos da Assistência Pública de Paris acessados por Micale. Do ponto de vista de um caso publicado, o primeiro artigo dedicado à histeria masculina foi publicado em Dezembro de 1882 na revista *Le Progrès Médical*. Esse texto, dividido em duas partes, tratava da histeria entre adolescentes (Micale, 2008).

Numa análise quantitativa, Micale (1990a; 2008) identifica 61 casos publicados de pacientes homens na obra de Charcot cujo diagnóstico primário seria *hystérie* (histeria), *hystérie simple* (histeria simples), *grande hystérie* (grande histeria), *hystéro-épilepsie* (histero-epilepsia) ou *hystéro-neurasthénie* (histero-neurastenia). O Tomo III das *Leçons sur les maladies du système nerveux* contém 21 casos diagnosticados entre 1882 e 1885. Os dois volumes das *Leçons du mardi à la Salpêtrière* apresentam 28 casos discutidos entre 1887 e 1889. Dos anos 1890 em diante, estão presentes ao menos quatro casos de histeria masculina nos dois tomos da *Clinique des maladies du système nerveux* e em periódicos médicos publicados por ele ou por seus alunos. Além disso, na Biblioteca Charcot na Salpêtrière é possível acessar manuscritos (alguns na própria caligrafia de Charcot) contendo outros 18 casos e nos Arquivos da Assistência Pública de Paris encontram-se registros de sete homens atendidos no ambulatório da Salpêtrière entre 1879 e 1883. Ampliando o escopo da pesquisa para publicações em que a histeria aparece como diagnóstico combinado com outras doenças, o número tornar-se-ia ainda maior. Esses números (quase 90 pacientes do sexo masculino que Charcot considerava histéricos), na visão de Micale, reforçam o fato de que o diagnóstico da histeria masculina fazia parte do trabalho cotidiano do Serviço de Charcot na Salpêtrière e não um desvio com relação aos seus casos femininos, uma possibilidade teórica distante ou uma raridade clínica.

Os casos de histeria masculina assumem uma faceta específica do trabalho de Charcot sobre o trauma. Dos 61 casos presentes nas publicações, Micale (2001) recorta cerca de 20 histórias clínicas que trazem o diagnóstico primário de *névrose traumatique* (neurose traumática), *hystérie traumatique* (histeria traumática), *hystéro-traumatisme* (histerotraumatismo) ou *hystéro-neurasthénie traumatique* (histeroneurastenia traumática). Ainda que se partissem das descobertas derivadas das décadas de trabalho com as mulheres histéricas, os pacientes adultos do sexo masculino receberiam o diagnóstico de uma subcategoria da histeria: os pacientes não apresentavam qualquer dano anatômico, mas, decorriam de uma pequena lesão corporal (um acidente ou outro trauma físico), sintomas

motores, sensoriais e psicológicos incapacitantes. O terreno do trauma poderia oferecer, portanto, um novo campo de aplicação da criação nosográfica favorita do mestre.

A criação da Cátedra de Clínica das Doenças do Sistema Nervoso na década de 1880 garante a ampliação estrutural do Serviço de Charcot na Salpêtrière, que seria composto de um museu de anatomia patológica, laboratório de eletrodiagnóstico e eletroterapia, oficina de moldagem e de fotografia, sala de consulta oftalmológica e anfiteatro. No que se refere à entrada de pacientes, a Consulta Externa e a Policlínica (ou ambulatório) aparecem na esteira dessa modernização com a ampliação do acesso de homens ao Serviço de Charcot. Historicamente, a Salpêtrière se constituiu como um hospital destinado a mulheres (mendigas, prostitutas, indigentes) e a sua contrapartida masculina era o *Hôpital Bicêtre*. No entanto, a partir de 1882, cria-se uma ala especial na Enfermaria do Hospital destinada a homens diagnosticados com distúrbios nervosos e neurológicos transitórios – o *Service des hommes* contava inicialmente com vinte leitos (ampliados para cinquenta, dois anos depois). Micale (2001; 2008) nos lembra que em 1885, a Clínica das Doenças do Sistema Nervoso, passou a admitir a entrada de pacientes do sexo masculino que estivessem acometidos de doenças crônicas – assim como ocorreu com as mulheres, também elas acometidas por doenças de longa duração, que envelheciam nos limites da Salpêtrière.

Abriremos um breve parêntese a fim de caracterizarmos a Policlínica do Serviço de Charcot. Com relação à quantidade de pacientes atendidos na Policlínica, Guinon (1893), o último secretário de Charcot⁷⁰, compara os seus dados relativos a nove meses do ano de 1891 com a estatística anterior apresentada, por Marie e Azoulay (1885), relativa ao primeiro semestre do ano de 1885. Entre Janeiro e Julho daquele ano, foram atendidos 1.020 doentes na Policlínica; desses, 860 são “nervosos” e 96 são “histéricos” (algo em torno de 10% da população total pesquisada). Conforme tabela abaixo:

⁷⁰ Georges Guinon (1859-1932) começou como *interne* no serviço de Charcot em 1885 (período em que Freud esteve na Salpêtrière). Foi o sucessor de Gilles de la Tourette como *chef de clinique* entre 1888-1890 e, foi o último secretário de Charcot depois de Charles Féré, Pierre Marie e do próprio Georges Gilles de la Tourette. Defendeu sua tese de doutorado sob o título “*Les Agents Provocateurs de l'Hystérie*” em 1889 com o objetivo geral de apresentar uma lista definitiva das causas e condições do fenômeno histérico (feminino e masculino) como, por exemplo, a emoção, o trauma, o choque nervoso, a ação de raios e terremotos, certas infecções e doenças agudas ou infecciosas, algumas doenças crônicas, excesso de trabalho e intoxicações (álcool e chumbo). Foi responsável pela publicação do *Clinique des Malades du Système Nerveux* reunindo lições, memórias, notas de casos clínicos e observações de Charcot e de alunos ocorridas entre 1889-91 (cf. Walusinski, 2011 e Teive et. al., 2017).

Tabela 5 – Pacientes com diagnóstico de histeria na Salpêtrière em 1885

Histeria	Homens	9	Com paralisia do braço : 2
			Com pseudocoxalgia : 1
			Uma forma de epilepsia parcial : 1
	Jovens (até 15 anos)	4	Com epilepsia de crises distintas : 1
	Mulheres	66	Com epilepsia de crises distintas : 1
	Moças (até 15 anos)	14	Uma forma de epilepsia parcial : 1
	Total	96	

Fonte: tabela confeccionada a partir de Marie e Azoulay, 1885.

O número total de Marie e Azoulay (1885) não incluem pacientes internados permanentemente na Salpêtrière. Por outro lado, os dados de Guinon (1893b) referem-se ao período de nove meses do ano de 1891 – entre Fevereiro e Novembro – relativo a 37 consultas de terça-feira. Durante este período, o número total de consultas foi de 3.168, entre as quais 1.255 consultas dadas a doentes em tratamento e 1.913 casos observados em doentes que vinham se consultar pela primeira vez, numa média diária de 86 doentes, dos quais 52 eram novos. Do total de casos, 806 são de pacientes nervosos; desses, 244 diagnosticados como histéricos. Não há na tabela ou no texto apresentados por Guinon uma separação dentro da categoria histeria, como vimos em Marie e Azoulay (op.cit). De toda forma, se compararmos com o número apresentado, datado de seis anos antes, endossamos o argumento de que, ao serviço de Charcot possa ser creditada uma progressão geométrica dos casos histéricos ali atendidos. Nas palavras de Guinon (1893b):

O número muito elevado de neuroses (806) deve-se ao número considerável de epiléticos (177), neurastênicos (214) e histéricos (244). A propósito destes últimos, vê-se pelo seu número quantas manifestações variadas da histeria é possível encontrar em um campo de observação tão vasto. **Se causa espanto em certos meios, tanto na França quanto no estrangeiro, os resultados obtidos na Salpêtrière, e se se procura até contestar sua exatidão, isso se deve, sem dúvida, ao fato de que muitos fenômenos, que aqui nos parecem não muito raros em razão do grande número de nossos doentes, passam por fábulas ou, pelo menos, parecem muito excepcionais em outros lugares.** É um belo número, com efeito, o de 325 novos doentes histéricos examinados por ano, apenas na policlínica (pois tal é a média anual fornecida pelos resultados referentes a nove meses), omitindo ainda todos aqueles que, na estatística, fazem duplo papel (histeria e coreia, histeria e bócio exoftálmico, neuralgia facial histérica, tremor mercurial etc.) e aqueles que se encontram nas enfermarias do hospício⁷¹ (...) (Guinon, 1893, p. 437, tradução própria, grifo nosso).

⁷¹ Do original: « Le chiffre très élevé des névroses (806) est dû au nombre considérable des épileptiques (177), des neurasthéniques (214) et des hystériques (244). À propos de ces derniers, on voit par leur nombre combien de manifestations variées de l'hystérie il est possible de rencontrer dans un aussi vaste champ d'observation. Si l'on s'étonne dans certains milieux, tant en France qu'à l'étranger, des résultats obtenus à la Salpêtrière et si l'on cherche

Apesar de Guinon não ter mencionado dados específicos sobre histeria masculina na sua estatística (ao contrário do que fazem Marie e Azoulay, 1885), podemos supor que uma porcentagem importante desses novos pacientes seriam homens por conta do fluxo de entrada deles na Salpêtrière, principalmente através da Policlínica.

O comentário de Guinon sobre os números do “exército das neuroses” evidencia uma relação estreita entre essas categorias, ainda que o próprio Charcot tenha buscado construir um diagnóstico diferencial entre elas. O trecho também menciona a combinação da histeria com outras doenças sinalizando o caráter simulador da doença e a dificuldade do médico de separar a histeria de outras condições. Caso considerássemos os casos em que a histeria é uma coadjuvante na explicação dos sintomas do paciente, os números seriam ainda maiores. Importante marcar, nesse sentido, com a análise de Goetz, Gelfand e Bonduelle (1995) que mesmo quando a histeria não se constituía como foco específico, ela sempre esteve presente na Salpêtrière, tanto como um problema recorrente que precisava ser levado em consideração em cada caso como também uma possível complicação para qualquer caso atendido no ambulatório. Ainda conforme Goetz, Gelfand e Bonduelle (1995), os dados estatísticos serviriam a dois propósitos: reforçam a centralidade da histeria como diagnóstico mais recorrente dentro do panorama da Salpêtrière e justificam o funcionamento da Cátedra das Doenças do Sistema Nervoso e a unificação do programa de pesquisa realizado por Charcot.

Para Gauchet e Swain (1997), a estatística de Guinon, de certa forma, pode ser utilizada para “proteger” Charcot da acusação de que ele teria fabricado os casos de histeria atendidos na Salpêtrière nos anos de ouro da Policlínica. O ambulatório operava em uma escala sem precedentes e, enquanto os críticos (especialmente a Escola de Nancy) alegavam que as crises histéricas eram “fábulas” ou “encenações”, Charcot respondia, ao menos através de seus alunos, com o uso do escudo da estatística. Como se poderia questionar a regularidade da histeria se, em 1891, deram entrada na Salpêtrière, 325 novos pacientes histéricos?

Ao analisar os Arquivos da Assistência Pública de Paris, Gauchet e Swain (1997) fazem notar um aumento da difusão do diagnóstico de histeria também em serviços que não eram o de Charcot, atingindo o seu pico entre os anos de 1880-81. Além disso, no conjunto das teses de

même à en contester l'exactitude, cela tient sans doute à ce que bien des phénomènes, qui nous paraissent ici pas très rares en raison du grand nombre de nos malades, passent pour des fables ou du moins semblent très exceptionnels ailleurs. C'est un joli chiffre en effet que celui de 325 nouveaux malades hystériques examinés par an, à la polyclinique seulement (car telle est la moyenne annuelle fournie par les résultats portant sur neuf mois) en omettant encore tous ceux qui, dans la statistique, font double emploi (hystérie et chorée, hystérie et goitre exophthalmique, névralgie faciale hystérique, tremblement mercuriel, etc.), et ceux qui se trouvent dans les salles de l'hospice ».

psiquiatria defendidas na França entre 1600 e 1934, a histeria aparece em primeiro lugar com 520 exemplares, seguida da epilepsia com 465 num total de 3.553 trabalhos. Do total de 520 trabalhos sobre histeria, 261 teses tem relação direta ou indireta com Charcot e a Escola da Salpêtrière revelando, para os autores, uma das consequências aritméticas da Salpêtrière: Charcot não apenas diagnosticava a histeria, mas ensinava a diagnosticar e fornecia a gramática clínica para o estudo dessa afecção. Isso posto, os autores localizam, no contexto da medicina francesa, não uma exclusividade charcotiana no diagnóstico da histeria, mas o seu papel dentro de um processo de sistematização e legitimação científica, que transformou a histeria em uma entidade clínica autônoma e um objeto de estudo rigoroso.

De toda forma, o diagnóstico de histeria, na análise de Gauchet e Swain (1997), representa um ponto de virada quantitativo na obra de Charcot. A partir de 1877, o movimento contínuo de aceleração do interesse de Charcot se manifesta no ensino formal, nas lições semi-improvisadas das terças-feiras e nos artigos publicados. Para os autores, há também uma progressão geométrica com relação às publicações sobre histeria entre 1870 e 1892: a) 1870-1876: 5 lições; b) 1877-1881: 8 lições; c) 1882-1887: 17 lições e d) 1887 – 1892: 42 lições fazendo com que a histeria (inclusive a masculina) ganhe a centralidade de sua obra. Por exemplo, no preâmbulo da apresentação de um caso de histeria masculina em aula de Maio de 1891, Charcot (1893), recomenda aos leitores acessarem trabalhos estatísticos de seus colegas acerca da regularidade da histeria masculina. Se antes, argumenta Charcot, ela não se apresentava nos serviços, àquela época estava constante e em grande proporção. Ele cita a pesquisa de Pierre Marie no ambulatório do *Bureau Central* que constatou a presença da histeria masculina em classes mais baixas da sociedade e, ainda mais frequente que a histeria feminina. Menciona também o trabalho de Achilles Souques, *interne* na Salpêtrière, que registrou os casos de histeria masculina quando trabalhou no *Hôpital Broussais*: “Ele mostra que em uma sala com 32 pacientes, foram recebidos 26 histéricos. Seu trabalho chega às mesmas conclusões que o do Sr. P. Marie⁷²” (Charcot, 1893, p. 237, tradução própria).

A Policlínica pode ser apontada, nesse sentido, como elemento fundamental dessa evolução numérica, uma vez que o seu funcionamento e a grande disponibilidade de casos de histeria no Serviço garantiam o suprimento constante de material clínico inédito para as demonstrações públicas do mestre da Salpêtrière. Era naquele setor que chegavam os operários vítimas de acidentes ferroviários e industriais, trabalhadores e artesãos fornecendo a base empírica necessária para que Charcot pudesse afirmar a universalidade da histeria. Conforme

⁷² Do original : « [...] Il montre que dans une salle de 32 malades, on avait reçu en un an 20 hystériques mâles. Son travail aboutit aux mêmes conclusions que celui de M. P. Marie ».

Micale (2001), durante a primeira metade da década de 1880, graças a Policlínica, Charcot tinha à disposição dele o grupo de pacientes necessário para o desenvolvimento de seu estudo sobre afecções histéricas em homens esperando provar que a histeria era uma doença deslocada do útero ou da fragilidade feminina.

Podemos derivar das observações de Micale (2001) o fluxo dos pacientes na Salpêtrière dos anos 1880. Inicialmente, os pacientes de ambos os sexos acessavam a Salpêtrière por duas vias: a Consulta Externa (inclusive com transferência de outros hospitais e de outros setores deste para o Serviço de Charcot) e a Policlínica (da qual estamos tratando) composta por doentes não hospitalizados que se dirigiram ao hospital para realizarem uma consulta com Charcot. O serviço da Policlínica era alimentado pela consulta das terças-feiras (algumas foram publicadas em formato de lição) e podia abranger, em média, 70 pacientes/dia. Guinon (1893b) caracteriza o serviço da Policlínica como primordial ao funcionamento da Clínica:

Ele compreende **todos os doentes não hospitalizados**, que vêm consultar o professor, tanto de Paris quanto das províncias e, frequentemente, até do estrangeiro. O número de indivíduos que o frequentam é considerável e é entre eles que se **recrutam**, na maioria das vezes, **os doentes interessantes que formam o tema das lições clínicas do Sr. Charcot**, uma vez que ele os admite no hospício a fim de estudá-los melhor e mais completamente. Deste ponto de vista, é, portanto, uma engrenagem quase indispensável do serviço. Mas é, além disso, um elemento muito importante de estudo para todos os médicos e estudantes vinculados à clínica. Com efeito, **vê-se mais ali em algumas semanas do que se vê em qualquer outro lugar em vários meses**, e o **exame repetido do professor**, em particular nos casos difíceis, constitui um elemento de instrução precioso para todos os alunos que frequentam o serviço⁷³ (Guinon, 1893, p. 430, tradução própria, grifo nosso).

A Policlínica integraria, junto com outros anexos, o Serviço de Charcot na Salpêtrière que também são fundamentais na condução do diagnóstico e da terapêutica: oftalmologia (casos de tabes, esclerose em placas, paralisia geral, histeria, epilepsia, tumores cerebrais e paralisias oculares), otologia, rinologia e laringologia (paralisias faciais, surdez, mutismos e afasias) e eletroterapia (amiotróficos, histéricos e paralíticos de todos os tipos). Além de uma farmácia que distribuiria medicamentos gratuitamente aos pacientes pobres e o serviço de hidroterapia para banhos e duchas frias previstos na consulta inicial. Esse complexo médico-hospitalar

⁷³ Do original : « Il comprend tous les malades non hospitalisés, venant pour consulter le professeur, tant de Paris que de la province et souvent même de l'étranger. Le nombre des individus qui le fréquentent est considérable et c'est parmi eux que se recrutent la plupart du temps les malades intéressants qui font le sujet des leçons cliniques de M. Charcot, une fois qu'il les a admis à l'hospice, afin de les étudier mieux et plus complètement. À ce point de vue, c'est donc un rouage presque indispensable du service. Mais c'est de plus un élément très important d'études pour tous les médecins et étudiants attachés à la clinique. En effet, on voit plus là en quelques semaines qu'on ne voit partout ailleurs en plusieurs mois, et l'examen répété du professeur, en particulier dans les cas difficiles, constitue un élément d'instruction précieux pour tous les élèves qui fréquentent le service ».

permitia que pacientes, em estágios iniciais de qualquer afecção nervosa, começassem a ser acompanhados na Salpêtrière.

Guinon (1893b) descreve, na sua exposição estatística, a triagem inicial dos pacientes que chegam à Policlínica nas terças-feiras:

Na terça-feira de manhã, dia da consulta, desde a primeira hora, assim que os doentes começam a encher a sala de espera, **os internos do Sr. Charcot praticam um primeiro exame**. Os doentes são triados antecipadamente em duas categorias: aqueles que, já tendo consultado, estão em curso de tratamento, e aqueles que vêm pela primeira vez. Estes últimos são examinados imediatamente pelos Internos, que elaboram com a maior precisão possível uma primeira lista de diagnósticos⁷⁴ (Guinon, 1893, p.431, tradução própria, grifo nosso).

Após essa primeira análise, Charcot se integra à equipe e uma segunda seleção de pacientes é realizada:

Ao chegar ao hospício, o Sr. Charcot encontra essa lista pronta e escolhe imediatamente, entre os casos julgados à primeira vista como os mais interessantes, um certo número de doentes que lhe fornecerão uma parte dos elementos de sua lição do dia. Uma vez terminada a lição, vem a vez do chefe de clínica que, auxiliado por alguns externos do serviço, finaliza a consulta, ou seja, pratica o exame e institui ou altera o tratamento de todos os doentes restantes, novos e antigos. Sendo o número daqueles sempre considerável (restam sempre pelo menos 60 ou 70, por vezes 90 ou mais), compreende-se que só é possível dedicar a cada um tempo muito curto. Quando o diagnóstico é claro e fácil de estabelecer, tudo é simples: o doente é imediatamente provido de sua receita, cujas diversas prescrições seguirá em sua casa⁷⁵ (Guinon, 1893, p.431, tradução própria, grifo nosso).

Guinon (1893) admite que, no caso de um diagnóstico claro e fácil de estabelecer, o fluxo era simples: ao paciente era dada uma receita para seguir as prescrições do médico em casa. No entanto, na maioria dos casos, era impossível estabelecer um diagnóstico em poucos minutos e a dinâmica do serviço era outra. Nesse segundo tipo, formavam-se pequenos grupos de pacientes – cujo diagnóstico positivo não fora fechado – para retornar ao interior do hospital nos outros dias da semana e serem alvo de um exame mais demorado.

⁷⁴ Do original : « Le mardi matin, jour de la consultation, dès la première heure, aussitôt que les malades ont commencé à emplir la salle d'attente, MM. les internes de M. Charcot pratiquent un premier examen. Les malades sont triés d'avance en deux catégories, ceux qui, ayant déjà consulté, sont en cours de traitement et ceux qui viennent pour la première fois. Ces derniers sont examinés sur-le-champ par MM. les internes, qui dressent avec le plus de précision possible une première liste de diagnostics ».

⁷⁵ Do original : « À son arrivée à l'hospice, M. Charcot trouve cette liste prête et il choisit tout de suite, parmi les cas jugés à première vue les plus intéressants, un certain nombre de malades qui lui fourniront une partie des éléments de sa leçon du jour. Une fois la leçon finie, vient le tour du chef de clinique, qui, aidé de quelques externes du service, finit la consultation, c'est-à-dire pratique l'examen et institue ou change le traitement de tous les malades restants, nouveaux et anciens. Leur nombre étant toujours considérable (il en reste toujours au moins 60 ou 70, quelquefois 90 et plus), on conçoit qu'il n'est possible de consacrer à chacun qu'un temps fort court. Lorsque le diagnostic est clair et facile à établir, cela est tout simple : le malade est immédiatement nanti de son ordonnance, dont il va suivre chez lui les diverses prescriptions ».

A seleção de Charcot parte dos “doentes interessantes”, sejam aqueles que ilustravam perfeitamente uma teoria (como os pacientes que apresentavam as fases clássicas do ‘grande ataque histérico’ ou estigmas claros) ou uma raridade clínica. O ambulatório partia de critérios de seleção que também envolviam a logística do serviço, já que a avaliação diagnóstica podia resultar na admissão do paciente no hospital. Uma vez internado, o paciente saía do fluxo rápido das consultas externas e passava a ser “estudado melhor e mais completamente”. Isso permitia que Charcot e seus internos monitorassem o paciente por dias antes da lição, garantindo que o caso estivesse “pronto” para ser utilizado como objeto da lição. Um caso escolhido também pode ser geograficamente interessante: ao escolher um artesão da província ou um trabalhador braçal estrangeiro, ele validava estatisticamente a sua tese de que a histeria seria uma doença em que “(...) nada é deixado ao acaso; que tudo ali se passa, pelo contrário, seguindo regras; sempre as mesmas – comuns à prática da cidade e à do hospital – válidas para todos os países, para todos os tempos, para todas as raças, universais, por conseguinte⁷⁶” (Charcot, 1890a, p. 16, tradução própria).

A Policlínica era a “engrenagem indispensável” porque fornecia o volume necessário para que Charcot pudesse ser extremamente seletivo: de 70 novos pacientes por dia, ele escolhia apenas os dois ou três que melhor serviriam como prova visual de suas teorias, podendo assim aparecer em suas lições. Do ponto de vista da histeria masculina, podemos supor que ela também foi alvo desse funcionamento do ambulatório em que a triagem, feita por internos que conheciam profundamente a teoria de Charcot, poderiam buscar. Identificamos, por exemplo, 1) homens que apresentassem o maior contraste possível com os estereótipos vinculados à histeria feminina; 2) homens que não tinham lesões físicas visíveis, mas que apresentavam paralisias, coxalgias, contraturas e mutismo e 3) homens cujos antecedentes hereditários poderiam servir como evidência dos marcadores da degenerescência. Esses três pontos presentes nos casos sobre histeria masculina serão trabalhados em subseção seguinte.

A partir do exposto, vimos que a Policlínica se consolidou como um dos elementos chaves da modernização do Serviço de Charcot, rompendo com a tradição da Salpêtrière como um asilo puramente feminino e voltado para a cronicidade. Ao abrir o hospital ao fluxo dinâmico do ambulatório, Charcot obteve a um quantitativo de pacientes que fundamentaram a desvinculação da patologia de suas antigas raízes uterinas e afirmando-a como uma entidade clínica autônoma. Do ponto de vista histórico, para Mícale (2008), “o ingresso dos primeiros

⁷⁶ Do original: « [...] rien n'est laissé au hasard, que tout s'y passe, au contraire, suivant des règles, toujours les mêmes, communes à la pratique de la ville et à celle de l'hôpital, valables pour tous les pays, pour tous les temps, pour toutes les races, universelles par conséquent ».

homens neste histórico *Hospice de la Vieillesse-Femmes* estabelece um paralelo perfeito com a tentativa de Charcot em masculinizar o diagnóstico da histeria, tradicionalmente considerado 'feminino'⁷⁷ (p.124, tradução própria).

3.2 A Grande Histeria

Acompanhamos com Trillat (1990) o desenvolvimento do saber sobre a histeria. Inicialmente como uma condição própria das mulheres, desde a Antiguidade greco-latina, passando pela apropriação da medicina na Renascença e do mesmerismo, encontrando na medicina do *fin-de-siècle* e no desenvolvimento da psicanálise um lugar privilegiado. Inicialmente, Charcot toma seu lugar nessa história da histeria como signatário de uma tradição que ligava a histeria à fisiologia feminina. No retorno à teoria uterina, Charcot entende que na histórica haveria uma “hiperestesia ovariana” – o que justificava a estreita relação entre o ovário e os sintomas históricos –, cuja pressão nessa região poderia desencadear um ataque (ao passo em que uma compressão poderia suspendê-lo). Essa “histeria local”, termo emprestado dos ingleses, teria como um dos estigmas a hemianestesia (uma espécie de anestesia que atinge somente um lado do corpo) e sua contrapartida, a hiperestesia. Inicialmente, ainda que estivesse demonstrando as características da histeria ovariana, os sintomas de hemianestesia e hiperestesia forneceram a Charcot a primeira oportunidade de ampliar o escopo da investigação para uma etiologia cerebral da histeria (Gauchet e Swain, 1997). Considerando o fato de que diferentes partes do corpo são afetadas na hemianestesia (rosto, pescoço, braço, perna, pele e mucosa, além de uma mudança de sensibilidade ao calor e ao frio), Charcot empreende a busca por localizações cerebrais (exatamente como o faria com outras neuroses) e o diagnóstico diferencial da histeria: configurar-se-ia como uma doença dinâmica ou teria uma base anatômica clara?

A busca por (múltiplas) localizações cerebrais segue. A dor ovariana, como marca da “histeria ginecológica”, se torna peça fundamental da dinâmica da histeria, uma vez que ela anuncia o início da crise histórica. Melhor dizendo, ela é o ponto de partida da *aura hysterica*, a primeira das quatro fases características da Grande Histeria (ou da histero-epilepsia). Além dos sintomas críticos (durante a crise) e dos sintomas intercríticos (entre as crises), tanto Trillat

⁷⁷ Do original: “The admission of the first men at this historic *Hospice de la Vieillesse-Femmes* neatly parallels Charcot’s attempt to masculinize the traditionally “feminine” diagnosis of hysteria”.

(1991) quanto Gauchet e Swain (1997) apontam para a existência dos sinais prodrômicos ou precursores da crise, assim como se observava na epilepsia.

O paralelo da histeria com a epilepsia, nas palavras de Trillat (1991,p.143), fornece uma “semiologia de empréstimo” e “nessa coletividade de mulheres em crise, onde os ataques imprevisíveis vinham atingir, como um raio, aqui ou lá, onde os gritos, as gesticulações, as contorções, os êxtases se propagavam como rastro de pólvora, reinava a maior confusão”. A correspondência entre as duas grandes neuroses, argumentam Gauchet e Trillat (1997), pode ser decomposta em quatro partes: clínica, anatomopatológica, terapêutica e da patologia experimental. Em primeiro lugar, a relação é clínica porque o objetivo é tomar a *aura* como ponto de conexão entre as duas neuroses e proceder com a descrição completa e inequívoca da histeria a partir dos sintomas que anunciam o ataque.

Do ponto de vista anatomopatológico, Charcot retorna ao problema da localização e da busca pelo foco lesional das duas afecções; a epilepsia, por sua vez, já teria indícios de estar ligada a uma lesão orgânica do cérebro, enquanto a histeria, naquele momento inicial, tinha o ovário como o ponto anatômico mais preciso. Nesse sentido, a histérica ovariana (e, mais tarde, histórico testicular) apresentaria zonas histerógenas⁷⁸ variáveis, cuja estimulação, numa medida adequada, poderia ora desencadear o ataque histérico ora suspendê-lo.

Com relação à terapêutica, Gauchet e Swain (1997) problematizam o fato de que, dentro da mitologia construída em torno de Charcot, frequentemente se afirmou que ele não apresentaria preocupações no desenvolvimento de terapêuticas. Para eles, ao contrário, Charcot sempre demonstrou uma preocupação com o sofrimento de seus pacientes e a busca de formas para aliviá-los; aqui, insere-se, por exemplo, a compressão do ovário como uma possibilidade terapêutica para pacientes selecionados:

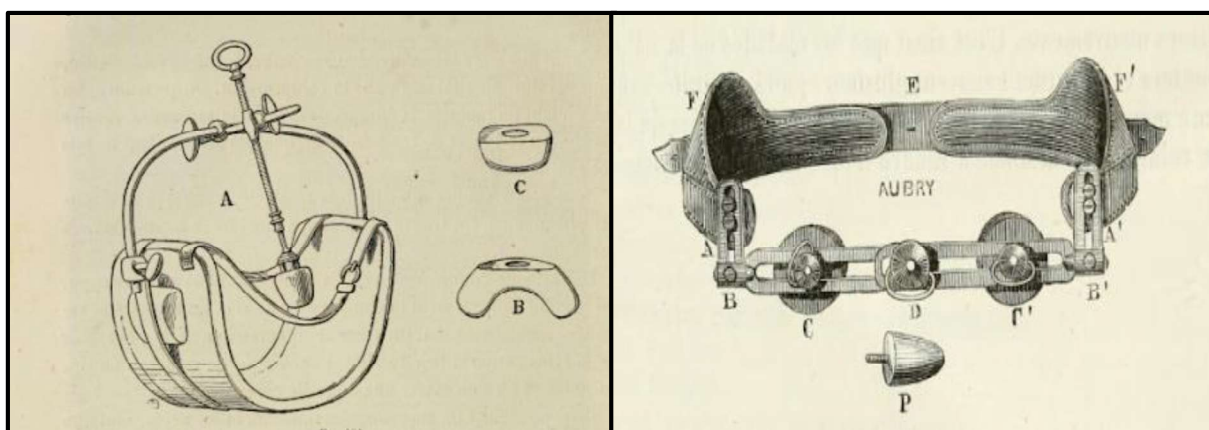
Eu disse a verdade; é que existem doentes que têm um ponto ovariano doloroso e que quando esse ponto doloroso existe, pode-se aproveitá-lo, não para fazer cessar (ou desaparecer) completamente o ataque, mas para suspendê-lo. E suspender o ataque não é absolutamente curá-lo, é conseguir um pouco de tranquilidade. Vamos colocar um **aparelho de compressão nessa doente** e momentaneamente ela não terá mais ataques, mas um belo dia será necessário tirar-lhe o cinto porque ela não pode conservá-lo

⁷⁸ Em aula de 13 de Dezembro de 1887 (Charcot, 1887a), ao discutir sobre histeria e neurastenia no homem, Charcot apresenta o caso de um ferroviário de 38 anos que teria o diagnóstico combinado de histeria e neurastenia. Há uma comparação entre as zonas histerógenas femininas e os pontos testiculares masculinos, cuja função seria a mesma dentro do grande ataque histérico; esses pontos passíveis de preensão não são a causa da histeria, mas podem ser utilizados para induzir ou cessar a crise. Ainda nessa aula, Charcot marca a sua posição contrária às cirurgias para remoção dos ovários e afirma que, tendo esse paciente o testículo do lado esquerdo mais sensível que o do lado direito (o que faria dele um histórico testicular), a remoção dessa zona histerogênica não levaria, obviamente, a cura da histeria. Em outra aula, Charcot (1887b) descreve as zonas mais comuns em homens sendo o topo da cabeça, um dos lados do peito ou do abdômen e, especialmente, o flanco esquerdo. Conforme Micale (2001), 48% (dos 61 pacientes masculinos de Charcot) apresentam zonas histerogênicas.

indefinidamente e então, provavelmente, o ataque se reproduzirá (Charcot, 1999, p.170, grifo nosso).

O primeiro modelo do aparelho descrito por Charcot e apresentado por Richer (1881) consistia em uma base (A) acolchoada para acomodar a bacia da paciente, sustentada por uma lâmina metálica e um arco cilíndrico que era afivelado ao redor do abdômen. Um grande parafuso de pressão era montado sobre anéis móveis que permitiriam ajustar a direção exata da compressão. Os itens B e C são almofadas de cortiça com molas para a pressão contínua, funcionando como substitutos da compressão manual e são destinadas para comprimir os dois ovários ao mesmo tempo ou um único ovário, respectivamente.

Figura 6 – Aparelhos de compressão ovariana (modelo 1 e 2)



Fonte: Richer, 1881, p. 596 e 727, respectivamente.

O desenhista e amigo de Charcot exalta igualmente a eficácia terapêutica de curto prazo dos dois modelos para compressão ovariana (conforme figuras acima). Ambos apresentam a facilidade de as próprias doentes manusearem o aparelho (aumentando ou diminuindo a pressão) conforme se sintam propensas à crise, mas o segundo modelo é portátil e permite uma maior mobilidade a paciente durante seu uso. Além disso, “elas podem virar-se no leito, deitar-se de lado, elevar-se para serem trocadas, comer e dormir. Esta compressão é, aliás, absolutamente indolor; após 48 horas de aplicação, constata-se apenas um pouco de vermelhidão na pele, mas nenhuma dor, seja superficial ou profunda⁷⁹” (Richer, 1881, p.598, tradução própria). Dentro do quadro da histero-epilepsia, a compressão ovariana pode, ao mesmo tempo, interromper uma crise e, fora dela, determinar a produção dos fenômenos dolorosos da aura e, por conseguinte, o ataque completo.

⁷⁹ Do original : « De plus, elles peuvent se tourner dans leur lit, se coucher sur le côté, se soulever pour qu'on les change, manger, dormir. Cette compression est, d'ailleurs, absolument indolore ; après 48 heures d'application, on constate seulement un peu de rougeur de la peau, mais pas la moindre douleur soit superficielle, soit profonde ».

Por fim, o último paralelo entre a histeria e a epilepsia estaria no desenvolvimento de uma patologia experimental com foco nos elementos rodeados de mistério que ainda não teriam sido estudados podendo-se utilizar pesquisas com animais (apesar de Charcot ter uma postura contrária ao uso de animais no contexto experimental, conforme Silva *et. al.*, 2018).

Marcamos esses pontos de convergência entre a histeria e a epilepsia para demonstrar, na fase inicial dos trabalhos do “Napoleão das Neuroses”, a busca por um diagnóstico diferencial e a nomeação dos fenômenos histéricos convulsivos de histero-epilepsia a fim de distingui-los da epilepsia. A histero-epilepsia não é definida como um híbrido entre a histeria e a epilepsia, mas trata-se da Grande Histeria (ou *hysteria major*), a forma completa do desenvolvimento da histeria. Nesse último grau :

a epilepsia não estaria ali senão na forma exterior; ela não estaria na essência (no fundo) das coisas. Em outros termos, nestes casos, **tratar-se-ia única e sempre da histeria assumindo a aparência da epilepsia** (...) A convulsão de forma epilética apareceria ali como aparece em tantas outras afecções do sistema nervoso, a título de elemento acessório, sem nada mudar na natureza da doença primitiva⁸⁰ (Charcot, 1872-73c, p. 323, tradução própria, grifo nosso).

Os demais marcadores das duas crises são diferentes, como, por exemplo, o fato de que os ataques histéricos podem ocorrer sem intervalos durante alguns dias, sem perigo para o doente; um epilético, caso apresente essa quantidade de acessos, configuraria o que Charcot chamará de “mal epilético” em que há um aumento rápido da temperatura do paciente, podendo levá-lo à morte. Outros pontos diferenciais são expressos por Gauchet e Swain (1997) como 1) a ausência de vertigem ou de *petit mal* (crises de ausência) na histero-epilepsia; 2) a ineficácia da compressão ovariana nas crises epiléticas verdadeiras e 3) ao contrário da histeria, na epilepsia ocorre obnubilação da inteligência ou demência na evolução dos ataques. Além disso, “(...) vocês veem como as histéricas gritam. Pode-se dizer que é muito barulho por nada. A epilepsia, que é mais grave, é muito mais silenciosa” (Charcot, 1999, p. 169).

A despeito das diferenças, Charcot (1999, p. 167) afirma que:

Eu apenas via uma absoluta confusão e a impotência à qual estava reduzido me causava uma certa irritação; até que um dia, por uma espécie de intuição, eu pensei: **mas é sempre a mesma coisa**; concluí então que havia aí uma doença específica, a *hysteria major* (superior), começando por um ataque epileptóide que difere tão pouco do verdadeiro ataque de epilepsia que foi denominada **doença histero-epilética, apesar de ela não ter nada em comum com a epilepsia** (Charcot, 1999, p.167, grifo nosso).

⁸⁰ Do original : « L'épilepsie ne serait là que dans la forme extérieure ; elle ne serait pas dans le fond des choses. En d'autres termes, dans ces cas, il s'agirait uniquement et toujours de l'hystérie revêtant l'apparence de l'épilepsie (...) La convulsion à forme épileptique y apparaîtrait comme elle apparaît dans tant d'autres affections du système nerveux, à titre d'élément accessoire, sans rien changer à la nature de la maladie primitive ».

A Grande Histeria seria constituída por sintomas permanentes (ou “estigmas”) e pelo ataque histérico (ou da histero-epilepsia) que se apresenta sempre da mesma maneira (*c'est toujours la même chose*, nas palavras de Charcot). De forma geral, Charcot (1892) distingue quatro fases da Grande Histeria: o *período epileptóide* (um ataque epileptoide comum), o *clownismo* (contorções e posições “bizarras”), as *atitudes passionais* e o *delírio*. A partir da determinação desse padrão, é possível a Charcot criar as *formes frustes* da histeria, ou seja, versões parciais dessa entidade fundamental (quando não se segue a sequência típica ou apresenta fases mais brandas), mas que ainda seria possível reconhecer a regularidade do fenômeno histérico.

Nos parágrafos seguintes, resgataremos uma das exposições de Charcot sobre essas fases com início na descrição da *aura hysterica*, cujo desenvolvimento está relacionado a apalpação do ovário, entendido como “ponto de partida” físico da crise histérica. Nesse sentido, Charcot (1872-73c) descreve a técnica de exploração da dor ovariana, uma vez que a dor não é relatada espontaneamente por todas as pacientes, sendo preciso buscá-la através da pressão na cavidade pélvica e demonstrar a regularidade da sensação em questão: “(...) quando este corpo [ovoide] está tumefeito (inchado), como ocorre frequentemente, ele pode apresentar o volume aparente de uma azeitona ou de um pequeno ovo; mas, com um pouco de prática, sua presença pode ser facilmente constatada mesmo quando permanece bem abaixo dessas dimensões⁸¹” (p. 287, tradução própria, acréscimo nosso). A dor evidenciada pela pressão na região ovariana, admite Charcot, não é uma dor comum: “(...) é uma sensação complexa acompanhada de todos ou parte dos fenômenos da *aura hysterica*, tal como ocorrem espontaneamente na aproximação das crises; e as doentes reconhecem essa sensação provocada por já a terem sentido centenas de vezes⁸² (Charcot, 1872-73b, p.287, grifo nosso).

Os fenômenos da *aura* seguem, conforme Gauchet e Swain (1997), um caminho preciso: ovário → epigástrico → globo histérico no pescoço → assobios no ouvido (semelhantes ao barulho de uma locomotiva) → marteladas na têmpora → obnubilação da visão (manifesta-se no olho correspondente ao ovário estimulado). A descrição de Charcot estabelece uma hierarquia anatômica para a crise, num processo de ascendência lento, no qual os sintomas “sobem” pelo corpo da paciente conforme a excitação nervosa aumenta: o ovário é o ponto de

⁸¹ Do original : « Lorsque ce corps est tuméfié, ainsi que cela se presente fréquemment, il peut offrir le volume apparent d'une olive, d'un petit œuf, mais avec un peu d'habitude, sa présence peut être facilement constatée alors même qu'il reste bien au-dessous de ces dimensions ».

⁸² Do original : « Il ne s'agit pas là d'une douleur banale, car c'est une sensation complexe qui s'accompagne de tout ou partie des phénomènes de l'aura hysterica, tels qu'ils se produisent d'eux-mêmes à l'approche des crises, et cette sensation provoquée, les malades la reconnaissent pour l'avoir ressentie cent fois ».

partida, seguido de um primeiro nó (epigástrico) em que a paciente sente dor gástrica, náuseas e vômitos; logo após, são identificadas taquicardia e palpitações intensas, acompanhadas de um segundo nó (pescoço) caracterizado pelo *globus hystericus* (globo histérico) em que a paciente sente uma bola ou nó na garganta que impede a deglutição ou causa sufocamento. O termo nó (*nœud*), emprestado de P. Piorry⁸³, era utilizado para descrever os pontos de parada ou de intensificação da estimulação ovariana que resultaria, segundos depois, na perda de consciência e nas convulsões da fase epileptóide. Quando a consciência é profundamente afetada, as pacientes não se apresentam em condições de descrever o que sentem. A existência dos nós demonstra, mais uma vez, a tentativa de Charcot de estabelecer algum tipo de localização anatômica e regularidade do fenômeno histérico. Ao comparar novamente a histero-epilepsia e a epilepsia do ponto de vista da duração e da trajetória da *aura*, Charcot aponta que

Esta aura, em geral de longa duração, ocupa o abdômen e o epigástrico, e não afeta, em todo caso, a cabeça sozinha e de imediato, nem uma das extremidades, como ocorre na epilepsia com aura; assim, é perfeitamente exato dizer que as histero-epilépticas de crises mistas são quase sempre avisadas a tempo suficiente para que possam, durante o desenvolvimento de um acesso, proteger-se ou encontrar um abrigo⁸⁴ (Charcot, 1872-73c, p.326, tradução própria).

Enquanto a crise do paciente epilético desenvolve-se de forma breve como um “relâmpago” e pode levar o paciente a cair, pois não tem tempo suficiente para se preparar ou reagir ao ataque. Na histero-epilepsia, a *aura* é um processo ascendente que começa no abdômen e “sobe” pelo corpo em etapas: os ataques histéricos poderiam não ser provocados por vontade própria da paciente, mas a natureza da *aura hystERICA* era distinta da aura epilética.

O ataque completo da Grande Histeria dura, em média, quinze minutos. A primeira fase é a *epileptóide*:

No ataque convulsivo, a chamada fase epilética geralmente abre a cena. Subitamente: grito, palidez extrema, perda de consciência, queda, distorção dos traços da fisionomia; então, uma rigidez tônica apodera-se de todos os membros. Esta rigidez é – notem bem – raramente seguida de sacudidas clônicas breves, de curtas oscilações e predominantes em um lado do corpo, como na epilepsia verdadeira. No entanto, o rosto pode estar em alto grau tumefeito (inchado) e arroxeadado; escorre da boca uma espuma por vezes sanguinolenta, ocasionada pela mordedura da língua ou dos lábios. Enfim, pode haver um relaxamento geral dos músculos, coma e uma respiração

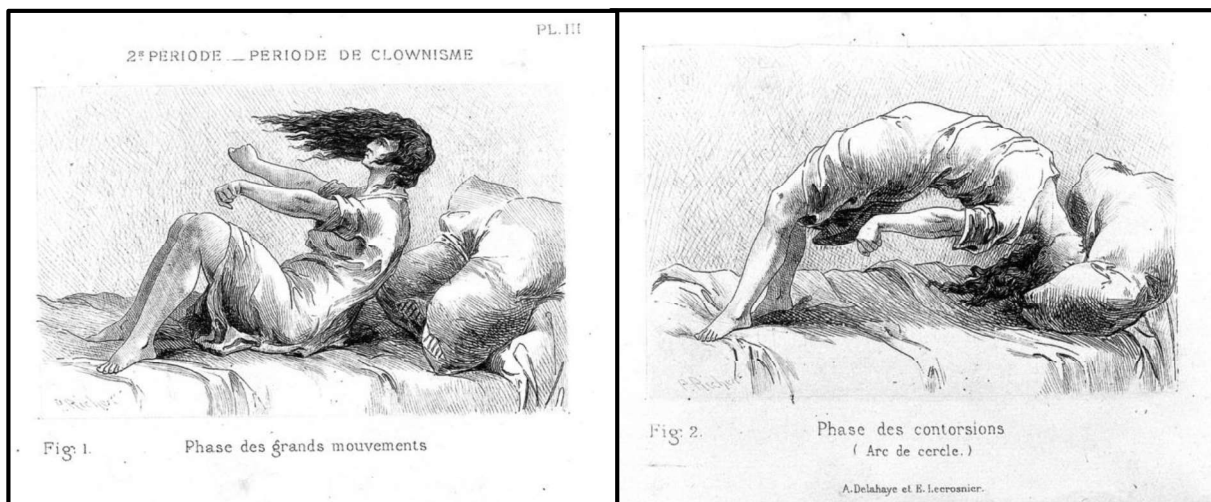
⁸³ Médico com quem Charcot trabalhou como *chef de clinique* na Faculdade de Medicina. A participação de Piorry no aumento do prestígio de Charcot na sociedade médica parisiense está mais bem descrito na seção II dessa pesquisa de doutoramento.

⁸⁴ Do original : « Cette aura, en général de longue durée, occupe l'abdomen, l'épigastre et n'affecte pas, en tout cas, la tête seule et d'emblée, ou l'une des extrémités, ainsi que cela a lieu dans l'épilepsie avec aura ; aussi est-il parfaitement exact de dire que les hystéro-épileptiques à crises mixtes sont à peu près toujours averties assez à temps pour qu'elles puissent, lors du développement d'un accès, se garantir, trouver un abri ».

estertorosa por um período mais ou menos prolongado (Charcot, 1872-73c, p.326, tradução própria).

Isso posto, a fase *epileptóide* pode ser subdivida em três subfases: dos movimentos tônicos, dos movimentos clônicos e de resolução (Charcot, 1892). A fase tônica marca o início do ataque. Ocorre a perda de sentidos, interrupção da respiração (apneia), palidez e rigidez muscular absoluta (tetanização) de todo o corpo. Pode haver um “grito” descrito como um ruído gutural. Em seguida, na fase clônica, o corpo sofre sacudidas rápidas e curtas que aumentam de intensidade até se tornarem grandes espasmos generalizados. A fase de resolução é o período de relaxamento momentâneo em que os músculos se descontraem, os olhos se fecham e o paciente pode apresentar uma respiração ruidosa e pesada (estertorosa), semelhante a um coma profundo, antes de passar para o período seguinte. Em Richer (1891), também é marca dessa fase o arco de círculo (*arc de cercle*) em que o corpo fica curvado para trás apoiado somente pelos pés e pela cabeça. No entanto, Charcot (1892; 1999), Goetz, Gelfand e Bonduelle (1995) apontam o arco do círculo como parte integrante da segunda fase – a fase *clônica*.

Figura 7 – O período do *clownismo*



Fonte: Richer, 1881, s/p.

Após um curto período de calma, a próxima fase se inicia. O *clownismo* também é conhecida como a fase das contorções e dos grandes movimentos intencionais: posturas ilógicas e desordenadas, saltos violentos e rolamentos sobre o leito que poderiam lembrar acrobacias circenses. Esses movimentos “exprimem por vezes as paixões mais variadas: o pavor, o ódio, etc.; ao mesmo tempo, eclode o *delírio do acesso*⁸⁵” (Charcot, 1872-73c, p.326, tradução

⁸⁵ Do original : « [...] expriment parfois les passions les plus variées, l'effroi, la haine, etc. ; en même temps éclate le délire de l'accès ».

própria, grifo do autor). O movimento mais frequente, aponta Charcot (1892), é a “saudação” em que o paciente se posiciona como que para se sentar; sua cabeça baixa até o nível dos joelhos e, em seguida, ela se atira bruscamente para trás, golpeando violentamente o travesseiro. Ainda na saudação, “a doente parece lutar contra um ser imaginário ou tenta livrar-se de amarras que a prendem. Ela solta gritos pavorosos e é tomada por uma espécie de fúria que a leva a golpear-se, morder-se ou arrancar os próprios cabelos⁸⁶” (Charcot, 1892, p. 438, tradução própria). Essa fase é dominada ora pela saudação, ora pelo arco do círculo, no qual o paciente encontra-se apoiado somente pelos pés e pela cabeça enquanto o seu ventre forma uma curva (cf. figura 7).

A terceira fase, das *attitudes passionais* (ou “poses plásticas”), é marcada por experiências afetivas intensas podendo haver soluços, prantos, risos etc. A alucinação e a teatralidade são marcas desse período. À título de exemplo:

A doente entra em cena e, pela mímica expressiva e animada à qual se entrega, pelas frases entrecortadas que lhe escapam, é fácil seguir todas as peripécias do drama ao qual ela acredita assistir e no qual desempenha frequentemente o papel principal. Duas ordens de ideias bem diferentes partilham ordinariamente as alucinações da doente; o quadro tem duas faces, uma **alegre** e a outra **triste**. Na ordem alegre: a doente acredita-se, por exemplo, transportada para um jardim magnífico, uma espécie de Éden, onde frequentemente as flores são **vermelhas** e os habitantes **vestem-se de vermelho**. Toca-se música. A doente encontra ali o objeto de seus sonhos ou de seus afetos anteriores e cenas eróticas seguem-se por vezes. Os quadros tristes são incêndios, a guerra, a Comuna [de Paris], assassinatos etc.; quase sempre, há sangue derramado⁸⁷ (Charcot, 1892, p. 438-9, tradução própria, grifos do autor, acréscimo nosso).

Por fim, o *delírio* ou *fase terminal* que marca a transição do paciente para o estado de vigília. Em Charcot (1999), o autor aponta que essa fase é um tanto mais rara, não estando presente, inclusive, no caso clínico apresentado na referida aula. Embora o paciente retome a consciência e reconheça as pessoas ao redor, o corpo e a mente ainda não estão plenamente restabelecidos e pode ser que apareça uma espécie de delírio residual, de caráter melancólico ou depressivo. Do ponto de vista alucinatório, Charcot exemplifica uma paciente cujas visões de animais como ratos, gatos pretos, víboras, corvos etc. manifestam-se no lado hemianestésico

⁸⁶ Do original : « La malade semble lutter contre un être imaginaire ou essaie de se débarrasser des liens qui la retiennent. Elle pousse des cris affreux, elle est prise d'une sorte de rage qui la porte à se frapper, à se mordre ou à s'arracher les cheveux ».

⁸⁷ Do original : « La malade entre elle-même en scène et par la mimique expressive et animée à laquelle elle se livre, les phrases entrecoupées qui lui échappent, il est facile de suivre toutes les péripéties du drame auquel elle croit assister et où elle joue souvent le principal rôle. Deux ordres d'idées bien différents se partagent ordinairement les hallucinations de la malade ; le tableau a deux faces, l'une *gaie* et l'autre *triste* : dans l'ordre gai, la malade se croit par exemple transportée dans un jardin magnifique, sorte d'Éden, où souvent les fleurs sont *rouges* et les habitants *vêtus de rouge*. On y joue de la musique. La malade y rencontre l'objet de ses rêves ou de ses affections antérieures et les scènes érotiques suivent quelquefois. Les tableaux tristes sont des incendies, la guerre, la Commune, des assassinats, etc. ; presque toujours, il y a du sang répandu ».

(Charcot, 1892). Acrescenta-se a zoopsia (alucinações dos animais), as contraturas (totais, dolorosas e efêmeras ou parciais, indolores e duradouras) que podem paralisar um membro em uma posição específica após o ataque.

Para Didi-Huberman (2015, p.169), o *delírio terminal* é “a penosa fase durante a qual as históricas ‘começam a falar’, fase durante a qual tentava-se deter o ataque por todos os meios”. Talvez seja da comparação entre a terceira e a quarta fase que possa se inserir esse comentário de Didi-Huberman: enquanto na terceira fase, o paciente narra; no estágio final, o paciente fala. Richer (1881) define esse tipo de delírio como um delírio de memória: “ (...) ele recai sobre os eventos que marcaram a vida da doente. É triste e melancólico. A doente narra toda a sua história e é acompanhada de lamentações que têm, por vezes, um tom de verdade realmente impressionante⁸⁸” (p. 125, tradução própria). Ainda nesse sentido, o delírio pode ter tons variados (alegria, tristeza, raiva, religião, erotismo etc.):

[o delírio] varia ao infinito e recai sobre os assuntos mais diversos. Se toca nas grandes emoções passadas da doente, é para falar delas como de um fato distante, e não para fazê-las reviver em todos os seus detalhes, como ocorre no terceiro período. Mas, na maioria das vezes, **este delírio do final retira seu tema das impressões cotidianas da doente e das preocupações de seu espírito ou de seu coração**. A abolição da vontade torna, inclusive, toda dissimulação impossível. Assim, **a doente revela, por vezes, seus pensamentos mais secretos e compartilha seus projetos mais bem escondidos**⁸⁹ (Richer, 1881, p. 129, tradução própria)

Ao passo que na fase das *atitudes passionais*, o histérico encontra-se num estado alucinatório puro (em que o mundo exterior não existe), nessa fase terminal, o paciente percebe o mundo, mas o interpreta de forma que ele se adeque a narrativa que ele quer contar. Ou seja, a partir de um dos exemplos apontados por Richer, entendemos que “ela [a paciente] ouve, mas não atribui o ruído à sua causa verdadeira; ela lhe atribui um significado em relação à **ideia que a possui**. Ela vê, mas não reconhece as pessoas que a cercam; ela lhes dá nomes supostos e as toma pelos personagens de suas alucinações⁹⁰” (*op.cit.*, p.129, tradução própria, grifo nosso).

⁸⁸ Do original : « [...] Il porte sur les événements qui ont marqué la vie de la malade. Il est triste et mélancolique. La malade raconte toute son histoire et l'accompagne de lamentations qui ont parfois un accent de vérité vraiment saisissant ».

⁸⁹ Do original: « Il est varié à l'infini, et porte sur les sujets les plus divers. S'il touche aux grandes émotions passées de la malade, c'est pour en parler comme d'un fait éloigné et non pour les faire revivre dans tous leurs détails, comme cela a lieu dans la troisième période. Mais le plus souvent ce délire de la fin puise son sujet dans les impressions journalières de la malade et dans les préoccupations de son esprit ou de son cœur. L'abolition de la volonté rend même toute dissimulation impossible. Aussi la malade découvre-t-elle parfois ses plus secrètes pensées, et fait-elle part de ses projets les mieux cachés ».

⁹⁰ Do original : « [...] Elle entend, mais elle ne rapporte pas le bruit à sa véritable cause ; elle lui attribue une signification en rapport avec l'idée qui la possède. Elle voit, mais elle ne reconnaît pas les personnes qui l'entourent, elle leur donne des noms supposés et les prend pour les personnages de ses hallucinations » .

Esse breve retorno à teoria ovariana da histeria serve para demonstrar que, dentro do paradigma charcotiano, a inclusão de sujeitos masculinos no estudo da histeria representa uma ruptura fundamental com a tradição ginecológica. Conforme observam Gauchet e Swain (1997), a ampliação da população de pacientes sinaliza o deslocamento “do ovário ao trauma” e a consequente desterritorialização da histeria: ela deixa de ser uma patologia do aparelho reprodutor para se tornar uma patologia da representação e do sistema nervoso. Embora Charcot já tivesse revisitado e relativizado o papel do útero em seus primeiros anos na Salpêtrière, o ovário permanecia como o principal sinal da chamada histeria local. Contudo, o desenvolvimento da metaloterapia⁹¹ (e consequentemente das correntes elétricas) permitiu uma compreensão mais vasta e dinâmica do corpo histérico a partir de um viés experimental. A prática demonstrou que a capacidade de disparar ou cessar crises não era um privilégio exclusivo dos órgãos reprodutores (ovários ou testículos), mas uma propriedade distribuída por diversas zonas histerógenas espalhadas pela superfície corporal. Assim, essa transição ganhará contornos definitivos quando o “choque nervoso” – inicialmente observado em acidentes ferroviários e traumas de trabalho (Charcot, 1889f, por exemplo) – passa a ocupar o centro da sua prática clínica.

3.3 A histeria masculina

O desenvolvimento do interesse de Charcot pela histeria masculina é a extensão lógica, segundo Micalé (1990a), do trabalho desenvolvido na Salpêtrière desde os anos de 1870 no qual a teoria sobre a histeria feminina havia sido não somente estruturada, mas reconhecida internacionalmente. É possível argumentar, portanto, que não somente os anos 1880 apresentam uma inflação dos diagnósticos de histeria (discutido anteriormente) como possibilitaram a expansão do alcance da doença em outras populações, como homens e adolescentes. No contexto médico-cultural francês, conforme apontado na primeira seção dessa tese, a Escola da Salpêtrière – por conta do movimento de modernização do hospital e das mudanças operadas por Charcot – configurava-se como uma espécie de vanguarda na desvinculação do tratamento

⁹¹ De 1877-1878, Charcot abre as portas da Salpêtrière para que um pesquisador – Burq – utilizasse dos casos ali presentes para testar a eficácia das suas descobertas da ação dos metais nas variadas manifestações histéricas (anestesia sensitiva ou sensorial, paralisias ou contrações). No entanto, o uso dos metais logo se torna obsoleto. O que Burq apresentava, segundo Trillat (1991) era a percepção de que os metais produzem correntes elétricas que poderiam fazer desaparecer, principalmente as anestésias. De fato, a eficácia estava no uso de correntes elétricas, manipuláveis mais facilmente do que os metais e dali seguiu-se a ampliação do viés experimental na Salpêtrière.

da histeria dos mitos científicos, dos preconceitos e das perseguições religiosas. Desse modo, embora Charcot não tenha sido o pioneiro na discussão sobre a histeria masculina, sua atuação o coloca no centro de um intenso debate com a ginecologia acerca da autoridade final sobre uma definição ampliada de histeria:

Vocês verão que um dia, tudo somado, em razão da extensão singular que a histeria masculina parece assumir nas classes inferiores da sociedade à medida que aprendemos a conhecê-la melhor, chegaremos a propor a seguinte questão: **será a neurose histérica realmente, como se acreditou, como se pretendeu até aqui, mais frequente na mulher do que no homem?** Seja como for, qualquer que seja a solução que, no futuro, venha a ser dada a essa questão, eis que já nos encontramos bem distantes da ideia que nossos predecessores dos séculos passados faziam da histeria, quando nela não viam mais do que uma “sufocação uterina⁹²” (Charcot, 1889d, p. 393, tradução própria, grifo nosso).

A extensa pesquisa de Micale (1990a, 1990b, 1995, 2001, 2008) sobre a histeria masculina remonta o processo de reconhecimento inicial da ideia de uma histeria masculina através do deslocamento do centro anatômico da doença do útero para o cérebro, a mente ou o sistema nervoso. O historiador credita a Charles Lepois (1563-1633), médico pessoal de Henry II da França, a primeira menção à possibilidade de uma histeria em homens. No início do século XVII, Lepois afirma que “*Hysterica symptomata omnia fere viris cum mulieribus sunt communia*” – “Sintomas histéricos são quase todos comuns a homens e mulheres” (Micale, 1990a, 366). Trillat (1990), por sua vez, resgata o trabalho de Lepois, para defender a ideia de que, naquele contexto, localizar a origem cerebral da histeria seria a hipótese mais “econômica, simples, elegante e moderna” graças aos novos conhecimentos de neuroanatomia. Ainda que tivéssemos esperado três séculos para que o entendimento neurológico da histeria ganhasse corpo, no trabalho de Lepois, o útero (e a retenção do sangue menstrual) cede lugar ao conjunto do sistema nervoso como elementos determinantes da histeria: “A perturbação da alma, os medos e as alegrias provocam a histeria por contração e dilatação das membranas do cérebro” (Trillat, 1991, p.69).

Uma segunda parada nesse retorno histórico acontece no século XVII, em que os nomes de Thomas Willis (1621-1675) e Thomas Sydenham (1624-1689), médicos ingleses, ocupam também um lugar importante na historiografia da histeria masculina. Willis utilizou de evidências de autópsias para apontar que pacientes diagnosticados com histeria não

⁹² Do original: « [...] Vous verrez qu'un jour, tout compte fait, en raison de l'extension singulière que semble prendre l'hystérie mâle dans les classes inférieures de la société à mesure qu'on apprend à la mieux connaître, on en viendra à poser la question suivante : la névrose hystérique est-elle vraiment, comme on l'a cru, comme on l'a prétendu jusqu'ici, plus fréquente chez la femme que chez l'homme ? Toujours est-il que, quelle que soit la solution qui, dans l'avenir, sera donnée à cette question, nous voilà dès à présent amenés bien loin de l'idée que nos prédécesseurs des siècles passés se faisaient de l'hystérie, lorsqu'ils n'y voyaient qu'une « suffocation utérine ».

apresentavam anomalias uterinas. Defendeu a ideia de que a origem da doença estaria no cérebro e na medula espinhal, ao passo em rejeitava a ideia de que o útero se desprendia e se movia pelo abdômen do paciente provocando os sintomas. Do outro lado, Sydenham, conhecido como o “Hipócrates inglês”, sugeriu um modelo neuropsicológico, onde a histeria resultaria de uma distribuição irregular dos “espíritos animais”, desencadeada por emoções fortes como medo, raiva, amor ou luto. Para ele, a histeria possuía uma natureza “camaleônica”, sendo capaz de mimetizar diversas outras doenças. Nesse sentido, Trillat (1990) reconhece que a novidade de Sydenham teria sido apontar a histeria não como uma doença tal qual as outras, mas acima de todas as outras, justamente pelo seu talento particular de imitação. “Uma grande falácia”, uma doença que é e não o é, ao mesmo tempo. Micale (2008) destaca que ambos os médicos, nos anos de 1670 e 1680, criaram uma variante da histeria em homens: a histero-hipocondria. Não haveria nenhuma diferença sintomatológica entre as duas afecções (“distúrbios das vísceras abdominais com uma gama errática de sintomas mentais e físicos liberados para cima na cavidade corporal”); no entanto, o termo histeria seria mantido para o público feminino, enquanto a hipocondria seria utilizado para descrever os sintomas semelhantes em homens. Apesar dos esforços de Willis e Sydenham, o panorama descrito por Micale (2008) foi de permanência do discurso dominante sobre a histeria na Europa de uma impossibilidade (inclusive semântica) de existirem homens histéricos. Sobre esse ponto, Charcot (1889b) adverte que, se diante dos paralelos da sintomatologia histérica ainda houver resistência:

Receio muito que, neste assunto, a aparente estranheza do termo, quando aplicado ao homem, seja uma das causas que impedem os observadores de ver as coisas como elas são em sua realidade. Na verdade, porém, as palavras – especialmente em nosografia – não poderiam ser mais do que um símbolo; elas não podem pretender possuir a virtude de uma definição descritiva. Coloquem bem em vossas mentes – e não creio que seja necessário grande esforço para isso – que, em si, **a palavra histeria não significa nada; e, pouco a pouco, vocês se habituarão a falar de histeria no homem sem pensar, de modo algum, no 'útero'**⁹³ (Charcot, 1889b, p.36-7, tradução própria, grifo nosso).

A partir da segunda metade do século XIX, o reconhecimento das neuroses nos homens ganhou destaque próprio. Em 1859, Pierre Briquet (1796-1881) publicou o *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie* (Tratado clínico e terapêutico da Histeria) no qual, ao longo das 720 páginas, defende uma histeria cerebral, uma neurose do encéfalo. Melhor dizendo, “a histeria é

⁹³ Do original: « Je crains bien que dans cette affaire l'étrangeté apparente du terme hystérie, lorsqu'on l'applique à l'homme, ne soit une des causes qui empêchent les observateurs de voir les choses telles qu'elles sont dans leur réalité. En vérité cependant, les mots, surtout en nosographie, ne sauraient être qu'un symbole, ils ne peuvent pas prétendre à posséder la vertu d'une définition descriptive. Mettez-vous bien dans l'esprit – et il ne faut pas, je pense, grand effort pour cela – qu'en soi le mot hystérie ne signifie rien, et peu à peu vous vous habituerez à parler d'hystérie chez l'homme sans penser le moins du monde à « utérus ».

uma doença que consiste em uma neurose da parte do cérebro destinada a receber impressões e sentimentos afetivos⁹⁴” (Biquet, 1859 *apud* Micale, 2008, p. 94, tradução própria). Micale (1990a), ao resgatar passagens do *Tratado*, aponta para o fato de que Briquet não somente reconhece a resistência no campo médico à essa nova definição de histeria, como entende que o primeiro passo (óbvio) para a aceitação da histeria em homens seja retirar do útero a sede dessa doença. Se o útero continuasse a ser admitido como o local de origem da histeria, certamente os homens não poderiam ser considerados histéricos e os comentários médicos anteriores sobre a doença permaneceriam no terreno da inverdade ou da fantasia.

Os sintomas histéricos, no entendimento de Briquet (Micale, 2008), estariam presentes em indivíduos com certa “predominância afetiva” e causados pela interação entre idade, gênero, disposição emocional, histórico familiar, educação, doenças físicas anteriores e estresse psicológico a exemplo da morte de um cônjuge, da ansiedade com a saúde dos filhos ou do abuso físico conjugal. Haveria, portanto, uma conexão intensa entre experiências emocionais específicas e o aparecimento dos sintomas:

Se tomarmos qualquer sintoma histérico, encontraremos sempre seu modelo em um ato que constitui uma manifestação de emoção... Os fenômenos histéricos representam a manifestação mais ou menos perturbada... de sentimentos dolorosos, e de emoções e paixões que são tristes ou violentas⁹⁵ (Briquet, 1859 *apud* Micale, 2008, p.94, tradução própria).

O que se destaca da apresentação dos achados de Briquet para esse trabalho é a inauguração, em um texto médico no século XIX, de uma discussão sobre histeria em homens adultos. Ele discute com uma tradição médica corrente ao problematizar o fato de que, do ponto de vista da anatomia sexual, homens e mulheres possuem estruturas e funções análogas, não sendo possível determinar a existência da histeria por uma diferença biológica de gênero. Ele segue o argumento afirmando que: “é provável que, até o presente, as pessoas não vissem a histeria nos homens porque não queriam vê-la⁹⁶” (Briquet, 1859 *apud* Micale, 2008, p.96, tradução própria).

Os casos masculinos ocorreriam, segundo o médico francês, numa proporção de 1:20. No primeiro capítulo de seu *Tratado*, comentado por Micale (2008) apresenta sete casos de histeria masculina em que os sintomas foram desencadeados por vivências estritamente

⁹⁴ Do original: “(...) hysteria is an illness consisting of a neurosis of the part of the brain destined to receive affective impressions and feelings”.

⁹⁵ Do original: “If one takes any hysterical symptom, one will find always its model in an act that constitutes a manifestation of emotion...Hysterical phenomena represent the more or less troubled...manifestation of painful sentiments, and emotions and passions that are sad or violent”.

⁹⁶ Do original: “It is likely that up to the present people did not see hysteria in men because they did not want to see it”.

emocionais. Conforme Micale (2008, p. 97), são eles: 1) Ernest Langlois (29 anos, padeiro): sofreu um ataque de nervos com convulsões após uma briga violenta com uma ex-namorada; 2) Émile Laroche (29 anos, cozinheiro): começou a vomitar e perder a sensibilidade no lado esquerdo do corpo após a morte de um amigo próximo em uma epidemia de cólera; 3) Derue (18 anos, mecânico): desmaiou em um ataque histérico espontâneo após relação sexual; 4) Jean-Baptiste Tissier (39 anos, pintor de casas): experimentou convulsões e acessos de raiva após quase ser executado durante a revolução de 1848; 5) Leon Bongor (18 anos, aprendiz de tipógrafo): sofreu uma forte constrição na garganta e a sensação de uma bola subindo pelo corpo; 6) Rendanne (29 anos, pintor de casas): perdeu força muscular, audição e fala após ser pego por uma tempestade e 7) Grasson (25 anos, tipógrafo): sofreu ataques de nervos e perda de sensibilidade facial após revezes financeiros. Acerca do perfil dos casos, destaca-se que todos eles sofreram de um choque emocional intenso (luto, medo, conflitos interpessoais, estresse socioeconômico) que se converteu em sintomas como perda de sentidos (surdez, mudez e perda de sensibilidade/anestesia), manifestações motoras (convulsões, paralisias e perda de força) e elementos de histeria clássica como o *globus hystericus* (sensação de bola na garganta) no rapaz de 18 anos. Além disso, pertenciam a classe dos *petits métiers*, a massa de trabalhadores urbanos que povoavam a Paris do século XIX.

Na explanação sobre o *Tratado* de Briquet, Micale (2008) aponta para uma contradição importante em sua obra: apesar de ele ter se apresentado contra uma certa tradição médica, ele sexualiza o “cérebro emocional” ao qual ele atribui a causa da histeria. Ele estabelecia que, enquanto os homens possuiriam uma primazia intelectual natural, as mulheres seriam dotadas de uma sensibilidade moral e emocional superior – característica que ele definia como *impressionnable* (impressionabilidade). Para o autor, essa distinção era a base do distúrbio: a função feminina seria voltada ao sentir, o que tornava a histeria uma extensão quase natural da condição de ser mulher, enquanto ao homem caberia a esfera do agir. Além disso, Briquet sustentava que a transmissão da doença ocorria exclusivamente pela linhagem materna. O que se apresenta inicialmente como uma recusa biológica das diferenças de gênero, cede espaço à explicação de que as diferenças entre homens e mulheres dependeriam, por outro lado, do exercício de seus respectivos papéis sociais.

Micale (2008) ainda faz notar que no trabalho de Briquet, apesar da importância inicial dada ao tema, a histeria masculina praticamente desaparece das centenas de páginas subsequentes do *Tratado*. Essa ausência parece estratégica, especialmente quando o autor defende as identidades de gênero tradicionais ao discutir os perigos que tal diagnóstico representa para a estabilidade das instituições sociais. Segundo a lógica de Briquet, Micale

(*op.cit.*) argumenta que se um homem possuísse a mesma suscetibilidade emocional que uma mulher, ele se tornaria incapaz de exercer sua função social nata – a de ser o pilar de força e proteção. Portanto, a existência de um homem histérico não seria apenas um fato médico, mas um evento capaz de desestabilizar os alicerces da “ordem família burguesa”.

Sua posição institucional proeminente no *Hôpital de la Charité* conferiu ao *Tratado* uma autoridade científica imediata, resultando em uma recepção favorável pela crítica especializada e na sua subsequente eleição de Briquet para a Academia de Medicina em 1860. Contudo, a despeito desse reconhecimento inicial, o desenvolvimento ulterior do pensamento médico francês evidenciou uma resistência significativa dos principais alienistas⁹⁷ às teses briquerianas. Micale (2008) ressalta que Charcot foi uma das poucas exceções na medicina francesa que, na década de 1870, resgatou as ideias de Briquet para combater o ressurgimento de teorias que ligavam a histeria apenas à hipersexualidade feminina. A obra de Briquet serve a Charcot como ferramenta teórica contra a tradição do determinismo ginecológico, deslocando o debate para o campo da neurologia clínica sobre territórios que antes pertenciam à psiquiatria institucional ou à ginecologia, fortalecendo a autoridade de sua especialidade. Ainda que discordem em certo ponto – como na eficácia da compressão ovariana – Charcot destaca que o livro de Briquet apresenta algumas reticências com relação à histeria local (ou ovariana) e uma espécie de “sentimentalismo”:

Também vou indicar um procedimento que descobri, ou melhor, redescobri, e que permite interromper, em alguns pacientes, até mesmo os ataques histéricos mais intensos. Trata-se da compressão metódica da região ovariana. O Sr. Briquet nega a realidade dos efeitos dessa compressão. Não posso concordar com ele, o que me leva a apresentar uma observação geral sobre o livro do Sr. Briquet. **Este livro é excelente; é fruto de uma observação minuciosa, de um trabalho paciente, mas talvez tenha um ponto fraco: tudo o que diz respeito ao ovário e ao útero é tratado com uma disposição de espírito singular por parte de um médico.** É uma espécie de prudência, um sentimentalismo inexplicável. Parece que, em relação a essas questões, o autor é sempre dominado por uma única preocupação. “Ao querer relacionar tudo ao ovário e ao útero, diz ele, por exemplo, em algum lugar, transforma-se a histeria em uma doença de luxúria, uma afecção vergonhosa, capaz de tornar os histéricos objetos de repulsa e piedade”⁹⁸ (Charcot, 1872-73b, p. 266, tradução própria, grifo nosso).

⁹⁷ Um desses nomes é Louyer-Villermay que, em 1819, proferiu a célebre sentença: “If we demonstrate that a malady exists whose seat is the uterus, and that is quite distinct from any disorders of the male genital organs, will it not be obvious that this is an exclusively female ailment? Men, simply put, can’t be hysterical; they don’t have uteruses” – Se demonstrarmos que existe uma doença cuja origem é o útero e que é bastante distinta de qualquer distúrbio dos órgãos genitais masculinos, não será óbvio que se trata de uma doença exclusivamente feminina? Os homens, em termos simples, não podem ser histéricos; eles não têm útero (Micale, 2008, p.64).

⁹⁸ Do original : « Je vous indiquerai aussi un procédé que j’ai trouvé, ou plutôt retrouvé, et qui permet d’arrêter, chez quelques malades, les accès hystériques même les plus intenses. Il s’agit de la compression méthodique de la région ovarienne. M. Briquet nie la réalité des effets de cette compression. Je ne puis être de son avis, et ceci me conduit à vous présenter une remarque générale concernant le livre de M. Briquet. Ce livre est excellent ; c’est le

Em específico sobre a histeria masculina, Charcot menciona (erroneamente) a estatística apresentada por Briquet, ora sozinha (como visto na citação abaixo)

A proporção seria, aliás, segundo Briquet, de um homem para 200 mulheres. Esse número é, sem dúvida, um pouco exagerado. Seja como for, minha experiência me permite afirmar que a histeria pode se apresentar com bastante frequência nos homens, e que ela se manifesta com todos os caracteres normalmente observados nas mulheres⁹⁹ (Charcot, 1890b, p.89, tradução própria);

ora acompanhada de outros autores (visto na citação subsequente):

O tema da histeria masculina é um dos que os médicos têm abordado nos últimos anos: assim, não se contam menos de cinco dissertações inaugurais relativas a este tema específico apresentadas na Faculdade de Paris entre 1875 e 1880. **Já Briquet, em seu belo livro, havia antecipado que, para cada 20 mulheres histéricas que encontramos, pelo menos em Paris, há um homem afetado pela mesma doença. Este número, confesso, parece-me um pouco exagerado;** seja como for, o Sr. Klein¹⁰⁰, autor de uma das teses de que falava há pouco, e feita sob a inspiração do Sr. Ollivier, conseguiu reunir nos autores 77 observações de histeria masculina, às quais acrescentou três fatos pessoais, o que dá o número respeitável de 80; **daí se deve concluir, pelo menos, que, no homem, a histeria não é, realmente, uma afecção muito rara**¹⁰¹ (Charcot, 1890c, p.114, tradução própria).

Diante desse arco histórico – que se estende das primeiras proposições de Lepois até o modelo de “neurose cerebral” de Briquet – evidencia um movimento de desgenitalização da histeria, deslocando-a para o domínio da neurologia. Embora permeado por tensões no contexto médico francês, esse breve panorama ofereceu a base epistemológica sobre a qual Charcot pôde edificar sua própria doutrina. Após essa etapa de contextualização das raízes do diagnóstico de

fruit d'une observation minutieuse, d'un labeur patient, mais il a peut-être un côté faible : tout ce qui touche à l'ovaire et à l'utérus y est traité avec une disposition d'esprit singulière de la part d'un médecin. C'est une sorte de prudence, un sentimentalisme inexplicable. Il semble qu'à l'égard de ces questions, l'auteur soit toujours dominé par une seule préoccupation. « En voulant tout rapporter à l'ovaire et à l'utérus, dit-il, par exemple, quelque part, on fait de l'hystérie une maladie de lubricité, une affection honteuse, propre à rendre les hystériques des objets de dégoût et de pitié. »

⁹⁹ Do original : « La proportion serait, du reste, d'après Briquet, de 1 homme pour 200 femmes. Ce chiffre est, sans doute, un peu exagéré. Quoi qu'il en soit, mon expérience me permet d'affirmer que l'hystérie peut se présenter assez souvent chez l'homme, et qu'on l'y rencontre avec tous les caractères observés d'ordinaire chez la femme ».

¹⁰⁰ Em lição posterior, Charcot acrescenta a tese de Auguste Klein - *De l'hystérie chez l'homme* – defendida em 1880 como sendo um dos trabalhos que o teriam impressionado no campo da histeria masculina. A tese de Klein, comenta Micale (2008), consistia em analisar 78 casos de doenças nervosas, retirados da literatura médica europeia dos séculos XVI e XVII em que teriam sido casos mal diagnosticados de histeria masculina. Outros trabalhos mencionados são os de Émile Batault – *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme* – de 1883, Bourneville, Debove, Raymond, Dreyfus, do inglês Page e dos americanos Putnam e Walton.

¹⁰¹ Do original : « Ce sujet de l'hystérie mâle est un de ceux auxquels les médecins se sont attachés dans ces dernières années : ainsi on ne compte pas moins de cinq dissertations inaugurales relatives à ce sujet spécial présentées à la Faculté de Paris de 1875 à 1880. Déjà Briquet dans son beau livre avait avancé que pour 20 femmes hystériques on rencontre, à Paris du moins, un homme atteint de la même affection. Ce chiffre, je l'avoue, me paraît un peu fort ; toujours est-il que M. Klein, l'auteur d'une des thèses dont je parlais tout à l'heure, et faite sous l'inspiration de M. Ollivier, a pu recueillir dans les auteurs 77 observations d'hystérie mâle, auxquelles il a ajouté 3 faits personnels, ce qui donne le chiffre respectable de 80 ; d'où il faut conclure, tout au moins, que, chez l'homme, l'hystérie n'est pas vraiment une affection très rare ».

histeria masculina, a próxima subseção dedicar-se-á a analisar as características fundamentais da histeria masculina em Charcot, examinando as especificidades de sua sintomatologia, o papel determinante do trauma e a originalidade de sua abordagem com homens.

3.3.1 A histeria masculina em Jean Martin Charcot

Ao abordar a entrada de Charcot no estudo da histeria masculina, Micale (1990) parte da seguinte questão: por que, após quinze anos de atuação na Salpêtrière dedicados à medicina interna, geriátrica e neurológica, Charcot escolheria investigar um tema tão controverso quanto a histeria em homens? Segundo o autor, as razões podem ser agrupadas em quatro dimensões: pessoal, profissional, científica e cultural. Do ponto de vista pessoal combinado com a experiência clínica, Charcot passou a hipotetizar que homens e crianças também seriam suscetíveis aos mesmos distúrbios nervosos funcionais que as mulheres. Essas observações foram reforçadas pelos trabalhos de Briquet e Klein, citados anteriormente. Na dimensão profissional, conforme apontado previamente, o trabalho realizado a partir da década de 1880 representa uma “inflação nosográfica” através da qual outras populações entrariam no escopo diagnóstico da histeria. Com relação ao viés científico, Micale (1990) defende que Charcot realiza “uma manobra clássica na tradição racionalista francesa” ao conduzir uma discussão detalhada, imparcial e tecnicamente sofisticada sobre a histeria masculina. Apesar de não ter estado sozinho na condução desse projeto, Charcot adotou a estratégia que fez ruir, de certa forma, o monopólio dos ginecologistas e obstetras da autoridade sobre o assunto.

Micale (2001) aponta para o fato de que a defesa de Charcot pela existência de uma histeria masculina poderia se inserir em um claro projeto “intraprofissional” dirigido a uma espécie de “preocupação humanitária”. O século XIX foi testemunha de muitos escritos e propostas de tratamento sobre a histeria protagonizadas por alienistas, ginecologistas e cirurgiões. O campo de disputa estava montado e Charcot era um ótimo candidato na busca pela última palavra sobre a temática: ele havia organizado a Escola da Salpêtrière, contribuído para a fundação de revistas profissionais, transformou as instalações e a equipe do hospital e, graças às suas conexões políticas, obteve a criação da Cátedra das Doenças Nervosas. Durante o último terço da obra de Charcot, essa estrutura esteve à serviço do processo de neurologização da histeria e, por sua vez, a histeria masculina tornou-se ponto fundamental do desenvolvimento desse projeto.

Do ponto de vista da disputa com a ginecologia, Micale (1990a) destaca que a posição de Charcot poderia ser considerada humanitária, uma vez que “ao propor uma teoria da histeria

masculina, Charcot também buscava invalidar um modelo teórico do transtorno que havia conduzido a algumas das mais deploráveis práticas terapêuticas de sua época¹⁰² (Micale, 1990a, p.375, tradução própria). Charcot era contrário à prática generalizada na Alemanha, Grã-Bretanha e Estados Unidos de realizar cirurgias (histerectomias, clitoridectomias e ovariectomias unilaterais e bilaterais) para tratamento de mulheres diagnosticadas com doenças nervosas funcionais:

Ninguém jamais teria a idéia [sic] de retirar um fragmento histerógeno para curar uma histero-epilética. Portanto, eu jamais disse o que atribuíram a mim. **Não sou absolutamente favorável às práticas americanas** e lavo minhas mãos a esse respeito. Eu soube que haviam [sic] mulheres histéricas que eram ovarianas e homens histéricos que eram testiculares, mas nem todos os histéricos homens são testiculares e nem todas as histéricas são ovarianas. Eis a verdade. Eu nunca disse outra coisa; não tenho o hábito de sustentar coisas que não sejam experimentalmente demonstráveis (Charcot, 1999, p.170, grifo nosso).

No entanto, a empreitada salvacionista de Charcot, atravessada por importantes disputas epistemológicas, coaduna com a ideia de Briquet (apresentada anteriormente) de que a histeria masculina não somente tem uma base hereditária, mas uma hereditariedade materna: uma mãe histérica tem mais chances de gerar um filho histérico. Charcot (1890b), num primeiro texto, afirma que nas meninas, a histeria pode ser encontrada dos 10 aos 12 anos, enquanto nos meninos, as primeiras manifestações podem aparecer por volta dos 12-13 anos. Em segundo (Charcot, 1890d), adianta em alguns anos o aparecimento da histeria nos meninos (5 aos 14 anos), mas afirma que nos homens adultos ela é mais comum: “A histeria existe, portanto, no homem? A esta questão de saber se a histeria atinge também os indivíduos do sexo masculino, devemos responder afirmativamente, e podemos ainda acrescentar que o fato não é muito raro¹⁰³” (Charcot, 1890b, p. 89, tradução própria).

Com relação às analogias entre as modificações impressas pela histeria em homens e mulheres, Charcot (1890c) aponta que, tanto em homens quanto em mulheres, a histeria pode se apresentar como *hysteria major* ou em formas frustres. Ele destaca cinco pontos de atenção para o diagnóstico em ambos os sexos: 1) a hemianestesia sensorial e sensitiva (análise dos sentidos, com foco no estreitamento do campo visual); 2) a ovaria (na ausência de ovário no homem, os testículos pode exercer o mesmo papel durante o ataque); 3) na ausência da ovaria,

¹⁰² Do original: “By propounding a theory of hysteria in the male, Charcot was also attempting to undermine the theoretical model of the disorder which had led to some of the most deplorable therapeutic activities of his day”.

¹⁰³ Do original : « L'hystérie existe donc chez l'homme ? À cette question de savoir si l'hystérie atteint aussi les individus du sexe masculin, nous devons répondre affirmativement, et nous pouvons de plus ajouter que le fait n'est pas très rare ».

os pontos histerógenos também se apresentam no homem; 4) as fases do Grande Ataque Histerico e 5) a paraplegia ou a hemiplegia: paralisias que não obedecem regras anatômicas, sendo mais comuns que a contratura. Esses cinco elementos aparecerão, em alguma medida, nos casos de histeria masculina de origem traumática (ou não) apresentados nesta seção.

Nos escritos de Charcot sobre a histeria masculina (que somam mais de sessenta casos de homens adultos e adolescentes) inclui-se uma etiologia, uma sintomatologia e um programa de perspectivas terapêuticas. Podemos ver essa tríade, por exemplo, em um dos primeiros casos apresentados por ele. Trata-se de um jovem judeu russo de 13 anos que procurou o ambulatório, acompanhando do pai, em busca de uma cura que não havia encontrado em seu país de origem (Goetz, Gelfand e Bonduelle, 1995; Gauchet e Swain, 1997). Na lição de Junho de 1882, intitulada *Hystérie chez les jeunes garçons*, Charcot (1890b) justifica sua presença nessa aula por conta das circunstâncias em que a doença se desenvolveu. Além disso, a justificativa geográfica (tratava-se de um estrangeiro), o fato de os estigmas do adolescente ilustrarem a “pequena histeria” e a idade (13 anos) são apresentados como elementos para a escolha de seguir com a apresentação deste caso.

O menino é descrito como inteligente, porém pálido e de aparência frágil. O jovem sofria de fortes dores de cabeça há cerca de cinco meses que se agravavam para ataques convulsivos diários (o que, nas palavras de Charcot, já poderia se presumir a histeria) por volta das 17h. O menino apresentava alguns estigmas histericos importantes. Nos períodos entre as crises, no lado direito do corpo, apresentava hemianalgesia (perda de sensibilidade à dor), enfraquecimento do paladar, do olfato e da audição, além de um estreitamento do campo visual e, desse lado, é capaz de distinguir somente o vermelho. No início do ataque (a fase *aura*), a dor de cabeça aumenta, seguida de zumbidos no ouvido. Ele não tem *globus hystericus* (globo histerico), mas uma sensação de aperto no peito. Interrompido o ataque com o uso de clorofórmio, observa-se a seguinte cena:

Deixado por si mesmo, ele deita-se sobre o lado esquerdo, com a cabeça sobre uma pequena almofada que nunca o deixa, soluça e encolhe-se sobre si mesmo. Os membros inferiores e superiores ficam flexionados, ele esconde a cabeça entre as mãos e coloca-se em uma espécie de emprostotono; ele pode ser erguido como se fosse uma peça única. Isso dura de três a quatro minutos, então os membros relaxam, os olhos se enchem de lágrimas e tudo termina; sem risos, sem prantos, sem delírio¹⁰⁴ (Charcot, 1890b, p. 94-5, tradução própria).

¹⁰⁴ Do original : « Abandonné à lui-même, il se couche sur le côté gauche, la tête sur un petit coussin qui ne le quitte jamais, sanglote et se replie sur lui-même. Les membres inférieurs et supérieurs sont fléchis, il se cache la tête dans les mains, et se met dans une sorte d'emprostotonos ; il peut être soulevé tout d'une pièce. Cela dure trois à quatre minutes, puis les membres se détendent, les yeux se mouillent de larmes, et tout est fini ; pas de rire, pas de pleurs, pas de délire ».

Um dos elementos que chamam a atenção no diagnóstico diferencial operado por Charcot é a atitude desempenhada pelo pai quando se aproxima a hora do ataque: o pai ajusta o relógio e, por volta do horário previsto para a crise, interroga o filho sobre o que está sentido. Apesar de elogiar a atitude respeitável e preocupada do pai, Charcot afirma que essa atitude, sem dúvida, contribuiria para manter a regularidade das crises. Após descartar a existência de qualquer lesão orgânica intracraniana, Charcot estabelece o diagnóstico de histeria (justificado pelos estigmas e pela natureza cíclica das crises) e um prognóstico favorável ao adolescente. A prescrição, composta por “reconstituintes” (farmacológicos e dietéticos) e eletricidade estática e hidroterapia, também previa o isolamento “para retirar a criança da solitudine paterna, a qual não faz senão provocar a exaltação do estado nervoso ou, ao menos, [exigir] da parte do pai uma postura mais reservada e mais firme¹⁰⁵” (Charcot, 1890b, p. 95, tradução própria). O tratamento de início não foi bem-sucedido, uma vez que, alerta Charcot, o pai não aceitou o isolamento prescrito e, aguardava, todos os dias, no mesmo horário, o ataque ocorrer. A equipe médica conseguiu convencer o pai de que o filho precisava de um isolamento real para que o tratamento se desse de forma completa: ao fim de quatro ou cinco dias, os ataques já estavam menos regulares e menos fortes e, um mês depois do início do tratamento efetivo, o menino apresentava apenas vestígios de baixa visão.

Naquele mesmo ano, em artigo (de duas partes) publicado na *Le progrès médical*, de Dezembro de 1882, Charcot escreve sobre a histeria entre adolescentes do sexo masculino – Micalé (2008) aponta essa como sendo a primeira publicação de Charcot sobre o assunto, sendo a última, uma aula de 1893 sobre “sonambulismo histérico”. A aula intitulada *De l’hystérie chez les jeunes garçons* (Charcot, 1890b) tem no seu sumário os seguintes temas: contratura histérica, ambliopia, zonas histerogênicas, fases do ataque de histeroepilepsia, histeria em meninos (ataque e fenômenos permanentes) e importância do isolamento no tratamento. A primeira metade da aula dedica-se a atualização do caso de duas mulheres histéricas (que já teriam aparecido em outras lições) acerca do abrandamento das contraturas, da relação entre a hemianestesia (a perda de sensibilidade de um lado do corpo) e o estreitamento do campo visual (uma espécie de ambliopia ou “olho preguiçoso”). Charcot, ainda nos apontamentos preliminares, toma um momento para definir e descrever as zonas histerogênicas de uma paciente: “São regiões do corpo mais ou menos circunscritas, ao nível das quais a pressão ou o simples friccionamento determina, mais ou menos rapidamente, o fenômeno da aura, ao qual

¹⁰⁵ Do original: « [...] l'isolement, pour soustraire l'enfant à la sollicitude paternelle, laquelle ne fait que provoquer l'exaltation de l'état nerveux, ou, du moins, de la part du père, un maintien plus réservé et plus ferme ».

sucedem, por vezes, se se insistir, o ataque histérico”¹⁰⁶ (Charcot, 1890b, p. 88, tradução própria) com a justificativa de que esse conceito retornará ainda nesse lição.

Um dos casos discutidos nessa aula é o do jovem judeu russo apresentado anteriormente. O caso complementar é de um jovem de 17 anos, de Moscou, que também acessou o Serviço de Charcot através do ambulatório no ano anterior. Trata-se de um adolescente magro e alto, descrito como “exaltado”, com inclinações artísticas (escreve versos, ama música e gosta de ler romances). Há menção a um “tio melancólico”, sugerindo uma carga hereditária da instabilidade nervosa. Mesmo fora das crises, o paciente apresentava sintomas permanentes (estigmas) como uma hemianalgesia esquerda (perda da sensibilidade à dor na metade esquerda do corpo) e uma zona histerogênica na região esternocostal que poderia ser capaz de desencadear o ataque. O período da *aura* é marcado por tristeza, batimento das têmporas e pelo *globus hystericus* (globo histérico). Com relação às crises, elas ocorriam diariamente por volta das 17h e seguiam as fases da Grande Histeria:

Sejam eles espontâneos ou provocados, os ataques são constituídos por um **período epileptoide**, mais marcado em uma metade do corpo, com **convulsões tônicas e clônicas** predominantes à esquerda; ele perde o conhecimento, mas não morde a língua. Depois disso, seu corpo coloca-se em **arco de círculo** com convexidade abdominal [opistótono]. Numa terceira fase, ele põe-se a caminhar de olhos abertos, soltando um **grito de pavor (ele vê sua mãe morta)**. Ao fim do ataque, **risos, prantos, bocejos**; ele pede para beber [água], treme, diz que tem frio etc.¹⁰⁷ (Charcot, 1890b, p.90, tradução própria, grifos nossos).

A hemianalgesia, o ponto histerogênico e as características do ataque foram suficientes para Charcot estabelecer o diagnóstico de histeria. Com relação ao tratamento, este baseou-se em tônicos, na hidroterapia e em uma “mudança na higiene intelectual” do jovem.

Charcot também menciona, nessa mesma lição, dois outros casos envolvendo jovens de 13 anos que, embora não tenham sido atendidos diretamente por ele, permitem vislumbrar igualmente manifestações da *hysteria major*. O médico francês foi testemunha do atendimento do primeiro deles, cujo diagnóstico diferencial buscava a distinção entre a epilepsia verdadeira ou como consequência de um tumor cerebral. Esse menino em questão é descrito como tendo

¹⁰⁶ Do original: « Ce sont des régions du corps plus ou moins circonscrites, au niveau desquelles la pression ou le simple frottement détermine, plus ou moins rapidement, le phénomène de l'aura, auquel succède quelquefois, si l'on insiste, l'attaque hystérique » .

¹⁰⁷ Do original: « Qu'elles soient spontanées ou provoquées, les attaques sont constituées par une période épileptoïde, plus marquée dans une moitié du corps, avec convulsions toniques et cloniques prédominantes à gauche ; il perd connaissance, mais ne se mord pas la langue. Après quoi son corps se place en arc de cercle à convexité abdominale. Dans une troisième phase, il se met à marcher les yeux ouverts, poussant un cri de frayeur (il voit sa mère morte). À la fin de l'attaque, rires, pleurs, bâillements ; il demande à boire, tremble, dit qu'il a froid, etc » .

um “ar afeminado” e preferência por brinquedos comumente associados a meninas. Ele apresentava ataques que começavam com movimentos epileptiformes, seguidos por grandes contorções e a clássica postura em arco de círculo. Charcot identificou, em uma das crises, um ponto histerogênico no flanco esquerdo – a pressão física sobre este ponto era capaz de interromper instantaneamente os movimentos convulsivos. Fora das crises, o menino apresentava uma sensibilidade exagerada (hemi-hiperestesia) no lado esquerdo do corpo. O tratamento baseou-se em tônicos, hidroterapia e, crucialmente, no isolamento (afastamento dos pais que, segundo Charcot, o mimavam excessivamente). O jovem foi curado em três meses. Ele faleceu três anos depois por complicações decorrente de uma infecção bacteriana, mas sem nunca ter tido recaída dos seus sintomas nervosos.

O segundo caso desse grupo é resgatado de *Bicêtre* através de Bourneville e d'Ollier. Trata-se igualmente de um rapaz de 13 anos, inteligente e dócil, com uma carga hereditária importante (família com histórico de epilepsia e outros transtornos). Fora das crises, apresentava como estigmas a perda de sensibilidade no lado esquerdo (hemianestesia), visão reduzida (ambliopia) e três zonas histerogênicas (topo da cabeça, região próxima ao osso do quadril e a região lombar). O ponto da cabeça é o mais sensível sendo, inclusive, utilizado pelos companheiros de hospital do menino para dar início a um ataque. A crise, por sua vez, seguia as fases rigorosas da Grande Histeria (à exceção do delírio final): período epileptoide, período de grandes movimentos com arco de círculo e atitudes passionais com gritos violentos. Entre Novembro de 1879 e Dezembro de 1880, segundo Charcot (1890b), o menino experienciou 582 ataques sem o desenvolvimento da epilepsia verdadeira ou algum declínio intelectual.

Apesar de Trillat (1991) apontar que, na Salpêtrière, os termos “histeria masculina” e “histeria traumática” eram utilizados como sinônimos, os quatro casos de adolescentes histéricos analisados ainda se conectam com um modelo de uma neurose local, cuja definição Charcot toma emprestado da histeria ovariana. À época do início das observações sobre histeria masculina, o modelo da histero-epilepsia já se encontrava em crise (Gauchet e Swain, 1997) pela destituição do ovário como elemento central na etiologia da histeria. A teoria ovariana sofreria três golpes: a extensão das zonas histerógenas a outras áreas do corpo (sendo o ovário uma entre outras), ampliam-se as formas de desencadeamento das crises através da compressão dessas zonas sensíveis com o uso de metais e imãs e, por fim, a existência da hipnose e a excitabilidade neuromuscular. Esse último movimento serve, dentro do *corpus charcotiano*, a uma “psiquização da histeria”:

O que desencadeia a hiperexcitabilidade localizada que são os sintomas “permanentes” (paralisias, contraturas etc.), ou a hiperexcitabilidade

generalizada que são as crises convulsivas, é um choque, mas não um trauma localizado agindo mecanicamente do exterior sobre o interior em um ponto preciso. É um **traumatismo psíquico, isto é, a ideia, a representação da coisa elaborada “mentalmente” que desencadeia os fenômenos histéricos**¹⁰⁸ (Gauchet e Swain, 1997, p. 80, tradução própria, grifo nosso).

Os autores alertam que falar em psiquismo com Charcot é permanecer no registro do organicismo (da anatomia e da fisiologia). Do ponto de vista material (e não psicológico), o psiquismo poderia ser entendido, nesse sentido, como um funcionamento cerebral sofisticado. Tratar-se-ia de uma psicologia fisiológica que reconhece a natureza material das lesões. Gauchet e Swain (1997) consideram a virilização da histeria como consequência primeira desse processo de psiquização. Nesse sentido, seria graças ao reconhecimento primeiro do traumatismo na etiologia da histeria que o atendimento aos homens pavimentará a transição do modelo do ovário para o modelo do trauma. De qualquer sorte, tenha a histeria masculina operado uma mudança epistemológica na histeria pela natureza dos casos atendidos na Policlínica, seja ela entendida como uma consequência direta de um revisionismo da teoria ovarina nos anos anteriores, o ponto nevralgico é que a histeria masculina ocupa um lugar fundamental no desenvolvimento da doutrina de Charcot; o modelo da epilepsia cede espaço e paralisias, contraturas, monoplegias, agora, poderão ser classificadas como histero-traumáticas.

3.4 Os trabalhadores urbanos e a histeria traumática

Os estudos com a população masculina (re)definem a histeria como uma doença funcional do sistema nervoso que afetava ambos os sexos, cuja combinação entre uma predisposição hereditária e um evento externo (um *agent provocateur*) poderia gerar os sintomas histéricos. Nessa subseção, abordaremos alguns casos de histeria masculina de origem traumática buscando analisar, a partir da sintomatologia descrita por Charcot, a localidade do trauma. Para Micale (2001), “o trauma não era a causa principal ou originária dos distúrbios nervosos; em vez disso, ele operava secundariamente, como o mecanismo de gatilho de uma enfermidade de base hereditária¹⁰⁹” (p.119, tradução própria).

¹⁰⁸ Do original: « Ce qui déclenche l'hyperexcitabilité localisée que sont les symptômes « permanents » (paralysies, contractures, etc.), ou l'hyperexcitabilité généralisée que sont les crises convulsives, c'est un choc, mais non plus un traumatisme localisé agissant mécaniquement du dehors sur le dedans en un point précis. C'est un traumatisme psychique, c'est-à-dire l'idée, la représentation de la chose élaborée « mentalement » qui déclenche les phénomènes hystériques ».

¹⁰⁹ Do original: “(...) trauma was not a principal, originating cause of the nervous disorders; rather, it operated secondarily, as the triggering mechanism of a hereditarily grounded malady”.

Resgatamos Micale (2001) para marcar, brevemente, os elementos do contexto francês que possibilitou a emergência do diagnóstico de histeria traumática. Para ele, as ideias de Charcot (de que haveria uma espécie de perturbação nervosa fora de uma lesão traumática, mas que, ainda assim, poderia provocar sintomas histéricos) se conectavam com as mudanças sociais e políticas produzidas pela entrada da França na modernidade. A linguagem do *corpus* charcotiano ajudava a descrever as viagens modernas, o local de trabalho moderno e o estado de bem-estar social moderno. Os processos de industrialização, urbanização e democratização foram marcas do final do século XIX. O crescimento das cidades trouxe para as áreas urbanas uma série de problemas sociais novos dos quais, até então, não se tinha conhecimento: o crime, o alcoolismo, a prostituição, a homossexualidade, a tuberculose e as doenças venéreas proliferavam nas novas cidades. Além disso, movimentos sociais (feminismo e sindicalismo) também começaram a povoar o clima urbano. Nesse contexto, o “trauma”, segundo o historiador, surge como uma ferramenta narrativa para dar sentido a uma realidade que se tornava incompreensível, ameaçadora e incontrolável para a população da época. Emerge, portanto, uma histeria moderna: “Onde a histeria vai se esconder? Mostrei-lhes com frequência, nos últimos tempos, na classe operária, entre os artesãos manuais, e lhes disse que era preciso buscá-la ainda sob os trapos, entre os desajustados, os mendigos, os vagabundos; nos depósitos de mendicidade, nos penitenciários, talvez nas galés!¹¹⁰” (Charcot, 1889d, p.393 , tradução própria).

Com relação ao perfil dos homens diagnosticados com histeria traumática, “observam-se em grande escala entre os proletários, os artesãos menos favorecidos pela sorte, aqueles que mal conhecem outra coisa senão o labor físico¹¹¹” (Charcot, 1889c, p. 256, tradução própria). Eram, em sua maioria, pertencentes a classe dos *petits métiers*, trabalhadores urbanos, informais. A discussão de Charcot segue com a argumentação de que a constituição psíquica dos homens acometidos pela histeria é a mesma dos demais. A “*l'hérédité nerveuse*” exerce sua força na classe operária como em qualquer outra e seria preciso combater uma espécie de preconceito com o entendimento de que a histeria masculina estaria restrita a homens de classes privilegiadas. Ainda sobre esse preconceito, Charcot (1890c) faz notar a ampliação do escopo da histeria, incorporando essa patologia traumática ao modelo existente. Seria preciso

¹¹⁰ Do original : « Où l'hystérie va-t-elle se nicher ? Je vous l'ai montrée bien souvent, dans ces derniers temps dans la classe ouvrière, chez les artisans manuels, et je vous ai dit qu'il fallait la chercher encore sous les haillons, chez les déclassés, les mendiants, les vagabonds ; dans les dépôts de mendicité, les pénitenciers, les bagnes peut-être ».

¹¹¹ Do original : « [...] s'observent sur une grande échelle chez les prolétaires, les artisans les moins favorisés par le sort, ceux qui ne connaissent guère que le labeur physique » .

confrontar certas proposições que a fariam restrita a mulheres e, no caso da histeria masculina, direcionada a “homens fracos” ou “afeminados”.

Admite-se que um jovem afeminado possa, após excessos, tristezas e emoções profundas, apresentar alguns fenômenos histéricos; mas que um artesão vigoroso, sólido, não afetado pela cultura [ou] **um maquinista de locomotiva**, por exemplo, nada emotivo anteriormente, pelo menos na aparência, **possa, após um acidente de trem, uma colisão, um descarrilamento, tornar-se histérico, da mesma forma que uma mulher, isso, ao que parece, ultrapassa a imaginação**¹¹² (Charcot, 1890d, p.256, grifo nosso, tradução própria).

Os casos apresentados por Charcot (e.g., 1890b, 1890c e 1890e) seguem um esquema didático com tópicos específicos para análise: antecedentes hereditários (com foco nas doenças nervosas), antecedentes pessoais (eventos marcantes da vida do paciente), características do ataque histérico e do estado mental do sujeito, bem como os tratamentos utilizados e o prognóstico. E, em sua maioria, referem-se a homens “vigorosos”, “robustos” e “musculosos” – maquinistas, chefes de trem, operários, vítimas de acidentes ferroviários ou de outros acidentes que sofreram algum choque ou abalo intenso – que tinham o trauma como elemento constitutivo fundamental de sua história clínica:

E, outro ponto a destacar, **esses homens adultos atormentados pela neurose histérica nem sempre apresentam**, longe disso, **características femininas**; são, pelo menos em muitos casos, homens robustos, apresentando todos os atributos do sexo masculino. Militares, artesãos, casados e pais de família, homens, em suma, nos quais seria surpreendente, se não se estivesse prevenido, encontrar uma afeição considerada por muitos como exclusivamente própria da mulher¹¹³ (Charcot, 1890c, p.115, grifo nosso, tradução própria).

Proferida na primavera de 1885 a aula intitulada *À propos de six cas d'hystérie chez l'homme* (Sobre Seis Casos de Histeria em Homens) é emblemática para o estabelecimento da relação entre histeria e trauma, das diferenças e semelhanças entre histeria nos homens e histeria nas mulheres, além de afirmar a existência da regularidade e da identidade da neurose histérica em ambos os sexos. Os seis pacientes (com idades entre 16 e 44 anos) adoeceram após acidentes ou violência nos quais escaparam sem ferimentos físicos graves. De forma geral, trata-se de 1) Rig..., 44 anos, vendedor cujo trauma tem origem em dois acidentes distintos: um corte no dedo

¹¹² Do original : « On concède qu'un jeune homme efféminé puisse après des excès, des chagrins, des émotions profondes, présenter quelques phénomènes hystériques ; mais qu'un artisan vigoureux, solide, non énérvé par la culture, un chauffeur de locomotive par exemple, nullement émotif auparavant, du moins en apparence, puisse, à la suite d'un accident de train, d'une collision, d'un déraillement, devenir hystérique, au même titre qu'une femme, voilà, paraît-il, qui dépasse l'imagination ».

¹¹³ Do original : « Et, autre point à relever, ces hommes adultes en proie à la névrose hystérique ne présentent pas toujours, tant s'en faut, les caractères du féminisme ; ce sont, au moins dans un bon nombre de cas, des hommes robustes, présentant tous les attributs du sexe mâle, des militaires, des artisans mariés et pères de famille, des hommes, en un mot, chez lesquels on pourrait s'étonner, si on n'était point prévenu, de rencontrer une affection considérée par beaucoup comme exclusivement propre à la femme ».

com uma navalha e quase ser esmagado por um barril de vinho durante o transporte do objeto; 2) Gil..., 32 anos, escultor cujo trauma advém de uma agressão noturna por dois jovens em que levou uma facada (de leve) na testa; 3) Gui..., 27 anos, serralheiro, também vítima de um ataque noturno no qual uma faca penetra seu olho esquerdo (que foi removido cirurgicamente) e queda do terceiro andar de uma casa ao trabalhar na construção de uma varanda; 4) Mar..., 16 anos, aprendiz de padeiro, foi atacado por dois meninos na rua; 5) Ly..., 22 anos, pedreiro cujo trauma se relacionava ao medo de ser atingido por uma pedra: ao tentar defender o filho de seu padrão, fora ameaçado por este com uma pedra que quase o acertou; 6) Pin..., 18 anos, aprendiz de pedreiro cujo trauma está relacionado a uma queda de uma varanda de aproximadamente 2 metros de altura (Charcot, 1890d).

Apesar de já ter apresentado casos masculinos anos antes, Gelfand (2024) aponta que a animação de Charcot demonstrada nessa aula pela chegada “por acaso” de pacientes no ambulatório é um tanto dissimulada, uma vez que a Policlínica, há alguns anos, já recebia esse perfil de pacientes transferidos de outros hospitais de Paris ou vindos do interior da França (ou de outros países, como os jovens judeus russos da subseção anterior).

O texto charcotiano (Charcot, 1890d) se inicia com uma importante contextualização acerca das publicações sobre histeria masculina, não somente por Charcot e seus alunos, mas também por colegas ingleses, alemães e americanos; estes, com foco em traumatismos e acidentes ferroviários.

Trillat (1991) afirma que, no século XIX, a existência de uma patologia ligada a colisões e descarrilhamento de trens já era algo conhecido na Inglaterra. Os médicos ingleses, segundo ele, apresentavam uma distinção diagnóstica importante entre os *shocks* traumáticos (os traumatismos que causavam algum dano corporal como fraturas, contusões etc.) e os *shocks* nervosos descritos como um “traumatismo mínimo”, essencialmente emocionais e sem danos corporais. Nesse sentido, Trillat (1991) e Micale (2001) retomam o trabalho do médico inglês John Erichsen publicado em 1866 em que ele relata uma série de casos de perturbações nervosas ocasionadas por acidentes em estradas de ferro. Haveria uma espécie de inflamação na medula espinhal que ficou conhecida como “*Railway-spine*”. Aponta Micale (2001) que Erichsen reúne em seu livro *On Railway and Other Injuries of Nervous System* reúne os sintomas pós-traumáticos num único diagnóstico e numa única etiologia. Ainda no contexto inglês, em 1885, Herbert Page, médico consultor das empresas ferroviárias *London and Western Railway Companies*, publicou uma monografia sobre lesões ferroviárias em que analisa 150 casos de sujeitos supostamente traumatizados pelos acidentes. Page identifica os sintomas desses sujeitos como aqueles presentes nos neurastênicos e nos histéricos, eximindo a empresa de

qualquer responsabilidade no aparecimento dos sintomas. O acidente somente revelaria os sintomas presentes nos sujeitos com alguma predisposição hereditária. A *Railway-spine* dá lugar, no modelo de Page, ao *Railway-brain*. Sobre a posição de Charcot (1890c) acerca dos trabalhos dos ingleses, ele afirma que os casos de Erichsen (da *Railway-spine*) se constituiriam simplesmente como manifestações histéricas e que, não deveriam, desta feita, constituir uma classe separada de doenças nervosas. O movimento seguinte de Charcot, destaca Micalé (*op.cit.*) foi de apropriação da ideia inglesa de *Railway-spine*, designada para uma causa e integrá-la num diagnóstico mais antigo e dominante na medicina francesa e do qual ele era um dos maiores representantes.

Integrando o modelo inglês à sintomatologia da histeria, Charcot espera que ela seja uma doença digna de estudos pelo médico-legista, uma vez que as ações no tribunal tem reforçado o preconceito intrínseco à palavra histeria. Diante disso,

As vítimas de acidentes ferroviários naturalmente pedem indenização às empresas. Milhares de dólares estão em jogo. Mas, repito, muitas vezes **é a histeria que está em jogo**. Esses estados nervosos, graves e persistentes, que se apresentam após “colisões” desse tipo e que impossibilitam as vítimas de ir ao trabalho ou dedicar-se às suas ocupações durante períodos de vários meses ou mesmo vários anos, **são, muitas vezes, apenas histeria, nada mais que histeria**¹¹⁴ (Charcot, 1890d, p.254-55, tradução própria, grifo nosso).

De forma análoga, Trillat (1991) menciona os trabalhos dos alemães Oppenheim e Thomson, que igualmente tratam das perturbações ocorridas entre os ferroviários, mas rejeitam o rótulo da histeria e objetivam fazer uma “neurose traumática” um diagnóstico a parte. Ao recuperar o panorama dos dois pensadores, Trillat (*op.cit.*) afirma que apesar dos sintomas (anestésias, paresias, paralisias) assemelharem-se aos sintomas histéricos, o estado mental era distinto. Além disso, o autor argumenta que não havia uma preocupação alemã com a originalidade de um diagnóstico, mas um desejo de impedir que as vítimas dos acidentes ferroviários carregassem o estigma da histeria, considerado certamente inadequado pelas companhias de seguro. Charcot (1890d), ao analisar a resistência de seus contemporâneos alemães – Oppenheim e Thomson – em diagnosticar a histeria em homens acidentados, ele argumenta que a tenacidade da anestesia e o estado melancólico – longe de apontarem para uma

¹¹⁴ Do original: « Les victimes des accidents de chemin de fer demandent tout naturellement des dommages-intérêts aux Compagnies. On plaide : des milliers de dollars sont dans la balance. Or, je le répète, souvent c'est l'hystérie qui est en jeu. Ces états nerveux, graves et tenaces, qui se présentent à la suite des « collisions » de ce genre et qui mettent les victimes dans l'impossibilité de se rendre à leur travail ou de se livrer à leurs occupations pendant des périodes de plusieurs mois ou même de plusieurs années, ne sont, souvent, que de l'hystérie ».

nova patologia – são, na verdade, marcas distintas da histeria masculina, desafiando o estereótipo da mobilidade sintomática feminina.

Ainda sobre a sintomatologia da histeria masculina, de maneira geral, a histeria masculina é semelhante à sua contrapartida feminina, a exceção da presença de um humor melancólico mais acentuado nos homens e da possibilidade de os sintomas serem mais persistentes. Charcot (1890d) associa o diagnóstico em homens a um preconceito clínico: a ideia de que a doença é definida pela instabilidade e mutabilidade dos sintomas. Enquanto a histeria feminina é estereotipada como fugaz, móvel, cujo curso da doença costuma apresentar reviravoltas, no homem ela se manifesta com sintomas tenazes e permanentes. O autor ressalta, contudo, que essa rigidez sintomática não é exclusiva do sexo masculino, ocorrendo também em muitos casos femininos. Charcot (1890d) critica a medicina da época pois, ao observar sintomas duradouros e resistentes a tratamentos, tendia a classificar tais quadros como lesões orgânicas focais ou novas doenças desconhecidas, ignorando a tenacidade dos sintomas histéricos. A incompreensão dessa permanência levaria médicos a diagnosticarem erroneamente lesões orgânicas (como tumores ou paraplegias espinais) onde existiria apenas uma patologia dinâmica.

Acerca do grupo de sintomas apresentados na histeria masculina, Micalé (2001) divide-os em três grandes categorias: 1) disfunções sensoriais e motoras que afetavam as extremidades do corpo manifestando-se por meio de paralisias, contraturas diversas e alterações na sensibilidade, como anestésias ou hiperestésias; 2) no âmbito sistêmico, encontravam-se exaustão, cefaleias, dores dorsais e torácicas, além de palpitações, arritmias, constipação, vertigens, episódios de síncope e tremores nas mãos e nas pernas; 3) o aspecto psicológico e cognitivo, marcado por estados depressivos, melancólicos, fobias, desorientação e uma redução perceptível da acuidade intelectual, frequentemente acompanhados por distúrbios do sono, como insônia e pesadelos recorrentes. O quadro clínico da histeria nos pacientes do sexo masculino de Charcot era caracterizado mais comumente por estigmas sensoriais (anestésias e hiperestésias ou exageros da sensibilidade ao toque, temperatura e eletricidade) – dos 48 dos 61 pacientes do sexo masculino de Charcot (79% do total) apresentavam sintomas desse tipo. A evolução dessas manifestações era caracterizada por uma instabilidade temporal notável: em certos sujeitos, os sintomas apresentavam uma remissão repentina em poucas horas; enquanto em outros, adquiriam um caráter crônico que perdurava por meses ou até anos.

Com relação a menção a “militares” dentro das análises sobre histeria traumática, Charcot atendeu alguns casos de soldados com experiência em combate. A aula de 28 de Maio de 1889 intitulada *Accidents nerveux provoqués par la foudre* (Acidentes nervosos provocados por raio) contém um diálogo pormenorizado entre Charcot e o paciente, além do histórico familiar do doente e uma descrição de sua sintomatologia e do processo de remissão dos sintomas. O que chama atenção nesse caso, para Charcot, é a busca das características clínicas das paralisias desenvolvidas por pacientes atingidos por um raio; se casos de paralisias traumáticas ou de outra natureza. Trata-se de D...cy, homem de 45 anos, cobrador (*garçon de recette*) de uma papelaria que havia sido admitido na Salpêtrière no dia 22 de Maio (6 dias antes da aula). Seguindo o mesmo esquema de casos anteriormente analisados, Charcot (1889e) resgata os antecedentes familiares do paciente: pelo lado paterno, um dos tios era violento ao extremo; do lado materno, uma tia bastante “impressionável”, cujo corpo tremia diante de qualquer emoção. Com relação à história pessoal, D...cy nasceu na Martinica, onde passou os primeiros anos de sua infância até se mudar com a família para Lyon, onde seu pai assumira um posto como oficial de infantaria. Aos 18 anos, se desentende com um professor e é expulso da escola. Por ordens do pai, alista-se ao exército e dali lutou na Guerra do México, na Guerra Franco-Prussiana e na Comuna de Paris, sendo ferido neste último por estilhaço de granada na perna esquerda. Do ponto de vista do diagnóstico para descartar uma outra causa que não a traumática, Charcot marca que o paciente não era sifilítico ou alcoólatra.

Após a guerra, D...cy navegou por muito tempo como mestre timoneiro e, há um ano, havia abandonado a marinha e começado a trabalhar na papelaria. Charcot (1889e) atribuiu ao cansaço das cobranças do final do ano o estado de esgotamento em que o paciente se encontrava. Seu estado mental era caracterizado por depressão, tristeza, melancolia e uma preocupação excessiva com a própria saúde. Também apresentava, do ponto de vista motor, perda de energia, fadiga rápida ao menor esforço, fraqueza nas pernas (que o faziam tropeçar ao caminhar) e dificuldade em subir escadas. Além de um inchaço abdominal e sensação de queimação no estômago; sonolência incontável após as refeições e uma sensação de peso na cabeça, como se a dor formasse um capacete em torno dela. Charcot (1889e) enfatiza que, embora o paciente fosse historicamente resistente, ele estava em um estado de “oportunidade mórbida” (extrema fragilidade nervosa) quando foi atingido pelo raio semanas antes da internação na Salpêtrière. O diagnóstico diferencial buscará apontar que se trata de um caso de histeria e não de paralisias por fulguração (lesões corporais causadas por raios). De pronto, Charcot discute se o paciente

realmente foi “tocado” pela eletricidade ou se a paralisia é fruto do terror. Não há queimaduras na pele ou rasgos nas roupas do paciente, mas isso, por si só, não descarta o raio, pois haveria registros de pessoas que morreram fulminadas sem uma única marca visível.

No relato, o paciente insiste que foi atingindo por um raio e que, não somente viu uma “bola de fogo brilhante” como ouviu um som híbrido entre um tiro de canhão e o barulho de “milhares de pratos quebrados”. O paciente sente como se tivesse recebido um golpe violento na perna esquerda e perde a consciência por cerca de 10 minutos. Charcot (1889e) solicita ao paciente que relate, para os presentes, o que ocorreu após o raio atingi-lo:

O DOENTE: Quando acordei, não me dei conta imediatamente de onde estava, nem do que havia acontecido: estava todo atordoado. Eu havia urinado nas calças. Lembro-me bem que me esforcei em vão, por duas vezes, para me sentar. Foi apenas na terceira vez que consegui. Uma vez sentado, olhei para todos os lados ao meu redor e comecei a tremer e a chorar, como uma criança. Havia muito tempo que isso não me acontecia.

M. CHARCOT: Ele não havia tremido nem chorado em Puebla, enquanto o trovão e o canhão rugiam à porfia; também não chorara no *Père-Lachaise*, quando uma granada estourou perto dele. Mas, desde que foi “tocado” pelo raio, **uma transformação radical se produziu nele: ei-lo tornado emotivo em excesso, chorão; doravante, sob a influência da menor emoção, vê-se debulhar-se em lágrimas.** (*Ao doente*): O senhor lembrou-se, enfim, do que havia acontecido antes de ser derrubado?¹¹⁵

(...)

M. CHARCOT: O senhor realmente dormiu naquela noite?

O DOENTE: Mal dormi, senhor; a cada instante tinha explosões de lágrimas; tinha a garganta apertada e sentia batimentos nas têmporas. Mal eu cochilava, **sonhava com relâmpagos, tempestades, e erguia-me subitamente na cama acreditando ouvir o barulho do trovão.**

M. CHARCOT: Está bem. Queira nos dizer, atualmente, como se passou o dia 8 de maio.

O DOENTE: Após a visita do meu patrão que lhe contaram, quis me levantar; mas, uma vez de pé, quase caí: parecia-me **que minha perna e minha coxa direitas eram de algodão**; elas não me sustentavam; estavam muito mais fracas que na véspera; bati contra o canto do meu criado-mudo e fiz uma contusão bastante forte. Foi então que percebi que ela estava completamente insensível, pois, embora o golpe tenha sido forte, não senti dor alguma; então **me belisquei a pele com todas as minhas forças e não senti absolutamente nada.** Contudo, quis me forçar, consegui sair do meu quarto e até desci à rua, arrastando a perna, mas após alguns passos, não aguentei mais e tive de voltar para casa. Fiquei acamado alguns dias e, enfim, tomei a decisão de ir ao

¹¹⁵ Do original : « LE MALADE : « Quand je me suis réveillé, je ne me suis pas bien rendu compte tout d'abord de l'endroit où j'étais, ni de ce qui était arrivé : j'étais tout abasourdi. J'avais uriné dans mon pantalon. Je me rappelle bien que je me suis efforcé en vain, à deux reprises, de me dresser sur mon séant. Ce n'est qu'à la troisième fois que j'y suis parvenu. Une fois assis, je regardai de tous côtés autour de moi et je me mis à trembler et à pleurer, comme un enfant. Il y a longtemps que cela ne m'était arrivé. » M. CHARCOT : « Il n'avait ni tremblé, ni pleuré à Puebla alors que tonnerre et canon à l'envi faisaient rage, il n'avait pas pleuré non plus au Père-Lachaise, lorsqu'un obus est venu éclater près de lui. Mais depuis qu'il a été « touché » par la foudre, une transformation radicale s'est produite en lui : le voilà devenu émotif à l'excès, pleurant ; désormais sous l'influence de la moindre émotion on le voit fondre en larmes. (Au malade) : Vous êtes-vous souvenu enfin de ce qui s'était passé avant que vous ne fussiez renversé ? »

hospital Saint-Antoine de onde, no dia seguinte à minha chegada, fui enviado para cá¹¹⁶ (Charcot, 1889e, p. 440-2, tradução própria, grifos nossos).

Nessa análise, Charcot (1889e) identifica a emergência de uma gagueira severa no paciente, desencadeada não pelo impacto direto do raio, mas por um outro tipo de evento: o relato traumático feito por seu empregador sobre mortes por fulminação. O paciente sentiu como que uma bola que lhe subia à garganta, depois batidas nas têmporas; enfim, a visão turvou-se e ele teve “uma fraqueza”, seguida de uma crise de lágrimas. Esse quadro pertence aos fenômenos clássicos da *aura histérica*, como a sensação de sufocamento (*globus hystericus*), marteladas nas têmporas e episódios de choro compulsivos, seguida de perda de consciência. A investigação clínica revelou também a presença de hemianestesia sensitiva e sensorial, com estreitamento muito pronunciado do campo visual, uma zona histerogênica na região costal esquerda e espasmos glosso-labiais (a língua é puxada para a direita e o lábio superior do lado esquerdo fica mais elevado, se comparado com o lado direito), que, somados a sintomas neurastênicos preexistentes (como a queimação no estômago e a dor de cabeça em capacete), deslocam o diagnóstico de uma paralisia por fulminação para o campo da histeria traumática.

Acrescenta-se a esses elementos diferenciadores, no diálogo clínico estabelecido entre Charcot e D...cy, há a reconstrução do episódio de “fulguração” vivido pelo paciente evidenciando a transição de um sujeito veterano e resiliente para um estado de profunda desagregação psíquica após o evento de 7 de Maio. Comparando esse caso com outros estudos sobre a relação entre abalos físicos e psíquicos, relacionados a traumatismos diversos (como as colisões em estradas de ferro), o diagnóstico final de Charcot é de que:

produziu-se, realmente, em 7 de maio, quando, após um grande estrondo de trovão, o globo de fogo apareceu na estrada, um choque elétrico local, imediatamente seguido de um esboço de paralisia no membro atingido. Depois, favorecida pelo estado preexistente de neurastenia cerebral — criado por desgostos e por um esgotamento (*surmenage*) recentes —, **a histeria logo se desenvolveu, sob a influência da comoção física e do abalo psíquico que**

¹¹⁶ Do original : « M. CHARCOT : « Avez-vous vraiment dormi cette nuit-là ? » LE MALADE : « À peine, monsieur ; à chaque instant j'avais des explosions de larmes ; j'avais la gorge serrée et je sentais des battements dans les tempes. À peine étais-je assoupi que je rêvais d'éclairs, d'orage et je me dressais tout à coup sur mon lit croyant entendre le bruit du tonnerre. » M. CHARCOT : « C'est bien. Veuillez nous dire, actuellement comment s'est passée la journée du 8 mai. » LE MALADE : « Après la visite de mon patron qu'on vous a contée, j'ai voulu me lever ; mais une fois debout j'ai failli tomber : il me semblait que ma jambe et ma cuisse droites étaient en coton ; elle ne me portait pas ; elle était bien plus faible que la veille ; elle s'est cognée contre l'angle de ma table de nuit et je m'y suis fait une assez forte contusion. C'est alors que je me suis aperçu qu'elle était complètement insensible, car bien que le coup ait été assez fort, je n'avais ressenti aucune douleur ; alors je me suis pincé la peau de toutes mes forces et je n'ai absolument rien senti. Cependant j'ai voulu me forcer, je suis parvenu à sortir de ma chambre, et je suis même descendu dans la rue, traînant la jambe, mais après quelques pas, je n'en pouvais plus, et j'ai dû rentrer chez moi. Je suis resté couché quelques jours et enfin, j'ai pris le parti de me rendre à l'hôpital Saint-Antoine d'où, le lendemain de mon arrivée, j'ai été envoyé ici ».

a acompanhou, atuando estes, em relação à neurose, como agentes provocadores¹¹⁷ (Charcot, 1889e, p. 457, tradução própria, grifos nossos).

Com relação ao tratamento, a partir de 28 de Maio (dia em que D...cy foi apresentado como paciente) até 23 de Julho (data da sua saída), ele foi submetido às seguintes estratégias: 1) aplicação de ducha fria geral todas as manhãs; 2) eletrização estática a cada dois dias (banhos elétricos); 3) brometo de potássio na dose de 3 ou 4 gramas por dia (utilizado como principal sedativo e antiepiléptico) e 4) regime dietético para fortalecimento físico geral do paciente. O tratamento demonstrou eficácia progressiva na recuperação motora (o paciente passou de uma paralisia severa para a capacidade de pular em um pé só e aumentar sua força manual – medida pelo dinamômetro) e o retraimento da anestesia que inicialmente cobria metade do corpo, sobrando apenas uma placa na coxa esquerda ao final do tratamento. Houve também uma diminuição drástica na sensibilidade do ponto histerogênico, exigindo pressões muito mais fortes para desencadear qualquer sintoma. Embora o paciente tenha pedido para sair do hospital, ele não foi considerado totalmente curado, mantendo ainda vestígios do estreitamento do campo visual e perda de paladar/olfato no lado esquerdo.

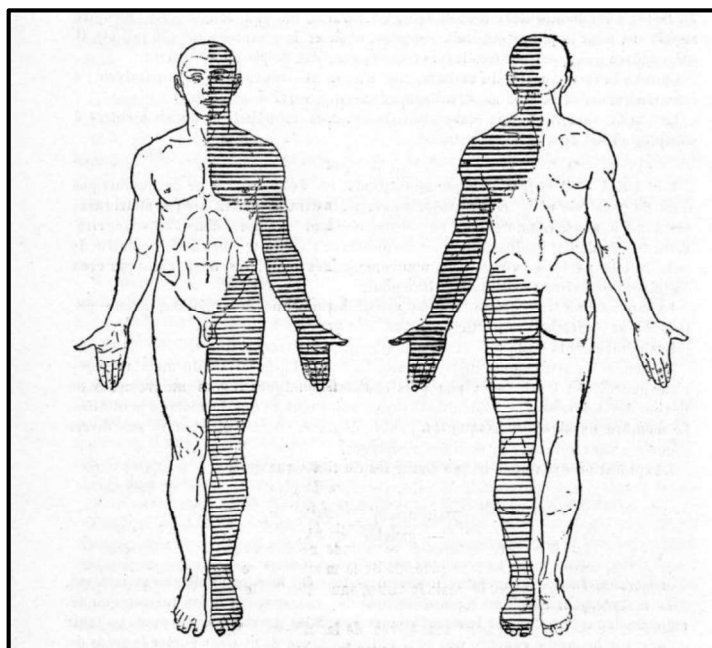
Charcot (1889g) oferece um outro relato clínico envolvendo o medo de raio e já inicia a aula argumentando que, novamente, o choque elétrico não teve qualquer participação no desenvolvimento dos sintomas do paciente. É um caso lido (e comentado) por ele, mas que fora atendido pelo professor Ballet em outra instituição médica. Trata-se de um caso de histeria traumática em que, mais uma vez, o “sobressalto” derivado do acidente (o momento em que o raio cai em um lugar distante), o choque nervoso, produz os sintomas histéricos. O caso é de H...Augustin, empregado, 51 anos, que deu entrada no Hospital Necker em 8 de Agosto de 1887. O homem queixava-se de uma hemiplegia (paralisia em um só lado do corpo; nesse caso, o esquerdo) que havia sido provocada por um raio. Apresenta antecedentes hereditários incompletos (não conheceu seu pai e sua mãe faleceu quando ainda era criança); tem quatro filhos em excelente estado de saúde. Do ponto de vista dos antecedentes pessoais, Augustin se

¹¹⁷ Do original : « [...] il s'est produit, réellement, le 7 mai, au moment où, à la suite d'un grand coup de tonnerre, le globe de feu a paru sur la route, un choc électrique, local, immédiatement suivi d'une esquisse de paralysie dans le membre frappé. Puis à la faveur de l'état préexistant de neurasthénie cérébrale, créée par des chagrins et un surmenage récents, l'hystérie s'est bientôt développée, sous l'influence de la commotion physique et de l'ébranlement psychique qui l'a accompagnée, celles-ci jouant, par rapport à la névrose, le rôle d'agents provocateurs » .

define como alguém “muito nervoso” e “muito impressionável”, cuja sensibilidade a surpresas ou emoções o fazem apresentar tremores no corpo. Ele relata que, por volta dos 12 anos, ao caminhar por uma estrada durante uma tempestade, um raio caiu perto dele. Essa cena lhe causou uma profunda impressão e, desde então, as tempestades sempre lhe causavam uma angústia que ele não sabia nomear. A hemiplegia tem início após uma tempestade na semana anterior à chegada dele ao hospital. Estava a trabalhar numa oficina coberta de vidros quando um trovão atingiu a estrutura da oficina e um raio iluminou todo o ambiente. Acreditava, firmemente, que o raio havia caído na calçada (no entanto, o trovão atingira um bairro vizinho).

Ao retornar para casa naquela noite, começou a sentir “estremecimentos” e formigamentos no braço esquerdo, “como se tivesse recebido uma descarga elétrica”. Em seguida, uma fraqueza geral tomou conta de seu corpo. Pouco depois, o enfraquecimento tornou-se mais intenso nos membros do lado esquerdo. Na manhã seguinte, ao tentar levantar-se, percebeu que estava paralisado no braço e na perna esquerdos (“pareciam mortos” e “completamente insensíveis”). Realiza-se um exame completo do estado atual do paciente. Com relação a face, não houve indícios de paralisia ou contratura; a língua não apresentava deformação ou desvio; o membro superior direito está em estado normal, enquanto o esquerdo era flácido e completamente paralisado. Nos membros inferiores, a paralisia é incompleta e o paciente consegue caminhar, ainda que lentamente, apoiando-se na perna esquerda.

Figura 8 – Hemiplegia traumática por medo de raio



Fonte: Charcot, 1889g, p. 546.

O paciente apresenta, certamente, estigmas histéricos coerentes com o modelo charcotiano como a anestesia que obedece a linha média do corpo e não segue a distribuição anatômica dos nervos periféricos e o estreitamento do campo visual e a diminuição da audição apenas em lado do corpo.

Com relação à sensibilidade da pele ao toque, à picada e ao frio, está ausente na metade esquerda da cabeça, do pescoço e no braço; há uma “pausa” da anestesia no tórax, retornando para a perna esquerda que não apresenta uma anestesia tão completa quanto a parte superior do corpo (cf. Figura 8). Sobre os órgãos dos sentidos, além do estreitamento do campo visual, a audição, o paladar e o olfato apresentam perda de sensibilidade.

Em visita ao leito do paciente, o Sr. Ballet comenta com seus alunos (e faz com que o paciente o ouça) da promessa de uma “pílula fulminante” que garantiria a remissão dos sintomas. No dia seguinte, o paciente apresenta uma melhora significativa na anestesia e a paralisia motora também melhorou. Duas novas pílulas são prescritas ao paciente que se apresenta completamente curado dali dois dias. Cria-se uma expectativa de cura tão poderosa com as “pílulas fulminantes” quanto o susto que provocou o aparecimento dos sintomas. Charcot (1889g) não faz nenhuma outra observação ao final do caso além de marcar que houve um período de incubação, um intervalo entre o choque nervoso e o aparecimento do sintoma. No caso de Augustin, a paralisia só apareceu no dia seguinte ao susto. Impressionado pela “ideia” de ter sido atingido pelo raio, as sensações de formigamento da noite mal dormida foram o prelúdio da hemiplegia ao acordar.

Em aula de 17 de Abril de 1888, o terceiro doente apresentado por Charcot no modelo das aulas das terças-feiras é O. Trata-se de um homem de 46 anos, com paralisia histero-traumática na mão e no pulso esquerdos:

Aqui está agora mais um operário. É um montador de bronze de 46 anos que, também ele, apresenta acidentes histéricos. Vejam como estes casos de histeria traumática, observados em **operários aparentemente vigorosos**, se multiplicam à medida que aprendemos a conhecê-los melhor. Decididamente, só vemos aquilo que aprendemos a ver; **esses casos eram-me desconhecidos há 3 anos, como aos outros, e, no entanto, existiam, pois não é de todo verosímil que se trate de uma doença nova**¹¹⁸ (Charcot, 1887c, p.344, tradução própria, grifo nosso).

¹¹⁸ Do original : « Voici maintenant encore un ouvrier. C'est un monteur en bronze âgé de 46 ans qui lui aussi, présente des accidents hystériques. Voyez comme ces cas d'hystérie traumatique observés chez des ouvriers vigoureux en apparence, se multiplient à mesure qu'on apprend à les mieux connaître. Décidément, on ne voit que

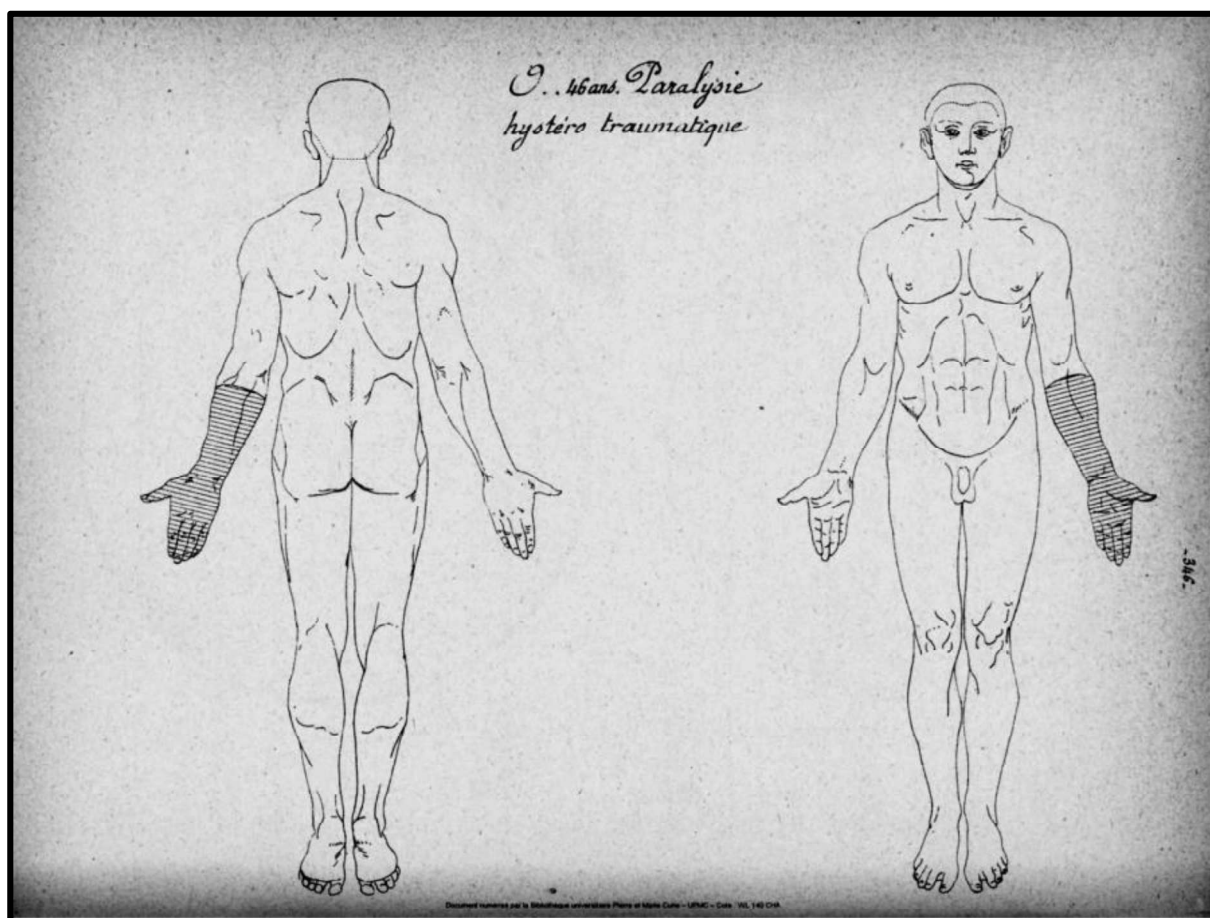
Três semanas antes da chegada de O. ao Serviço de Charcot, ele havia sofrido um trauma mecânico enquanto martelava uma maço de madeira sob uma placa de bronze fixada por um torno, que, por sua vez, o sustentava com sua mão esquerda. A placa de bronze se deslocou e o maço caiu sobre sua mão esquerda. Em quatro dias, os sintomas inflamatórios agudos (edema e equimoses) desapareceram e o paciente manifestou um déficit motor persistente caracterizado por uma “mão caída” e perda de mobilidade nos dedos.

O diagnóstico diferencial é fundamentado pela presença de uma insensibilidade cutânea quase absoluta na mão, do pulso e do antebraço, subindo cerca de 10cm em direção ao cotovelo, cortando o braço de forma transversal (conforme figura abaixo). Charcot solicita que o paciente feche os olhos e realiza diversos movimentos na região paralisada: torce os dedos, faz movimentos de flexão e extensão do pulso e o paciente não esboça nenhuma reação. A primeira conclusão a que Charcot chega durante a apresentação do caso é de que a descrição desse tipo de anestesia enfatiza que a intensidade e a distribuição desses sinais sensoriais são indicadores patognomônicos que distinguem a paralisia histérica de outras lesões nervosas orgânicas. Se a anestesia ignora a distribuição dos nervos e se apresenta como uma espécie de luva, não se trata de uma lesão orgânica, mas na ideia de mão. As anestésias nas paralisias histero-traumáticas seguem outra lógica: “as lesões dinâmicas histéricas (...) são difusas e afetam simultaneamente, de uma forma sistemática, por assim dizer, as regiões motoras e sensitivas que estão fisiologicamente interessadas na realização do movimento desta ou daquela articulação¹¹⁹” (Charcot, 1887c, p.347, tradução própria).

ce que l'on a appris à voir ; ces cas-là m'étaient inconnus il y a 3 ans, comme aux autres, et cependant ils existaient car il n'est pas du tout vraisemblable qu'il s'agisse là d'une maladie nouvelle » .

¹¹⁹ Do original : « Les lésions dynamiques hystériques (...) sont diffuses et affectent simultanément, d'une façon systématique en quelque sorte les régions motrices et sensitives qui sont physiologiquement intéressées dans l'accomplissement du mouvement de telle ou telle jointure ».

Figura 9 – Ilustração da paralisia histero-traumática da mão e do pulso



Fonte: Charcot, 1887c, p.346

A análise do campo visual nesse caso ilustra a relação entre a histeria masculina e o alcoolismo, outro agente provocador importante no panorama charcotiano. De toda forma, Charcot defende que não se trata de uma paralisia alcoólica uma vez que a origem traumática e a assimetria do sintoma, a localização em um dos membros superiores (estando o restante do corpo não afetado), ausência de dor mediante pressão e distribuição da anestesia ausente dos nervos periféricos são elementos confirmadores do diagnóstico de paralisia histero-traumática.

Esse caso nos possibilita entender um ponto fundamental na histeria masculina: o tempo de latência entre o *shock traumatique* (o trauma físico) e o *frayeur*, o *shock nerveux* (o susto no momento do acidente, por exemplo). Este choque nervoso ocorre quando surge uma emoção, um pavor ou um terror determinado por um acidente (o paciente sente que sua vida está em perigo). No entanto, Micale (2001) lembra que haveria um descompasso entre a natureza e a gravidade do trauma físico e a sintomatologia. Os traumas são diversos, podendo ser um acidente de trem (com risco de morte), um corte no dedo ou alguma outra experiência que venha

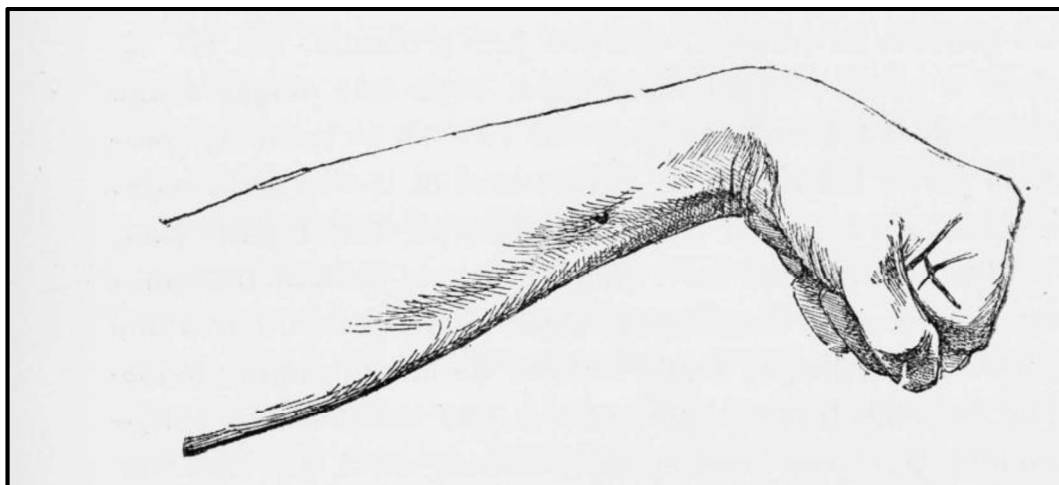
a causar a uma forte impressão no sujeito. Nessas ocasiões, desenvolve-se frequentemente um estado mental em que o paciente fica paralisado por conta da força da “ideia” que se instalou em sua mente durante o choque emocional. Em sujeitos “predispostos”, o estado de choque nervoso impede que a consciência processe adequadamente a experiência e a ideia da paralisia é aceita como real. Portanto,

O choque nervoso, a comoção nervosa, **a emoção necessariamente indissociável de um acidente** que muitas vezes ameaça a vida, são **suficientes para produzir a neurose em questão**; a ação cirúrgica do trauma, ou seja, a produção de uma contusão, de uma ferida ou ainda de uma concussão cerebral propriamente dita, não são agentes necessários para o aparecimento da doença, embora possam contribuir para lhe conferir uma forma grave. Mas, no fundo, a doença nervosa se manifesta sempre da mesma forma, independentemente da causa que a provoca¹²⁰ (Charcot, 1889b, p.30, tradução própria, grifo nosso).

Além das hemiplegias e anestésias, Charcot (1890c) dedica-se a uma aula sobre uma contratura histérica de origem traumática presente em um ferreiro, de 31 anos. Ele é definido como bastante robusto, sem nenhum atributo feminino. Sobre os antecedentes hereditários ou pessoais, Charcot diz não ter nenhum dado que possa ser convocado como causa da doença atual a não ser a experiência traumática. Uma barra de ferro em brasa atingiu o antebraço e a mão esquerda do homem, cuja queimadura levou cerca de 6 semanas para cicatrizar. Resta uma pequena placa vermelha ocupando a parte inferior do antebraço e o dorso da mão. A contratura se produziu, somente, sete semanas depois (novamente, um intervalo aparece entre o susto e o desenvolvimento do sintoma). Começou a sentir dores no braço, que o impediram de dormir. No dia seguinte, sua mão estava semelhante a uma “garra” e, ao longo dos dias, a mão e o antebraço encontraram-se na posição apresentada na figura abaixo em que os dedos estão fortemente flexionados a ponto das unhas se cravarem na palma da mão. Uma posição que o paciente mantinha de forma permanente, mesmo durante o sono.

¹²⁰ Do original: « Le choc nerveux, la commotion nerveuse, l'émotion nécessairement à peu près inséparable d'un accident qui souvent menace la vie, suffisent à produire la névrose en question ; l'action chirurgicale du traumatisme, ou autrement dit la production d'une contusion, d'une plaie, ou encore d'une commotion cérébrale proprement dite, ne sont pas des agents nécessaires pour faire apparaître le mal, bien qu'ils puissent contribuer à lui imprimer une forme grave. Mais au fond la maladie nerveuse se montre toujours la même quelle que soit la cause provocatrice ».

Figura 10 – Contratura da mão esquerda (desenho de Paul Richer)



Fonte: Charcot, 1890c, p. 118.

Numa análise dos nervos presentes no antebraço, punho e mão, Charcot chega à conclusão de que seria impossível para qualquer pessoa – mesmo com grandes esforços – manter-se nessa posição de maneira constante sem hesitação ou falhas. Esse argumento, por si só, afastaria a ideia de simulação: “Creio que já aceitam que se trata de uma atitude patológica perfeitamente legítima, e não de uma atitude simulada; de um sintoma verdadeiro, e não de um sintoma imaginário, artificialmente provocado pela intervenção voluntária do doente¹²¹” (Charcot, 1890c, p.120, tradução própria).

Durante o exame clínico, o paciente apresenta uma hemianalgesia esquerda (perda de sensibilidade a dor e ao frio no lado esquerdo do corpo), uma diminuição na capacidade de processar estímulos no paladar, audição e olfato (no lado esquerdo) e encurtamento do campo visual (nos dois lados) e ausência de zonas histerogênicas. Apesar disso, a contratura (sem lesão orgânica) e a relação com o trauma são marcas suficientes para Charcot diagnosticá-lo como histérico. É utilizado, como tratamento, um imã que restaurou a sensibilidade na área afetada, provocando o desaparecimento da hemianestesia. A contratura ainda existe e, em nota de rodapé, Charcot comenta que, por insistência do paciente, foi realizado um procedimento cirúrgico para alongamento do nervo mediano que foi afetado pela flexão constante. A situação melhorou um pouco e, apesar do desaparecimento da contratura, os dedos ainda têm uma extensão incompleta e há, também, uma redução de força nos músculos atingidos. O fato de a contratura ter desaparecido após a cirurgia, mas a força não ter retornado totalmente, cria um

¹²¹ Do original : « Vous acceptez déjà, je pense, qu'il s'agit là d'une attitude pathologique parfaitement légitime, et non d'une attitude simulée, d'un symptôme vrai, et non d'un symptôme imaginaire, artificiellement provoqué par l'intervention volontaire du malade ».

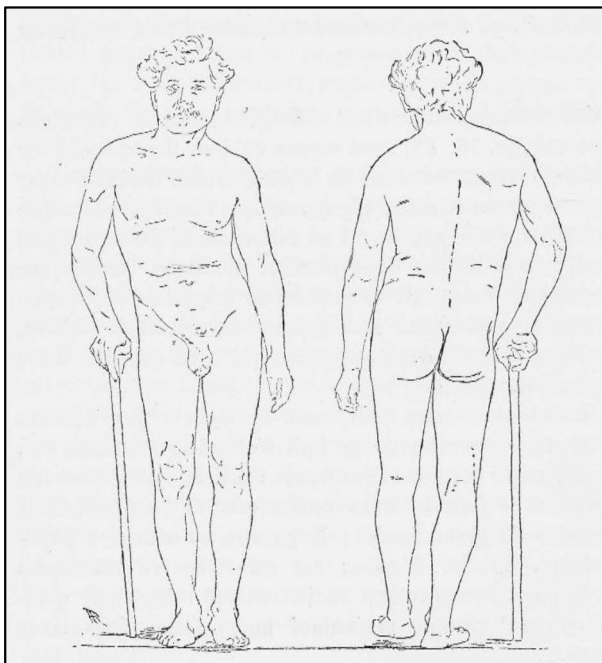
ruído no diagnóstico puro de histeria. No entanto, não há comentário posterior se, diante do cenário cirúrgico, haveria a revisão avaliação diagnóstica da histeria.

Em lição dedicada da discutir um caso de coxalgia histérica de causa traumática num homem, Charcot (1890h) apresenta uma nova manifestação da histeria masculina sob a forma de uma afecção histérica nas articulações. Ao contrário das paralisias e contraturas – marcas importantes da histeria masculina – o foco na análise das articulações ainda parecia uma novidade; Charcot tomará emprestado de Brodie, médico inglês, sua inspiração para o desenvolvimento desse caso de uma “afecção dolorosa das articulações, não materiais”. Assim como na coxalgia orgânica, a coxalgia histérica também apresenta o membro afetado como “encurtado” (de forma funcional e não óssea), ao mesmo tempo em que a coxa, em relação à bacia, apresenta aparente rigidez. A dor dos sujeitos acometidos de coxalgia histérica apresenta modalidades especiais que desafiam o funcionamento normal das articulações e o seu desenvolvimento e evolução também é diferente: pode aparecer devido a uma impressão emocional ou após um ataque epileptóide e ali permanecer. Quando o diagnóstico diferencial se torna difícil, recomenda-se utilizar o clorofórmio para verificar se o caso corresponde a uma atrofia *sine materia* (dor articular sem alteração anatômica aparente) ou a uma afecção orgânica.

Trata-se do caso de Ch..., um homem de 45 anos, pai de 7 filhos, sem qualquer antecedente (hereditário ou nele mesmo) de doença nervosa ou manifestações nervosas. É um serrador, um operador de uma serra reta, a serviço de uma companhia ferroviária. O histórico clínico do operário registra um acidente de trabalho ocorrido em Maio de 1883, quando o forte impacto de uma peça de maquinário sob seus pés o lançou a uma altura aproximada de três metros. Mesmo sem perder os sentidos, o homem relatou uma sensação imediata de entorpecimento e uma estranha dissociação sensorial, sentindo o membro “doloroso e ausente”. Após dois meses de convalescença e o uso gradual de muletas, o paciente passou a depender de uma bengala para se locomover, apresentando o mesmo estado de paralisia funcional há pelo menos doze meses. A coxalgia, de forma geral, o acompanha há três anos.

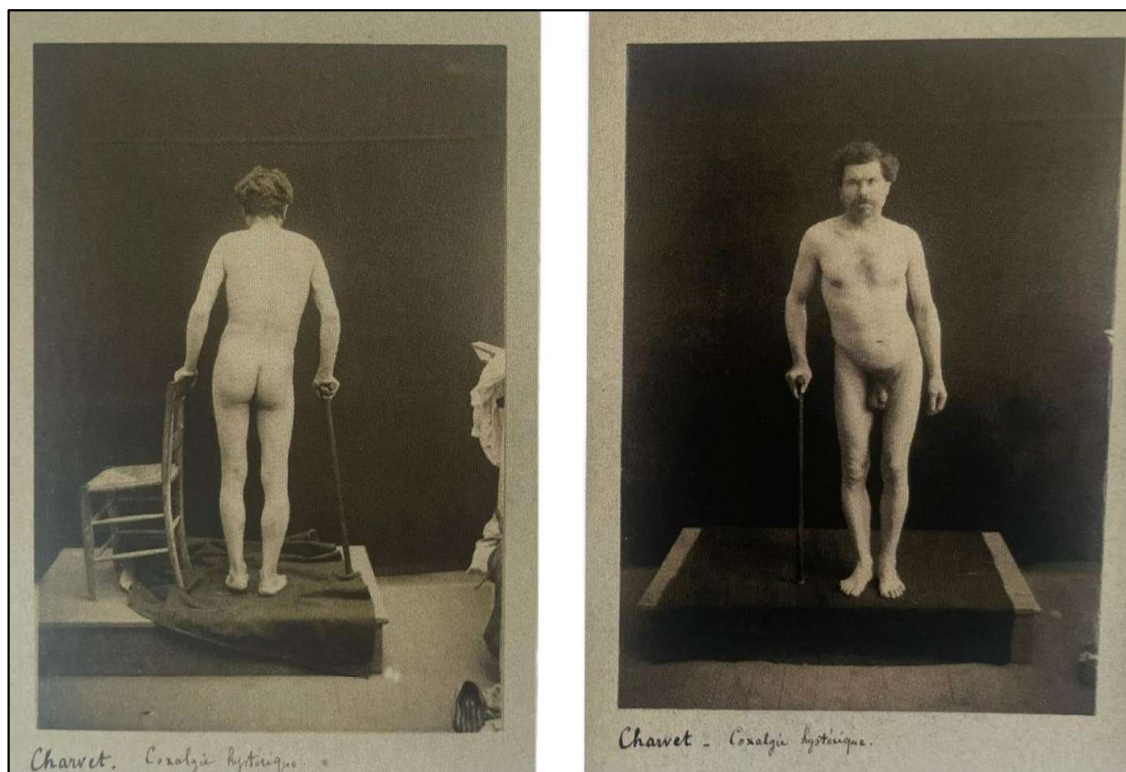
No exame clínico do doente deitado, Charcot (1890h) constata que existe um encurtamento notável do membro inferior esquerdo; a articulação está imóvel e o doente reclama de uma dor que se estende pela virilha, quadril e joelho esquerdos. Com o sujeito em pé, ele se mantém inclinado sobre o lado direito, segurando a bengala; a perna esquerda não toca o solo e está projetada um pouco à frente da direita (cf. figuras 11 e 12).

Figura 11 – Exame do paciente com coxalgia histérica (de pé)



Fonte: Charcot, 1890h, p. 378.

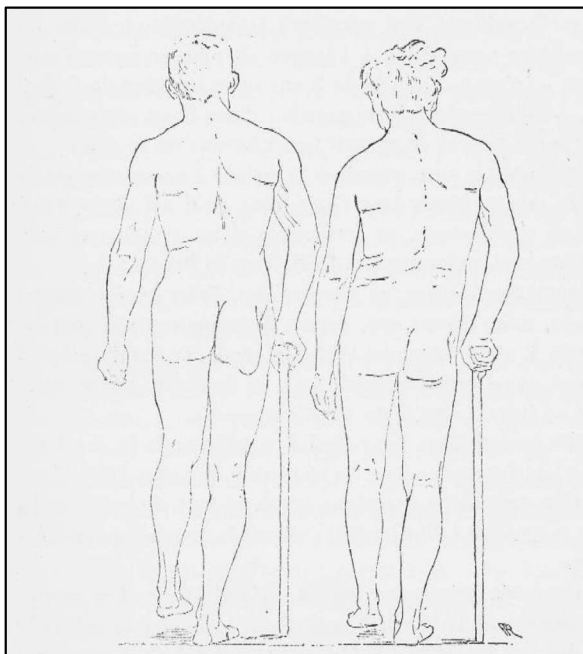
Figura 12 – Fotografia do paciente Ch... durante exame clínico



Fonte: Bouchara, 2013, p. 72

No exame do paciente de costas, Charcot (1890h) constata que há um contraste entre as nádegas – a direita mais rotunda e a esquerda, achatada e flácida. Os homens também eram alvos do escrutínio do método anatomoclínico charcotiano, como demonstrado pela necessidade de comprovar a coxalgia *sine materia*, Charcot convida um sujeito saudável (acostumado a posar para pintores) que simulasse a atitude do doente. O resultado foi de uma demonstração das diferenças entre os lados esquerdo e direito das nádegas, da curvatura da coluna e da elevação da bacia do lado doente.

Figura 13 – Comparação dos sintomas da coxalgia entre um modelo e o paciente



À esquerda, o modelo. À direita, o paciente Ch...Fonte: Charcot, 1890h, p. 379.

Charcot segue a descrição do caso sustentando que se trata de uma coxalgia histérica argumentando a ausência de qualquer enfraquecimento do paciente (não houve emagrecimento, anemia ou perda de apetite) decorrente, por exemplo, de uma doença articular grave durante os últimos três anos. Do ponto de vista da dor, ao tocar nos pontos de maior incômodo do paciente (virilha e joelhos), Charcot percebeu que o paciente apresentava sinais de ansiedade. Após o relato pormenorizado do paciente, notou-se a descrição da *aura histérica*: constrição epigástrica, palpitações cardíacas, aperto na garganta e, por fim, zumbidos no ouvido esquerdo e batimentos na têmpora do mesmo lado. Há uma hemianestesia no lado esquerdo do corpo com perda de sensibilidade de picadas e de temperatura; uma perda de sensibilidade no paladar, olfato e audição, além do estreitamento no campo visual do lado esquerdo. Com o auxílio último da administração de clorofórmio feita por um cirurgião (cinco meses antes), demonstrou-se que, durante o procedimento, a articulação mostrou-se perfeitamente livre e móvel, sem qualquer

rigidez ou aderência – o que descarta a lesão orgânica. Charcot (1890h) repete o exame do clorofórmio e constata, novamente, a ausência de aderências nas articulações.

Nesse sujeito, portanto, haveria não somente as zonas histerógenas, como também a diátese histórica: uma disposição geral do organismo à histeria, algo do terreno do constitutivo do sujeito ou da hereditariedade; é “algo que não é a doença, mas que gera a doença”. Ela pode permanecer latente durante toda a vida do sujeito e o sintoma ocasionado pelo trauma aparece, nessa dinâmica entre o latente e o manifesto, como a primeira revelação da diátese histórica. Gauchet e Swain (1997) definem a diátese a partir do campo problemático, no século XIX, marcado pelo florescimento da teoria da degenerescência:

As neuroses, como a alienação mental, colocam um problema quanto ao hiato organoclínico que é máximo. Não há lesões! A «diátese», como a degenerescência, é a resposta metafórica mais elegante que se pode encontrar à necessidade de pensar uma causa que escapa à localização. A «diátese» é uma espécie de lesão inlocalizável, uma **lesão não lesional**, se preferirem, apenas «constitucional» e não localizada, um estado geral, uma «tendência geral» do organismo¹²² (Gauchet e Swain, 1997, p. 86, tradução própria, grifo nosso).

Fechado o diagnóstico de Ch..., Charcot (1890h) parte para o tratamento: o uso da sugestão hipnótica para produzir artificialmente os sintomas da coxalgia com o objetivo de reconhecer os elementos do seu desenvolvimento. É um procedimento, relata Charcot, que já vinha sendo utilizado com paralisias históricas com bons resultados. Ele apresenta, nessa mesma aula, o caso de duas mulheres, comprovadamente históricas, cujos sintomas de coxalgia histórica haviam sido produzidos artificialmente, em menos de cinco minutos: no lado sensível, fizeram aparecer uma anestesia da pele (depois nos músculos) e depois, uma paralisia motora transitória completa do membro, com perda da sensibilidade muscular. O mecanismo de aparecimento dos sintomas de Ch...é o seguinte:

Nosso serrador é um exemplo deste gênero; o traumatismo que sofreu produziu nele um choque nervoso (*shock*) e o estado mental correspondente a este. Sem dúvida, o quadril experimentou um abalo, talvez mesmo uma contusão mais ou menos pronunciada, mas esta ação local não determinou lesões orgânicas sérias, e **a dor que ela produziu** não se desenvolveu, exagerou e definitivamente estabeleceu, sob forma de artralgia permanente, senão **em razão do estado psíquico produzido pelo choque nervoso**¹²³ (Charcot, 1890i, p.393-4, tradução própria, grifo nosso).

¹²² Do original : « J'insiste sur cette notion de diathèse qu'on voit Charcot utiliser là pour l'hystérie, afin de souligner la double aporie qu'elle tente de résoudre. Les névroses, comme l'aliénation mentale, posent un problème quant à l'écart organo-clinique qui est maximal. Pas de lésions ! La « diathèse », comme la dégénérescence, c'est la réponse métaphorique la plus élégante qu'on puisse trouver à la nécessité de penser une cause qui échappe à la localisation. La « diathèse », c'est une sorte de lésion inlocalisable, une lésion non lésionnelle, si l'on veut, seulement « constitutionnelle » et non localisée, un état général, une « tendance générale » de l'organisme ».

¹²³ Do original : « Notre scieur de long est un exemple de ce genre ; le traumatisme qu'il a subi a produit chez lui un shock nerveux et l'état mental correspondant à celui-ci. Sans doute, la hanche a éprouvé un ébranlement, peut-

Se a afecção é psíquica, o tratamento também se propõe a ser. No entanto, Charcot (1890i) lamenta que o tratamento com Ch... não fora completamente bem-sucedido. Tentou-se o exercício da autoridade induzido por clorofórmio (o médico, durante o sono do paciente, afirmava a este que sua dor havia se atenuado), mas não houve melhora. O paciente recusou o emprego de práticas hipnóticas. Como último recurso, Charcot apela para o uso de uma massagem profunda que tem início na nádega esquerda do paciente, passando pela bacia e pelo joelho buscando o alívio das dores. Ao longo dos dias, o doente vai apresentando menos dor e resistência à pressão da massagem; passados alguns dias, a contratura desapareceu e o massagista pode mover todas as articulações do membro inferior esquerdo em todos os sentidos, mesmo com certa brutalidade, sem encontrar a menor resistência e sem que o doente manifeste a menor dor. Os efeitos da massagem, alertam Charcot, dependem da natureza do sujeito, do *terrain* que ela vai encontrar. Apesar do alívio de alguns sintomas, não se operou uma cura completa; a massagem apresentou como resultado geral a ausência de aderências nas articulações e, em conversa com paciente, Charcot afirma que ele entendera a necessidade de continuidade do tratamento para alívio dos sintomas.

No final da aula, a conexão entre o paciente, os seus sintomas e a companhia ferroviária retorna sob a forma de preocupação do paciente em, caso obtenha a cura, ficar financeiramente desamparado. Talvez o atual subsídio da Companhia Ferroviária pudesse se enquadrar numa espécie de ganho secundário da doença:

A doença que afeta esse homem, como eu já disse, foi contraída enquanto ele trabalhava para uma companhia ferroviária; atualmente, ela lhe paga, diariamente, aproximadamente a quantia que ele ganhava trabalhando; se ele deixasse de receber esse subsídio, incapaz de ganhar a vida como está hoje, seria para ele e seus sete filhos a mais horrível miséria; por isso, **ele vive em um estado de inquietação perpétua**, de depressão mental **que é capaz de alimentar sua doença**, dado que esta é, como pensamos, principalmente de origem psíquica ou, se preferirem, mental¹²⁴ (Charcot, 1890i, p. 397, tradução própria, grifo nosso).

Charcot encerra esta aula afirmando que a Companhia Ferroviária está decidida a pagar uma pensão a Ch... e isso faria com que sua preocupação financeira diminuísse. Consequentemente, “ tornar-se-á mais fácil convencê-lo de que a sua doença não é incurável,

être même une contusion plus ou moins prononcée, mais cette action locale n'a pas déterminé de lésions organiques sérieuses, et la douleur qu'elle a produite ne s'est développée, exagérée et définitivement établie, sous forme d'arthralgie permanente, qu'en raison de l'état psychique produit par le shock nerveux » .

¹²⁴ Do original : « [...] l'affection dont souffre cet homme a, comme je vous l'ai dit, été contractée au service de la Compagnie d'un chemin de fer ; celle-ci lui paye actuellement, chaque jour, à peu près la somme qu'il gagnait en travaillant ; si ce subside venait à lui manquer, incapable de gagner sa vie comme il l'est aujourd'hui, ce serait pour lui et ses sept enfants la plus horrible misère ; aussi vit-il à ce sujet dans un état d'inquiétude perpétuelle, de dépression mentale qui est bien de nature à entretenir son mal, étant donné que celui-ci est, comme nous le pensons, surtout d'origine psychique ou, si vous l'aimez mieux, mentale » .

que pode e deve curar-se, e que ele próprio pode, se o desejar firmemente, contribuir para a sua cura. Assim, com a ajuda das práticas de massagem, tudo ficará bem, pelo menos espero¹²⁵” (Charcot, 1890i, p.397, tradução própria). Em nota de rodapé, Charcot relata que o paciente saiu, por conta própria da Salpêtrière e abandonou o tratamento. Passados seis meses do último encontro deles no hospital, seus sintomas não apresentavam mudança significativa.

Um dos casos mais ilustrativos da análise do mecanismo da histeria traumática (Gauchet e Swain, 1997; Micale, 2001) é o de Le Log..., homem de 29 anos, nascido em uma pequena aldeia na Bretanha que se muda para Paris aos 12 anos. Charcot (1890j), sobre os seus antecedentes hereditários, aponta que uma de suas primas teve epilepsia e uma de suas irmãs, vítima de febre tifoide, apresentou “ataques de nervos”; ele mesmo fora acometido da febre tifoide, ficando afônico por meses. É descrito pelas pessoas como bom e prestativo, não sendo melancólico ou alcoólatra. Le Log... trabalha no mercado de frutas e verduras à serviço de uma vendedora de hortaliças; seu trabalho consistia em vender as verduras pela manhã e à tarde, buscar mais itens com o seu carrinho de mão. Numa tarde, ao atravessar a *Pont des Invalides*, o carrinho de mão de Le Log... foi atingido lateralmente por uma carruagem de lavanderia conduzida por pessoas embriagadas. No acidente, ocorrido em 21 de Outubro de 1885, ele foi projetado sobre a calçada e perdeu momentaneamente a consciência. O cavalo da carroça não tocou em seu corpo, tampouco as rodas da carroça. Não houve ferida aparente ou sangue derramado durante o choque. Ele foi levado ainda inconsciente ao hospital. Ficou internado por cerca de uma semana, sentindo seus membros inferiores “como mortos”.

A narrativa que Le Log... constrói sobre o acidente difere bastante da que foi relatada pelas testemunhas que estavam na vizinhança. Interrogado, ele relata uma versão na qual acredita profundamente e que volta a aparecer em seus sonhos. Nessa versão, a carroça do lavadeiro aproxima-se com grande estrondo; o cavalo investe diretamente contra ele e o atinge no peito. Ele cai, sente a cabeça bater no chão e, por fim, imagina que o pesado veículo passa sobre a parte superior de suas coxas. Essa história reaparece repetidamente em seus sonhos. Essa elaboração fantasiosa talvez explique por que, ao chegar ao hospital dias depois do acidente, apresentava um conjunto singular de sintomas – dores de cabeça, tremores nas mãos,

¹²⁵ Do original : « [...] il deviendra plus facile de lui persuader que sa maladie n'est pas incurable, qu'elle peut et doit guérir, et que lui-même peut, s'il le veut fermement, concourir à sa guérison. Ainsi, les pratiques de massage aidant, tout ira pour le mieux, du moins je l'espère » .

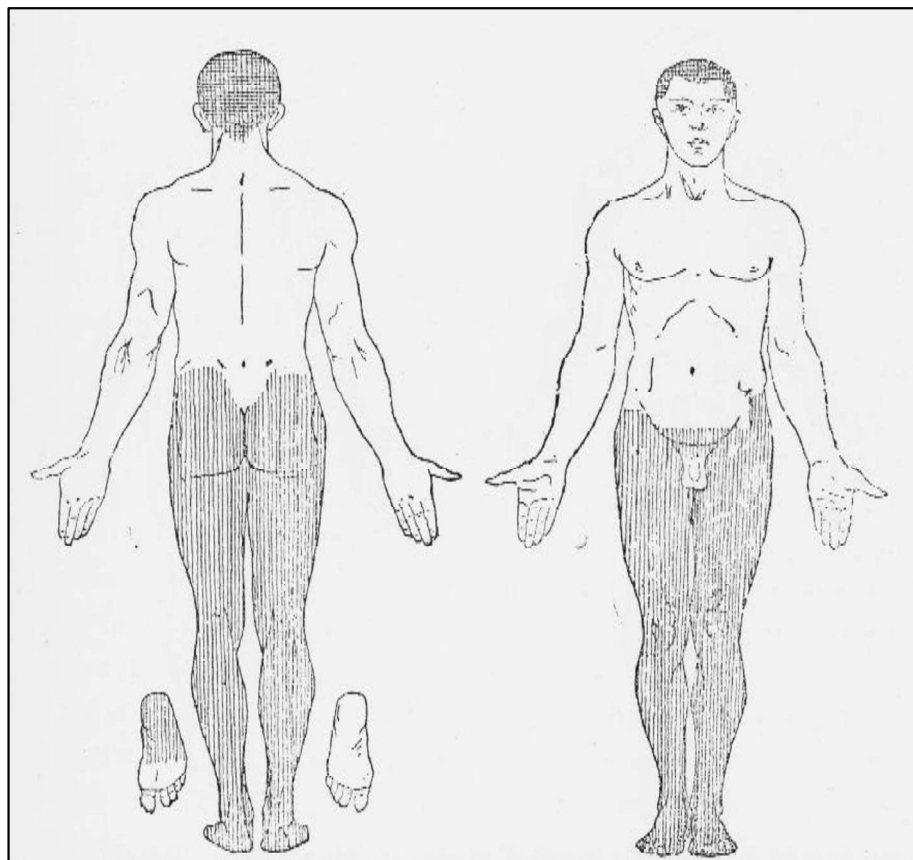
episódios de amnésia, hipersensibilidade do couro cabeludo e uma anestesia tátil e térmica completa na metade inferior do corpo, exceto nos dedos dos pés.

Em 25 de Março, foi encaminhado do *Hôtel Dieu* a *Salpêtrière*. Apresentava-se prostrado, silencioso e com a memória profundamente alterada. Queixava-se de dor de cabeça, zumbidos e visões noturnas. No rosto, observava-se um espasmo no nervo facial esquerdo, que causava sacudidas no canto da boca. Embora magro e com as mãos trêmulas (tremor que aumentava ao levar um copo à boca), o foco principal era a paraplegia. Ele mal conseguia tirar os pés do leito. Quando colocado de pé com apoio, oscilava e ameaçava cair ao fechar os olhos; seus pés pareciam “literalmente fixados ao solo”. Não havia, contudo, flacidez muscular nem exagero de reflexos, descartando, segundo Charcot (1890j), paralisia espasmódica orgânica e lesão orgânica da medula espinhal.

Além disso, apresentava estigmas histéricos clássicos: anestesia total da faringe (podia-se tocar a epiglote sem reação), perda total do paladar (não sentia o gosto de sulfato de quinino), perda de olfato, audição obnubilada e um estreitamento do campo visual em ambos os olhos. O couro cabeludo apresentava hiperestesia permanente, onde qualquer toque provoca o aparecimento de batimentos nas têmporas e ruídos nos ouvidos. A *aura* obedece ao seguinte esquema: dor em um dos flancos, sensação de bola que sobe até o pescoço (*globus hystericos*), ameaça de sufocamento e batimentos nas têmporas. Seguida, na maioria das vezes, de um sangramento no nariz.

A figura 14 mostra a delimitação da anestesia nos membros inferiores que chama a atenção de Charcot (1890j). Diferente de uma lesão orgânica da medula espinhal (onde a anestesia seguiria uma linha perpendicular ao eixo do tronco, perto do umbigo), em *Le Log...* a sensibilidade é preservada nos órgãos genitais e no sacro (formando um “V” na parte posterior), seguindo exatamente a região da virilha.

Figura 14 – Distribuição da anestesia em Le Log...



Fonte: Charcot, 1890j, p. 447.

Para Charcot (1890j), a presença dos estigmas clássicos e de ataques (incompletos, mas bem definidos) já seriam suficientes para demonstrar a origem histérica dos seus sintomas. Para acrescentar elementos de diagnóstico diferencial, Charcot faz notar que a paraplegia apresentada por Le Log... obedece a todas as “paralisias histéricas psíquicas ou mentais”:

(...) que foram designadas pelo nome de **paralisias psíquicas, paralisias dependentes de uma ideia** (*P. dependente de uma ideia*), **paralisia por imaginação** (*P. durch Einbildung*), não digo, observem bem, **paralisia imaginária**; pois, em suma, essas impotências motoras desenvolvidas pelo fato de um distúrbio psíquico são, objetivamente, tão reais quanto aquelas que dependem de uma lesão orgânica: elas se assemelham (...) por um grande número de características clínicas comuns que muitas vezes tornam o diagnóstico muito difícil¹²⁶ (Charcot, 1890f, p. 335-6, tradução própria, grifos do autor).

¹²⁶ Do original : « [...] paralysies psychiques, paralysies dépendant d'une idée (*P. dependent on idea*), paralysies par imagination (*P. durch Einbildung*), je ne dis pas, remarquez-le bien, paralysies imaginaires ; car, en somme, ces impuissances motrices développées par le fait d'un trouble psychique sont, objectivement, tout aussi réelles que celles qui dépendent d'une lésion organique : elles s'en rapprochent même (...) par un grand nombre de caractères cliniques communs qui rendent souvent le diagnostic très difficile ».

Se tomamos a delimitação na linha do abdômen, notamos como o limite é marcado a fim de preservar os órgãos genitais. Numa anestesia dos membros inferiores como consequência de uma lesão orgânica localizada, por exemplo, se observaria uma linha na parte inferior do abdômen, onde se limitaria, do lado das partes saudáveis, por uma linha perpendicular ao eixo do tronco, passando próximo ao umbigo.

Charcot compara a paralisia de Le Log... com a paralisia das histéricas hemianestésicas hipnotizáveis, em que a anestesia atinge partes profundas do corpo (e não somente na pele, por exemplo) e todas as noções anatômicas estão abolidas. Nessas mulheres, esse tipo de paralisia dos membros inferiores foi provocada via sugestão. O ponto chave da discussão do caso Le Log... é que mesmo sem o paciente ter sido hipnotizado, defende-se que o mecanismo de produção da paralisia seja o mesmo.

Ainda que não esteja no escopo desse trabalho, é importante marcar, brevemente, as características dos três estados da divisão da hipnose – letargia, catalepsia e sonambulismo – do ponto de vista da ideia. Na fase letárgica (Charcot, 1890f), ou o “grande hipnotismo”, o sujeito se apresenta em um intenso estado de inércia mental, sendo impossível estabelecer qualquer relação com ele ou comunicar-lhe qualquer ideia. A catalepsia é a fase que permite o início do trabalho com a hipnose: há uma inércia mental menos profunda e o médico pode provocar um despertar parcial das funções psíquicas do sujeito. É possível, nessa etapa, fazer renascer uma ideia, mas ela ainda é limitada; não há propagação do movimento induzido pela ideia. Na catalepsia, o psiquismo do sujeito deverá ser acionado pelo sentido muscular: o gesto significará a ideia que se pretende transmitir. No entanto, essa forma de impressão da ideia é limitada a si mesma e não tem longa duração. Charcot (1890f), ao passo em que diferencia as duas primeiras fases, destaca que no sonambulismo todos os sentidos do sujeito estão disponíveis e a sensibilidade às ideias comunicadas está em evidência. Trata-se de um estado de obnubilação, no qual a sugestão provoca apenas um despertar parcial; ainda assim, mais elementos psíquicos entram em ação, produzindo uma difusão suficiente para gerar certa tendência à “reconstrução do eu” – por isso não é de se estranhar que o sujeito apresente alguma resistência. No sonambulismo, a relação entre o gesto e a ideia se torna menos mecânica e, dada a sua complexidade, podem assumir a forma de ações voluntárias do sujeito. Pode-se apresentar um objeto, imitar um objeto ou um animal ou associar uma palavra a um gesto, não importa a escolha do médico. Torna-se fácil, portanto, nesse estado de sonambulismo, causar impressões intensas que, associando-se a outras, podem criar uma teia de representações.

Portanto, assim como no sonambulismo hipnótico, nas intoxicações por haxixe ou por uso de álcool, o choque traumático causa uma impressão clinicamente relevante no sujeito:

Em primeiro lugar, é certo que o estado mental observado no período sonambúlico do hipnotismo não constitui a condição única onde, em consequência da obnubilação da consciência ou da dissociação fácil do eu (*moi*), seja possível **despertar nos órgãos psíquicos uma ideia ou um grupo de ideias associadas que, na ausência de todo controle e de toda crítica, deverão estabelecer-se em estado autônomo, viver à maneira de um parasita**, por assim dizer, adquirindo por esse mesmo fato uma força enorme e um poder de realização, por assim dizer, sem limites¹²⁷ (Charcot, 1890j, p. 451, tradução própria).

Seja nas paralisias histéricas seja nos casos de histeria traumática é possível afirmar, novamente com o uso da metáfora da “ideia parasita” que:

(...) em razão da obnubilação do **eu** produzida, num caso, pelo hipnotismo e, no outro caso, como se imaginou, pelo choque nervoso, esta ideia, uma vez instalada, fixada no espírito e ali reinando sozinha, sem controle, teria se desenvolvido e ali adquirido força suficiente para se realizar objetivamente, sob a forma de paralisia. A sensação em questão teria, portanto, desempenhado, em ambos os casos, o papel de uma verdadeira sugestão¹²⁸ (Charcot, 1890g, p.355-6, tradução própria, grifo do autor).

Ellenberger (2023) insere essa explicação charcotiana do incidência de fenômenos histéricos a partir da perspectiva denominada por ele de “ideodinamismo”: a tendência do sistema nervoso de transformar ideias em atos. Graças às análises do fenômeno hipnótico, foi possível perceber como uma ideia sugerida no período do sonambulismo pode produzir efeitos no psiquismo após o sono hipnótico. Citando uma aula de Charcot de Maio de 1885 sobre paralisias histéricas e traumáticas, entende-se, à semelhança da citação anterior, que:

uma ideia, um grupo coerente de ideias associadas, estabelece-se no espírito como parasitas, permanecendo isolados de todo o resto e expressando-se externamente por meio de fenômenos motores correspondentes [...] O grupo de ideias sugestionadas encontra-se isolado e apartado do controle dessa **grande coleção de ideias pessoais**, acumuladas e organizadas por um longo período, que constitui a consciência propriamente dita, **isto é, o eu** (Charcot, 1885 *apud* Ellenberger, 2023, p.162, grifo nosso).

Na vivência traumática do hístico observa-se a seguinte dinâmica: um choque traumático provoca um fenômeno dissociativo em que a imagem construída a partir do trauma se torna uma ideia fixa. Essa ideia, por sua vez, exerce tamanha força sobre o eu consciente que

¹²⁷ Do original: « En premier lieu, il est certain que l'état mental qui s'observe dans la période somnambulique de l'hypnotisme ne constitue pas la condition unique où, par suite de l'obnubilation de la conscience, de la dissociation facile du moi, il soit possible d'éveiller dans les organes psychiques une idée ou un groupe d'idées associées qui, en l'absence de tout contrôle, de toute critique, devront s'établir à l'état autonome, vivre à la manière d'un parasite en quelque sorte, acquérant par ce fait même une force énorme et une puissance de réalisation pour ainsi dire sans limites ».

¹²⁸ Do original : « Or, en raison de l'obnubilation du moi produite dans un cas par l'hypnotisme ; dans l'autre cas, ainsi qu'on l'a imaginé, par le choc nerveux, cette idée une fois installée, fixée dans l'esprit et y régnant seule, sans contrôle, s'y serait développée et y aurait acquis assez de force pour se réaliser objectivement, sous la forme de paralysie. La sensation dont il s'agit aurait donc joué dans les deux cas, le rôle d'une véritable suggestion ».

paralisa a sua força de revivescência (ela reprime a “grande coleção de ideias pessoais” ou impõe a amnésia). Sob a força das ideias fixas, os pensamentos ficam presos, inacessíveis ao eu consciente; a capacidade de rememoração do sujeito também fica paralisada (Bouchara, Mazet e Cohen, 2010).

O terror ou o pavor causado pelo acidente colocava a vítima em um estado mental semelhante ao transe, tornando o sistema nervoso suscetível a uma “ideia fixa” – no caso de Le Log..., a ideia de que seus membros inferiores estavam mortos ou paralisados. Caso o sujeito estivesse em um estado normal (e não num estado pós choque nervoso), essa ideia seria descartada após ele perceber que havia lesão física. No entanto, no estado análogo à hipnose, a ideia de que a carroça passou por cima de suas pernas se torna uma “ideia fixa” e a consciência, ocupada com o choque, permite, nos termos de Charcot, que essa ideia parasita se instale na periferia da mente (cf. Figura 1, p. 28). Ou seja, segundo Charcot (1890f), o estado mental derivado do choque nervoso (que sobreviveu um tempo ao próprio acidente) equivaleria, em sujeitos predispostos como Le Log..., ao estado cerebral que o estado no sonambulismo determina nos histéricos. Ao tentar visualizar esse processo mental traçando analogias entre a histeria traumática e estados de embriaguez, intoxicação por drogas e o próprio estágio sonambúlico do transe hipnótico, Charcot o aproxima de um processo de tentativa de “desparalisar” o sujeito: se uma paralisia pode ser produzida por uma ideia, uma ideia contrária pode fazê-la desaparecer. Além disso, Charcot vai criando uma gramática pouco neurológica para se aproximar desse processo.

É reconhecível no caso de Le Log... a existência de um estado mental favorável à eficácia das sugestões; melhor dizendo, das autossugestões. Para Trillat (1991) seria preciso, na opinião de Charcot, provar que Le Log... já era um histérico antes do acidente, uma vez que o trauma provocou um estado semelhante ao hipnótico em que a autossugestão se instalou e produziu a paralisia. A autossugestão é definida na análise do caso como um processo que ocorre durante o “vazio” deixado pela perda de consciência (Le Log... ficou inconsciente após o acidente, ficou em coma por horas no hospital...). Nem todas as sugestões, marca Charcot (1890i), estão relacionadas à palavra. Há as que aparecem pela percepção de um cheiro, um sabor, a visão de um objeto específico ou uma sensação qualquer. Também podem ser provocadas por uma pessoa estranha ou a consequência de uma modificação sensorial desenvolvida de modo espontâneo ou acidental no próprio sujeito. A autossugestão de Le Log foi provocada por um choque que poderia ser mínimo: a combinação entre o choque local (ou da percepção da incidência da carroça e do cavalo sobre um ou mais partes de seu corpo) e o choque nervoso, atrelada à emoção intensa e o medo que o acidente necessariamente provocou

em seu espírito. A autossugestão, nesse sentido, amplifica os fenômenos do choque local e produz as paralisias psíquicas:

Sabe-se que, no homem, uma emoção viva e súbita, o pavor, por exemplo, e, *a fortiori*, o terror, acarretam quase necessariamente consigo um sentimento de impotência motora dos membros inferiores e, no grau mais alto, sem sair ainda contudo das condições por assim dizer fisiológicas, uma verdadeira paresia paraplégica acompanhada às vezes de tremor. **O choque nervoso cerebral (*nervous-shock*), inseparável da emoção, produzirá em tal caso, em um sujeito predisposto, a modificação mental que tornará possível a transformação da paresia emotiva, transitória, fisiológica, em uma verdadeira paraplegia completa e duradoura.** É da mesma forma, provavelmente, que convirá explicar um bom número das paraplegias produzidas pelo raio¹²⁹ (Charcot, 1890i, p. 434-5, tradução própria, grifo nosso).

Há também em Le Log... um processo de “incubação da elaboração mental inconsciente” em que a paralisia não se produz no mesmo dia do acidente. Alguns dias depois do ocorrido, Le Log... queixava-se de fraqueza muscular e uma certa ausência desses membros. Esses fenômenos (ocasionados pelo choque local) fizeram “nascer no espírito” de Le Log... a certeza de que as rodas da carroça teriam passado pelo seu corpo. São justamente essas partes do corpo, afetadas de certa forma pelo choque local que, por sua vez, determinaram a autossugestão de onde deriva a paraplegia apresentada por ele.

Sobre o destino de Le Log..., nos meses de Maio e Junho o caso não apresentou mudanças. Quase um ano após o acidente, em Agosto de 1886, ele sofreu um ataque histérico extremamente violento e completo. Durante as convulsões, seus membros inferiores agitaram-se com tamanha força que ele chegou a deslocar o leito com os pés. Assim que o ataque terminou, ele desceu da cama e começou a caminhar. Em poucas horas, sua marcha tornou-se absolutamente normal. Apesar do espaçamento dos ataques e da melhora do movimento dos membros inferiores, os estigmas histéricos persistem: o paciente apresenta a perda de sensibilidade nos membros inferiores, o estreitamento do campo visual e a anestesia da faringe.

O que pareceria um caso padrão de diagnóstico de histeria masculina de origem traumática é, para Gauchet e Swain (1997), o momento em que Charcot apresenta o papel da ideação na formação do sintoma histérico. Le Log... é perseguido pela ideia de que a carroça passou por cima do seu corpo. É essa versão do acontecimento, “sonhada e inconscientemente

¹²⁹ Do original: « On sait que, chez l'homme, une émotion vive et soudaine, la frayeur, par exemple, et, *à fortiori*, la terreur, entraînent à peu près nécessairement avec elles un sentiment d'impuissance motrice des membres inférieurs, et, au plus haut degré, sans sortir encore pourtant des conditions pour ainsi dire physiologiques, une véritable parésie paraplégique accompagnée parfois de tremblement. Le choc nerveux cérébral (*nervous-shock*), inséparable de l'émotion, produira en pareil cas, chez un sujet prédisposé, la modification mentale qui rendra possible la transformation de la parésie émotive, transitoire, physiologique, en une véritable paraplegie complète et durable. C'est de la même façon, probablement, qu'il conviendra d'expliquer bon nombre des paraplegies produites par la foudre ».

construída”, e não o que de fato ocorreu, que está na origem de sua paraplegia. Sobre um fundo de amnésia e de um estado de “entorpecimento intelectual” resultante tanto do impacto físico quanto do terror vivido, operou-se um processo de “incubação” do qual emerge a ideia de impotência motora: “Sua memória, aliás, parece consideravelmente enfraquecida. Ele não se lembra de nada do acidente em si, independentemente do que diga, e há motivos para acreditar que tudo o que ele conta foi sonhado e inventado inconscientemente, ampliando tudo o que ouviu dizer sobre o assunto¹³⁰” (Charcot, 1890j, p.457, tradução própria).

Os autores nos alertam que, apesar do vocabulário charcotiano estar diferente no caso Le Log..., ainda se trata de um inconsciente cerebral, sendo o córtex cerebral o local central para fenômenos psíquicos e convocado a participar do silencioso processo de ideação. Ainda assim, segundo Gauchet e Swain (1997), parece que Charcot estaria tomando como exemplo o caso de Le Log... para ensaiar uma outra vertente, uma espécie de “psicologização” para suas próximas análises¹³¹.

A transição das investigações de Charcot para a histeria masculina representou um marco epistemológico na história da psiquiatria, ao promover o que se pode chamar de “cerebralização” e “masculinização” dessa patologia. Ao desvincular a histeria de suas raízes uterinas e localizá-la no sistema nervoso central, Charcot demonstrou que a doença era uma afecção funcional independente da anatomia reprodutiva, afetando homens – trabalhadores, soldados e artesãos – com a mesma gravidade e rigor sintomático observados em mulheres.

Os casos de histeria traumática apresentados nesta seção revelam, em sua maioria, uma forma frustra, ou seja, uma forma parcial, incompleta da Grande Histeria. Ainda assim, durante o diagnóstico diferencial, Charcot não encontra lesão orgânica nas contraturas, paralisias e anestésias, ao passo em que estigmas discretos da histeria e a *aura histérica* costumam aparecer.

¹³⁰ Do original: « Sa mémoire, d'ailleurs, paraît considérablement affaiblie. De l'accident lui-même il ne se rappelle rien, quoi qu'il en dise, et il y a lieu de croire que tout ce qu'il en raconte il l'a rêvé et inventé inconsciemment, amplifiant tout ce qu'il a entendu dire à ce sujet. Même pour les faits antérieurs à l'accident, il y a dans son esprit des lacunes énormes ».

¹³¹ Para Gelfand (2024), não temos como prever os trabalhos posteriores de Charcot, caso não tivesse morrido subitamente em 1893. As notas da última aula de Charcot, proferida em 09 de Maio daquele ano revelam o interesse de Charcot, já manifesto nos últimos anos de sua carreira pela psicologia. Em específico, nessa última resgata o papel dos sonhos na histeria. Ainda com Gelfand, os trabalhos de Charcot sobre a histeria sempre estiveram às voltas com a anatomia patológica e o recurso às explicações psicológicas que estavam ganhando espaço no final do século XIX. A própria histeria, os sonhos, a amnésia, simbolismo, sexualidade, comportamento inconsciente e personalidade múltipla (a dissociação do eu) eram temas dos estudos psicológicos da época.

A busca pela origem dos sintomas reside no encontro entre uma disposição latente do sujeito que aguarda apenas a ocasião para manifestar-se. No traumatismo sofrido pelos pacientes – mesmo que pareça insignificante – o trauma age de forma intensa sobre a predisposição geral do sujeito. O trauma “desperta” a doença que estava latente. Micale (2001), ao problematizar o trauma dentro do paradigma charcotiano, aponta que:

De fato, Charcot observou que as lesões corporais mais graves frequentemente não provocavam nenhuma reação psiconeurótica. Ele passou a especular que era mais provável que o caráter **súbito** do acidente, em vez de sua intensidade, influenciasse o desenvolvimento subsequente de um estado patológico. Ao desenvolver esses pontos, Charcot efetivamente relativizou o próprio conceito de trauma: isto é, o “trauma” torna-se o resultado do processamento psicológico subjetivo de uma experiência, que varia amplamente de indivíduo para indivíduo, em vez do evento real em si¹³² (Micale, 2001, p. 127, tradução própria, grifos do autor).

Tomando os homens como base de análise, os casos discutidos nessa seção apontam para um modelo etiológico das neuroses traumáticas que envolve uma predisposição hereditária (a diátese histérica) e um acidente físico (normalmente de menor gravidade) acompanhado de um intenso choque nervoso que assume sua função de agente provocador das manifestações histéricas. Para cada paciente alvo do seu exame clínico, Charcot e seus alunos elaboravam mapas com os locais das paralisias e/ou das zonas histerogênicas, a depender do caso (conforme as figuras ilustrativas presentes nesta seção).

Ao observar que choques físicos podiam provocar uma emoção tão intensa a desencadear paralisias e mutismos persistentes sem qualquer lesão anatômica visível, Charcot identificou o trauma como o agente provocador de uma “lesão dinâmica” ou funcional. Um dos pontos fundamentais que emerge dos casos apresentados nessa seção é a observação de que o sintoma histérico raramente aparece no exato momento do acidente. Existe um intervalo de tempo entre o evento traumático e o surgimento da paralisia ou contratura, que ele chamou de período de incubação ou fase de meditação. Durante esse tempo, o indivíduo, em um estado de “choque nervoso”, processa o evento de forma não consciente, permitindo que a (auto)sugestão traumática se instale.

Conforme Micale (1990a), ao lermos os trabalhos finais de Charcot, podemos incorrer no erro de superdimensionar o componente psicológico no pensamento do neurologista francês. Apesar das reflexões de Charcot sobre o caso de Le Log... apontarem o caminho para uma

¹³² Do original: “In fact, Charcot noted that the gravest bodily injuries often elicited no psychoneurotic reactions at all. He went on to speculate that it was more likely the *suddenness* of the accident, rather than its strength, that influenced the subsequent development of a pathological state. By developing these points, Charcot effectively relativized the concept of trauma itself: That is, “trauma” becomes the result of the subjective, psychological processing of an experience, which varies widely from individual to individual, rather than the actual event itself”.

explicação psicológica de sintomas físicos (uma “teoria da conversão”), Micale afirma que Charcot não abandonou a anatomia e a fisiologia. No entanto, Charcot parece fornecer um passo importante na tendência geral que se segue no século XX para os modelos psicogênicos.

Apesar dos inúmeros paralelos entre a histeria masculina e a histeria feminina, é importante marcar o fato de que a adequação do modelo da Grande Histeria na população masculina gerou divergências. A noção geral de histeria como uma doença funcional do sistema nervoso apresentava duas categorias de fatores etiológicos (Andersson, 2000): os hereditários e os traumáticos; os fatores traumáticos desempenhavam o papel de atualização da disposição hereditária geral do sujeito. Nesse sentido, uma mulher “tornava-se histérica” como resultado de uma experiência emocional avassaladora. Conforme Micale (1990a), as mais comuns, em ordem de frequência, eram: 1) turbulência conjugal, 2) amor não correspondido, 3) êxtase religioso, 4) medo supersticioso e 5) morte de um membro da família. Essas experiências ocorriam com maior frequência no ambiente doméstico. Já os homens “tornavam-se histéricos” após um acidente traumático – em sua maioria, relacionado ao trabalho – que poderia se agravar na presença de sífilis ou alcoolismo. Ainda que Charcot tenha tomado o modelo feminino para análise da histeria traumática, o baixo número de casos de mulheres com sintomas histéricos decorrentes de uma experiência traumática nesse modelo é proporcional a presença quase nula de casos de homens histéricos sem (ao menos a ideia de) uma ameaça à sua vida. Micale (*op.cit.*) complementa o argumento apontando que, nos homens, as emoções ligadas a um evento traumático são “viris”, como raiva e ciúme.

De forma geral, as mulheres histéricas, como tradicionalmente a conhecemos no campo psicanalítico, adoecem por uma espécie de vulnerabilidade emocional no ambiente privado, pela incapacidade de lidar com seus próprios sentimentos. Enquanto a causa do adoecimento dos homens era quase sempre externa e violenta: o acidente na fábrica, o descarrilamento do trem ou impacto de um raio. Ao contrário da espetacularização da fragilidade e frivolidade femininas, o homem histérico é descrito como sombrio, deprimido e melancólico. Ainda assim, Charcot fornecia pouca informação sobre o estado mental de seus pacientes masculinos; enquanto os prontuários das mulheres eram repletos de descrições sobre crises de choro, tentativas de suicídio e o brio histérico, os relatos dos homens eram narrativas relativas a questões quase exclusivamente físicas, como podemos notar em alguns casos analisados aqui. Micale (1990a) nos lembra que, raramente, os histéricos eram registrados chorando. Enquanto o sofrimento das mulheres é teatral, mesmo com o reconhecimento da realidade do choque nervoso e do impacto deste no psiquismo, o diagnóstico de histeria masculina foi

neurologizado; retirou-se dele qualquer emocionalidade, transformando o histérico em uma vítima digna da modernidade, em oposição à instabilidade da mulher histérica.

Charcot foi, afinal de contas, um *visuel*. Graças ao uso do método anátomoclínico nos homens, ele transformou o grito histérico em silêncio melancólico e o afeto feminino em rigidez muscular. Ainda que o trauma tivesse operado uma mudança importante na etiologia da histeria, o que mudou foi a *origem* da doença e não o *olhar* do médico. Seria preciso uma outra ciência para *escutar* os sentidos do trauma inominável que o sujeito não conseguia processar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início, esta pesquisa tomou especial atenção em não repetir o viés salvacionista ou lendário que permeia os escritos tradicionais de história da psicanálise sobre Jean-Martin Charcot. Ao mesmo tempo em que reconhecemos, sem dúvida, uma herança charcotiana na Psicanálise (daquilo apresentado em textos freudianos na seção III), problematizamos o fato de que ela não residiria somente no trabalho de Charcot com as mulheres na Salpêtrière. As mulheres, certamente, foram peças fundantes da construção da nosografia do neurologista francês e protagonizaram inúmeras cenas de diagnóstico diferencial entre a histeria e a epilepsia pela exploração do caráter camaleônico (muitas vezes via hipnose) daquela doença nervosa; também foram alvo do escrutínio do método anátomoclínico e responsáveis, em contrapartida, pela invenção da histeria como passamos a conhecer na medicina do *fin-de-siècle*. Da interface entre medicina e cultura, vimos emergir leituras sobre a histeria que pautaram as relações de poder entre o médico e o paciente no interior do hospital, ao passo em que as mudanças advindas da modernidade provocaram as transformações na organização do hospital que redefiniram a Salpêtrière no tempo de Charcot como um museu vivo, um complexo laboratorial de pesquisas e um local de ensino reconhecido internacionalmente, além de um aparato para publicização das descobertas. Nos limites do hospital, a doença se torna objeto de conhecimento e as históricas se tornam, simultaneamente, pacientes e colaboradoras involuntárias de uma dramaturgia clínica sem precedentes.

Sob o rigor do olhar de Charcot, o corpo histérico feminino foi mapeado em zonas histerógenas e estigmas permanentes e utilizado na construção da base empírica das leis e do ordenamento da *hysteria major*. Seguida da *aura hysterica*, o ataque histérico é descrito em quatro fases distintas (epileptóide, *clownismo*, atitudes passionais e delírio) às quais servem de parâmetro para o diagnóstico diferencial. O modelo de ensino de Charcot com foco na observação clínica (independente dos achados anatômicos e fisiológicos) colocava os estudantes de medicina diante de uma investigação minuciosa dos chamados “casos típicos”. Da apresentação dos antecedentes hereditários e pessoais à descrição pormenorizada dos sintomas visíveis (além do uso de um aparato laboratorial para investigação do campo visual, dos comprometimentos na sensibilidade e no tônus muscular), os casos de histeria multiplicaram-se diante dos olhos encantados dos alunos e frequentadores do Serviço de Charcot, fazendo-os ver que a *Hysteria* (quase como sinônimo de Neurose) obedeceria a uma regularidade que poderia ser observada em todos os lugares.

Apesar de ainda refém do modelo feminino de adoecimento sob o qual a Grande Histeria foi forjada, Charcot dedica-se, na parte final de sua vida, ao trabalho com homens histéricos. É nesse cenário de hiperexposição das mulheres e de uma nosografia bem estabelecida que a figura do homem histérico emerge como uma espécie de fenda no discurso hegemônico da Salpêtrière. Os casos masculinos ocupam espaço nos escritos de Charcot (e de seus discípulos) a partir da criação de um ambulatório em que esses sujeitos acessam o Serviço da Salpêtrière em busca de uma cura para os seus sintomas enigmáticos. Charcot não inaugura o diagnóstico da histeria masculina – que já havia sido tematizado por alguns de seus antecessores – mas redesenha a etiologia da histeria retirando-a do domínio exclusivo do ginecológico para situá-la entre o neurológico e o psíquico.

Ao orientar os seus alunos a ignorar a etimologia da palavra histeria e analisá-la como uma afecção nervosa e vinculá-la ao trauma – fosse ele a colisão de um trem, um acidente numa fábrica, o susto por um raio ou uma paralisia por sugestão – Charcot, finalmente, encontrará uma universalidade na histeria que o retorno ao útero não poderia sustentar. Se nos homens e nas mulheres trata-se de uma mesma doença (uma lesão dinâmica no sistema nervoso), por que a escolha de manter o nome que, por si só, remeteria a uma contradição etimológica? Charcot pode ter modernizado a categoria *histeria*, mas parece, à primeira vista, não ter considerado renunciar ao signo que lhe conferia autoridade no campo das neuroses.

Além disso, a insistência de Charcot em definir os homens como “robustos” e “vigorosos” e em colocar o foco na força do evento traumático (e não numa fragilidade emocional) permite que o homem seja histérico sem perda da virilidade. As mulheres, antes simuladoras, tornaram-se os modelos canônicos da histeria, cujos corpos seguiam confinados à sua própria predisposição nervosa. Por outro lado, para que a histeria traumática masculina emergisse, era necessária a combinação do evento traumático (externo) com uma disposição hereditária e não uma “fraqueza de espírito” de homens “afeminados”. Nesse sentido, o trauma é definido a partir da sua intensidade, da forte impressão e comoção que causa no sujeito. Charcot insere a histeria na lógica da causalidade psíquica (ainda que conectada ao cérebro) e o trauma, isolado como agente provocador, atua como uma espécie de “sugestão traumática”, funcionando de maneira análoga à hipnose praticada no hospital. O choque nervoso (associado ao choque físico) produziria um estado de estreitamento da consciência que permitia que a representação do evento (uma ideia fixa) se instalasse e se traduzisse em paralisia ou contratura. Importante marcar que a noção de que um evento do passado – presentificado no psiquismo do sujeito – tem o poder de governar o corpo no presente não é estranha à psicanálise freudiana. O que Freud faz, a partir das pistas presentes no posfácio, é ampliar (ou deslocar) a etiologia da

histeria da combinação do trauma e da hereditariedade para o terreno da sexualidade e da economia libidinal. Sob o signo da “neurose” (e não da histeria), Freud deriva um funcionamento psíquico que admite o trauma, o período de latência, a dissociação do eu e o desenvolvimento de sintomas que desafiam marcadores anatômicos. E, mais ainda, possibilita o resgate do conteúdo do trauma e da narrativa da história de vida do sujeito.

O posfácio a esta tese – do encontro de Freud com Charcot – tinha como objetivo original a reconstrução do movimento de aproximação de Freud e Charcot nos caminhos teóricos e pessoais. Demonstramos que Freud não foi a Paris somente para aprender técnicas neurológicas, mas que ele encontrou na Salpêtrière a autoridade necessária para sustentar a legitimidade científica da histeria e do trauma, temas que já começavam a desafiar o localizacionismo vienense de Meynert. A análise da correspondência entre Charcot e Freud permite a leitura também de um embate epistemológico e de rupturas operadas posteriormente. Destaque nessa seção para o debate acerca do mito construído em torno da conferência de Freud sobre histeria masculina proferida na Sociedade de Médicos de Viena em Outubro de 1886. Contudo, em comparação com as seções que a antecedem, talvez fosse necessária uma ampliação no debate com o acréscimo de mais textos e/ou comentadores interessados nos efeitos epistemológicos da relação entre os dois.

Conforme discutido no primeiro capítulo desta tese, após a morte de Charcot houve a dissolução, *pari passu*, das estruturas do Serviço de Charcot na Salpêtrière e da relevância da histeria como categoria diagnóstica autônoma (em mulheres e em homens). A “universalidade” da histeria pretendida pela escola da Salpêtrière foi rapidamente fragmentada: enquanto os sintomas femininos permaneceram sob o rótulo da histeria, os mesmos fenômenos no homem foram redistribuídos em categorias como a neurastenia ou a hipocondria, que preservavam a dignidade do paciente masculino ao evitar a marca do feminino. Além disso, no período em que o foco dos trabalhos de Charcot esteve no teatro da histeria e da hipnose, o prestígio pelos seus achados neurológicos na Salpêtrière esteve em declínio numa parcela específica da medicina francesa. Por entraves políticos e pessoais, a maioria dos seus alunos não deu continuidade às pesquisas do mestre; outros, como Pierre Janet, buscaram estabelecer seus nomes de forma independente no campo das doenças nervosas.

Ficamos com a impressão de que sem o escudo tirânico de Charcot, a histeria masculina – marcada por sua etimologia uterina e por séculos de estigma de feminização – tornou-se insustentável para a masculinidade acentuada da virada do século. A análise de Zaretsky (2006) da relação entre a psicanálise e os traumas da Grande Guerra aponta para um contexto em que, diante dos sintomas sem lesão aparente dos soldados, o paralelo com a categoria *histeria* fora

convocado. No entanto, ela estava sendo descrita como uma afecção da vontade, cujos termos “neurose de pensão” ou “neurose da ganância” aparecem para minar a sua legitimidade. Se discutimos com Trillat (1991) o papel de Babinski (ex-aluno de Charcot) como o arquiteto da dissolução da categoria da histeria, é no contexto da Primeira Guerra que as facetas do seu trabalho ganham contornos importantes. Com o início da guerra em 1914, o modelo de Babinski tornou-se a doutrina oficial do Exército Francês e tinha o objetivo claro de desmascarar o fingimento e devolver o soldado ao *front* (Drozdowski, 2018). Do ponto de vista dos impactos da Primeira Guerra para o declínio da categoria de *histeria masculina* (em que um choque nervoso decorrente de um choque físico) era agora reduzida ao “pitiatismo” – uma sugestibilidade patológica que deveria ser combatida com o rigor da persuasão. O sofrimento do soldado traumático de guerra fora despojado de sua legitimidade médica e rebaixado à condição de uma falha moral; ao menos no contexto da guerra, o destino do homem traumático fora selado bem distante da nosografia charcotiana.

Quanto ao detalhamento da metodologia utilizada na construção da historiografia aqui apresentada: a partir da hipótese de que seria possível fazer uma análise do conceito de trauma dentro da obra de Charcot tomando como base a histeria masculina, a seleção do *corpus* documental privilegiou fontes primárias produzidas na Salpêtrière. O acesso às aulas (*Leçons sur les maladies du système nerveux, Leçons du Mardi, Leçons du professeur, mémoires, notes et observations: parus pendant les années 1889-90 et 1890-91, Œuvres Complètes de Jean-Martin Charcot*) e aos periódicos como *Archives de neurologie* e *Progrès Médical* foi facilitado pela disponibilidade digital desses arquivos. Com relação ao acesso às fontes, alguns desafios se apresentaram. Apesar da Biblioteca Charcot na Sorbonne conter muitos arquivos digitalizados, várias aulas mencionadas pelos comentadores que acessamos (ou pelo próprio Charcot e seus alunos) não estavam disponíveis virtualmente. Houve algumas menções a traduções dos trabalhos de Charcot para o inglês, mas não foram encontradas no período em que essa pesquisa documental foi realizada. Apesar de ter havido a preocupação de sinalizar as datas das aulas discutidas neste trabalho, a impossibilidade dessa menção está na ausência dessa informação no próprio texto.

Com relação às fontes secundárias, optou-se por ampliar o escopo de comentários das obras de Charcot (e da sua interseção com a psicanálise) a partir de referências da história e da medicina. Com relação a histeria, apoiamos-nos nas análises de Trillat (1991), mas não utilizamos Didi-Huberman (2015), por exemplo, para fundamentar a subseção sobre histeria. Essa escolha, de forma geral, se justifica pela busca de uma nova forma de apresentar e comentar acontecimentos e conceitos que são familiares no campo psicanalítico. Em específico,

com relação a ausência da referida pesquisa de Didi-Huberman neste trabalho, o autor tem como foco de seu texto a análise da histeria como uma “invenção” que coaduna o aparato fotográfico, o desejo do médico de tudo fixar em imagens para classificar e identificar a regularidade da histeria e o espetáculo visual convincente. Na nossa busca pela definição da Grande Histeria, o foco foram os textos charcotianos; com relação a histeria masculina, Didi-Huberman (2015) não a toma como objeto de sua análise uma vez que da Iconografia produzida entre 1875 e 1880 os homens estavam ausentes. Argumenta Didi-Huberman (*op.cit.*) que os homens só teriam protagonizado trabalhos fotográficos em 1888 e, nesse sentido, crítica a “histerização” empreendida na Salpêtrière, uma vez que os traços e as poses buscadas na histeria masculina continuaram pertencendo ao registro da feminilidade. Ainda em 1888 uma Nova Iconografia da Salpêtrière é publicada contendo casos masculinos; no entanto, na versão digital que tivemos acesso, as fotografias não estão disponíveis. De outro lado, Bouchara (2013) se dirige a Didi-Huberman e afirma que o historiador, ao fixar sua análise no caso de Augustine, ignora os textos e as fotografias produzidos no terreno da histeria masculina e conclui, segundo a autora, pela não existência da doença nos homens.

É preciso frisar que Charcot não escreveu um “Tratado Médico” e suas obras completas são reproduções (feitas por seus alunos) das aulas ministradas por ele na Salpêtrière. As aulas das terças e das sextas-feiras organizam-se do ponto de vista da realização de um diagnóstico e de um prognóstico. A teoria, obviamente, está presente na análise charcotiana; no entanto, o desafio na leitura e na análise das aulas esteve também em fazer decantar da apresentação dos casos os conceitos que nos propusemos a estudar.

A escolha dos textos de Charcot seguiu, inicialmente, critérios cronológicos: buscou-se a tese de medicina defendida por ele, as aulas iniciais sobre geriatria, gota e reumatologia e as aulas inaugurais no campo da histeria. Num segundo momento, a busca se deu pelas aulas temáticas: por vezes, o título se referia a um caso de histeria traumática e não se tratava de um homem (e essa aula era descartada). Os descritores da busca foram “*hystérie de origine traumatique chez l'homme*”, “*cas de... hystérique de cause traumatique chez l'homme*” ou somente o “*chez l'homme*” em algum momento para filtrar as aulas dedicadas àquele público. Os casos mencionados na terceira seção (os adolescentes estrangeiros, os medos de raio, os acidentes nas fábricas e Le Log...) obedeceram a uma seleção orientada pela evolução conceitual da forma como a lida de Charcot com a histeria masculina vai tomando. Esses casos serviram para ilustrar os argumentos charcotianos acerca dos paralelos entre histeria masculina e feminina, a robustez dos pacientes e a presença do trauma na etiologia da histeria. Com Le Log... somos orientados pela busca do mecanismo da paralisia hística de origem traumática e

pelo papel da ideia fixa, de uma representação instalada no psiquismo do sujeito num estado de “hipnotismo natural” provocado pelo choque traumático.

Quanto ao ordenamento das traduções e à análise dos textos originais, o trabalho tentou priorizar empréstimos e equivalências diretas (ainda que causassem algum estranhamento terminológico) em detrimento de transposições, modulações e correspondências que pudessem gerar uma adaptação anacrônica dos documentos. Escolhemos traduzir *lesion dynamique*, *idée fixe*, *agent provocateur* e *consultation externe* como “lesão dinâmica”, “ideia fixa”, “agente provocador” e “consulta externa”, por exemplo, e mantivemos termos como *aura hysterica* como se apresentam no original. Os termos médicos utilizados na descrição da sintomatologia da histeria, após a tradução, ganharam significados dentro dos casos, a exemplo de paraplegia, hemiplegia, monoplegia, hemianestesia, estupor, anosmia, ageusia (perda de audição e paladar, respectivamente), hipocusia, analgesia e anestesia. Houve algumas adaptações com relação às profissões (tanto das mulheres quanto dos homens) e de objetos como “carrinho de mão”/*brouette*, mas são mais a exceção do que a regra.

Encontramos em nossas pesquisas menções sobre o entendimento de Charcot do papel da sexualidade na origem dos sintomas histéricos (Andersson, 2000; Micale, 2001). É interessante notar que apesar das representações visuais femininas mais conhecidas da Iconografia fotográfica da Salpêtrière estarem carregadas de erotismo, Charcot rejeitou, até onde essa pesquisa acessou, uma patogênese sexual (tanto para a histeria feminina quanto para a masculina). A sexualidade, quando mencionada, aparece como um agente provocador entre outros e nos relatos clínicos apresentados nessa pesquisa, as questões sexuais não são mencionadas. Apesar das construções visuais, a nível teórico, reforça Micale (2001), Charcot e seus alunos recusaram o reconhecimento da dimensão sexual na histeria como uma estratégia: retirar da histérica (e, conseqüentemente, do histérico) o seu caráter libidinoso era afastá-la dos estereótipos do imaginário médico e aproximá-la de um diagnóstico científico. Do ponto de vista de trabalhos futuros, seria interessante retomar as aulas de Charcot e fazer uma análise desse “assexualismo programático” da Escola da Salpêtrière.

Assim também são as análises charcotianas sobre memória e sonhos dos histéricos que poderia orientar trabalhos futuros, partindo primordialmente de análises internas de textos do médico francês. Gelfand (2024) menciona o manuscrito inédito de uma aula de 9 de Maio de 1893 – provavelmente a última aula antes de Charcot falecer – sobre o papel dos sonhos na etiologia da histeria. A estrutura dessa aula, segundo Gelfand, era uma espécie retomada dos trabalhos de alguns dos alunos de Charcot sobre os sonhos (Bourneville, Gilles de la Tourette e Pierre Janet) buscando destacar as especificidades dos sonhos dos histéricos, a relação do

conteúdo dos sonhos com os sintomas, os sonhos como “*souvenirs anciens*” (memórias antigas) que poderiam emergir durante a fase das *attitudes passionelles* do Grande Ataque Hístico. A perspectiva de Janet, para Gelfand, é a que se conecta melhor com a maneira pela qual o interesse de Charcot pelos sonhos já havia aparecido. Le Log..., por exemplo, sonha com o seu acidente, pensando nele obsessivamente; as ideias fixas, ocupando espaço também nos sonhos, poderiam determinar a forma específica de manifestação da histeria.

Outro caminho, do qual foi preciso tecer um pequeno desvio durante essa pesquisa, seria seguir com o resgate e tradução integral de casos de histeria masculina traumática analisados por Charcot. Os casos de Rig..., Pin...e Porcz inserem-se juntamente com Le Log...no conjunto de casos típicos, mas se fazem notar não somente pela evolução dos sintomas, como também pelas importantes derivações teóricas que Charcot faz a partir deles com relação à natureza histórica de uma paralisia, ao papel do trauma como agente provocador e do uso da hipnose como prerrogativa de tratamento. Um critério temporal poderia ser integrado aos desafios dessa tarefa: quais casos, hipoteticamente, Freud teria testemunhado quando da sua estadia na Salpêtrière entre Outubro de 1885 e Fevereiro de 1886?

O modelo do inconsciente de Charcot (cf. Figura 1, p.28) encontra-se, segundo Bouchara, Mazet e Cohen (2010) nos manuscritos correspondentes a uma aula de 28 de Junho de 1892. Vale recordar que, nesse período, os interesses de Charcot estavam voltados para temáticas mais “psicológicas” como a exploração da força da ideia fixa (derivada do trauma), os usos da hipnose e a análise da dupla personalidade. Os autores apostam que esse esquema se insere no contexto da troca de correspondências sobre o caso de Emma Dutemple, que sofria de amnésia histórica, do qual Charcot e Pierre Janet trocaram correspondências entre Dezembro de 1891 e Junho de 1892. Na ausência dessa aula, buscamos as aulas “periféricas” a essa para compreender o modelo de inconsciente de Charcot; com o foco de nosso trabalho eram os homens históricos, a pesquisa específica sobre Emma Dutemple e as ideias fixas subscientes (denominadas assim por Janet) foi deixada de lado. Sobre esse tópico, Gauchet e Swain (1997) apresentam um manuscrito inédito de Charcot em que ele tematiza a “sugestão sonâmbulica” e faz alusão ao caso de Le Log...para prolongar a discussão que havia sido apresentada antes entre dissociação do eu – ideia fixa – inconsciente – histeria. Os autores definem Charcot como um “homem-fronteira”: entre o psiquismo e a fisiologia, Charcot não foi aquele que atravessou a fronteira; ele indicou que ali tinha uma ponto a se aventurar.

Em linhas gerais, esta pesquisa buscou demonstrar que a emergência da histeria masculina na Salpêtrière não representou apenas um acréscimo nosográfico, mas uma fenda epistemológica que permitiu a Charcot flertar com o campo do psiquismo. A partir da categoria

de trauma, mapeamos algumas controvérsias e tensões que atravessaram essa empreitada charcotiana. Ao sustentar a virilidade dos pacientes masculinos através da intensidade do choque nervoso e da robustez física, o neurologista francês isolou a “ideia fixa” como o agente provocador da paralisia (“a ideia do movimento já é o movimento”), pavimentando o caminho para a compreensão da causalidade psíquica que a psicanálise viria a aprofundar sob o imperativo da escuta do sofrimento humano.

POSFÁCIO: O ENCONTRO ENTRE FREUD E CHARCOT

Este adendo à tese visa resgatar brevemente alguns elementos históricos da relação entre Freud e Charcot através da análise de textos freudianos que mencionam direta ou indiretamente os efeitos de seu encontro com Charcot no posterior desenvolvimento da psicanálise. Destacamos, retomando a introdução, que no contexto da chegada de Freud na Salpêtrière, Charcot já estava trabalhando nos casos de histeria masculina e, ainda que o lugar do trauma não estivesse presente, Freud parece encontrar o neurologista francês num ponto de ampliação da etiologia da histeria, ao passo em que buscava ampliação dos domínios da sua nosografia.

No domínio dos estudos sobre a história da Psicanálise, o encontro de Freud com Charcot entre 13 de Outubro de 1885 e 28 de Fevereiro de 1886 aparece como um dos marcadores fundamentais para a construção do saber psicanalítico como o conhecemos hoje. Freud, que na época tinha 29 anos, realizou um estágio de cerca de quatro meses e meio no serviço de neurologia da Salpêtrière dirigido por Charcot – este, então com 60 anos, já era uma autoridade reconhecida no estudo das doenças nervosas, especialmente no campo da histeria e da hipnose.

Não é árdua a tarefa de encontrarmos evidências da impressão que o encontro com Charcot tenha causado no jovem Freud: a mudança epistemológica (da neurologia para a psicopatologia), o nome de seu filho mais velho (Jean-Martin, nascido em 1889), a pequena litografia da famosa pintura *Une leçon clinique à la Salpêtrière* de André Brouillet que ocupou, durante anos, o espaço acima do divã de seu consultório na Bergasse 19 e a proposta – e o aceite – das traduções para o alemão das *Leçons sur les maladies du système nerveux* (Lições sobre as doenças do sistema nervoso) e das *Leçons du mardi à La Salpêtrière* (Lições das terças-feiras na Salpêtrière). Pontalis (1981) lembra que, apesar de Freud ter ido a Paris especialmente para aprender com Charcot, ele não era protegido do mestre, nem mesmo seu aluno; era, de outra feita, nas palavras de Pontalis (*op.cit*), um espectador atento e reservado cujo interesse no trabalho desenvolvido por Charcot mudaria os rumos de sua carreira.

Seguindo Pontalis (*op.cit*), podemos afirmar que o efeito Charcot aparece no que se seguiu em textos e correspondências relativos à estada do pai da psicanálise em Paris bem como a dívida e a gratidão pela troca com o adorado mestre. Em capítulo dedicado a vertente “neurologista” de Freud, Jones (1989) apresenta os encontros que Freud estabeleceu entre 1883 e 1897 durante sua formação médica e afirma que “foi *seguramente* a experiência com Charcot, em Paris, que despertou o interesse de Freud pela histeria, a seguir pela psicopatologia em geral

e assim preparou o caminho para ressuscitar a observação de Breuer e desenvolver a psicanálise” (p.86, grifo nosso). Em carta endereçada a sua então noiva, Marta Bernays, datada de 24 de Novembro de 1885, Freud escreve como se tivesse alguma noção do germen da sua transformação intelectual ainda que não conseguisse nomear com clareza qual seria:

Vou lhe contar em detalhe o que está me afetando. Charcot, que é um dos maiores médicos cujo bom senso raia pelo gênio, está simplesmente virando pelos ares minhas ideias e minhas opiniões. Às vezes saio de suas aulas como de Notre-Dame, com uma ideia inteiramente nova de perfeição. Mas ele me exaure; quando venho de um contato com ele não tenho nenhum desejo de trabalhar nas minhas coisas idiotas; há três dias não faço nenhum trabalho e não tenho nenhum sentimento de culpa. Meu cérebro está saturado como depois de uma noite no teatro. Se a semente algum dia dará algum fruto não sei, mas o que sei é que nenhum outro ser humano teve tanta influência sobre mim (Freud, 1982, p. 219).

Os achados de Gelfand (1988) de onze cartas inéditas enviadas por Charcot a Freud no período compreendido entre 1888 e 1893, apresentam um novo ponto de vista da relação entre os dois e serão explorados neste posfácio. É Freud quem retoma o contato dois anos após a sua estadia em Paris e Charcot corresponde às suas expectativas assumindo um papel ativamente interessado na carreira do seu antigo aluno e entusiasta das primeiras investigações de Freud sobre a histeria e a neurologia clínica, prontificando-se a divulgar os achados do pupilo em suas lições e a facilitar seu acesso a meios de publicação. As cartas nos permitem o vislumbre de um Charcot satisfeito e respeitoso com o trabalho de Freud, tanto do ponto de vista da tradução que este realizaria das *Leçons sur les maladies du système nerveux* para o alemão (i.e., “an interpreter who is so distinguished and so competent”) quanto dos escritos desenvolvidos por Freud sobre a histeria. Há momentos de mais intimidade, como os cumprimentos que Charcot envia em carta de 1888 à esposa de Freud e à sua “filhinha” bem como a torcida de Charcot para que Freud ocupasse, o quanto antes, uma cátedra na Universidade de Viena.

Há, ainda, um momento em que Charcot demonstra seu descontentamento com o acréscimo, sem seu conhecimento, de notas críticas à tradução das *Leçons* no que diz respeito a dois pontos importantes da teoria charcotiana: o papel da hereditariedade na gênese das neuroses e o conceito de família neuropatológica. Sobre o primeiro, em texto escrito em 1896 e dirigido aos discípulos de Charcot (i.e. “A hereditariedade e a etiologia das neuroses”), Freud (1896/2023) reconhece, a partir de sua experiência clínica, a existência de uma predisposição, mas afirma que a hereditariedade não é a causa única ou determinante das neuroses. Sua defesa etiológica estaria na vida sexual do paciente, seja em algum distúrbio do presente ou de alguma vivência traumática infantil também de ordem sexual. O lugar que a hereditariedade ocupa para Charcot é substituído, nesse estágio do pensamento freudiano, pelas vivências infantis do

paciente dotadas de uma “força traumática”. O mecanismo da neurose histérica, nesse sentido, não seria possível de ser explicado pela hereditariedade. Por outro lado, o debate entre Freud e Charcot ganha novos contornos a partir da leitura da histeria apoiada nas descrições clínicas de casos masculinos, no reconhecimento do trauma psíquico e das representações inconscientes do neurologista francês cuja perspectiva foi abordada em seção anterior deste trabalho de tese.

De forma geral, o encontro de Freud com Charcot pode ser tomado a partir de diversas frentes. O psicanalista e historiador sueco Ola Andersson (1919-1990) publica, em 1962, os *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis: The Etiology of Psychoneuroses and Some Related Themes in Sigmund Freud's Scientific Writings and Letter* fruto de sua tese de docência (Andersson, 2000). O autor empreende a tarefa de analisar a evolução das ideias de Freud sobre a etiologia das neuroses a partir (somente) dos escritos em suas obras e correspondências no período compreendido entre 1886 e 1896. Do ponto de vista da relação entre Freud e Charcot, graças ao vasto material disponível, é possível apresentar a mudança científica do conceito de neurose em Freud a partir de algumas “correções” acerca da concepção charcotiana sem fazer uso de elementos da relação entre os dois.

Andersson (2000) argumenta que a produção de uma história da psicanálise poderia se abster de aspectos “psicobiográficos”. Tal menção a trabalhos hagiográficos sobre Freud é uma referência à biografia mítica de Freud escrita por Ernest Jones – “A Vida e Obra de Sigmund Freud” – e publicada em três volumes entre 1953 e 1957. Do ponto de vista da história da psicanálise, a publicação do trabalho de Andersson (2000) permitiu o estabelecimento de uma correspondência com Ellenberger (2023). Nessa esteira, Ellenberger escreve uma carta a Andersson comentando do seu interesse em ler e conversar sobre o livro que este acabara de publicar e dali tem-se início a relação epistolar entre os dois. O conteúdo das cartas se modifica a partir da discussão sobre o caso de Emmy V. N. e a descoberta (e publicização) da identidade desta paciente de Freud no início de seu trabalho com Breuer. Assim como à Anna O. é creditada a metáfora da “limpeza da chaminé”, à Emmy V.N. é atribuído o embrião da associação livre, uma vez que seu princípio estaria presente na frase proferida por ela e direcionada a Freud: “Ne bougez pas. Ne dites rien! Ne me touchez pas!” (Fique quieto – não diga nada – não me toque!”).

Na contramão do ambicioso projeto de Andersson (2000) de empreender uma análise interna da evolução dos conceitos freudianos configura-se um cenário conhecido em que o impacto da experiência vivida por Freud em Paris poderia ser mapeado a partir de textos escritos após o seu retorno a Viena em que o nome e o trabalho com Charcot se faz presente.

Tomaremos como base para a escrita desse posfácio textos em que Freud se apresenta como discípulo, admirador e tradutor: *Informe sobre minha viagem de estudos a Paris e Berlim* (Freud, 1886a/2025), *Prefácio à Tradução de J. -M. Charcot, Lições sobre as doenças do sistema nervoso* (Freud, 1886b/2025), *Verbete “Histeria”* (Freud, 1888/2025), *Prefácio e notas à tradução de J. -M. Charcot, Leçons du Mardi à La Salpêtrière* (Freud, 1892–1894/2025) e *A hereditariedade e a etiologia das neuroses* (Freud, 1896/2023). Poderiam se acrescentar a esses textos a correspondência entre Freud e Marta Bernays, durante o período em que ele esteve em Paris.

Talvez um dos textos mais referenciados quando se trata do encontro entre Freud e Charcot seja o *Informe sobre minha viagem de estudos a Paris e Berlim*, datado de 1886. Jones (1989) relata o contexto da candidatura a bolsa de viagem destinada aos médicos assistentes como Freud. A quantia total era de 600 florins (cerca de 240 dólares) e pressupunha também uma ausência de seis meses. Mesmo sabendo que parte do dinheiro só seria pago depois de dois meses da viagem, Jones afirma que Freud seguia animado: mesmo sabendo que o dinheiro não seria suficiente para sustentá-lo por seis meses em outro país, procurou aplicar a sua inscrição para continuar sua formação acompanhando os trabalhos de Charcot, cujo nome “brilhava a distância” (Freud, 1925/2010, p. 70). Apesar de não se dizer o candidato favorito, Freud seguiu por dois meses, continua Jones (1989) a buscar os votos dos médicos com quem havia trabalhado diretamente e/ou mantido algum contato. Freud ganhara por treze votos contra oito, com a participação decisiva de seu antigo mestre Ernst Brücke.

Ainda segundo Jones, o ano de 1885 marcou a carreira de Freud: havia finalizado suas pesquisas sobre medula oblongata na companhia de Brücke, chegou a Paris para estudar com Charcot e, antes da viagem, obteve o título de *Privatdozent* de Neuropatologia. Podemos visualizar, nesse sentido, os três movimentos realizados por ele, uma vez que após a histologia do sistema nervoso, dedica-se a neuropatologia e se aproxima, em Paris, das neuroses.

Freud inicia o seu *Informe* com uma descrição geral da *Salpêtrière* (conforme relatos em capítulo anterior desta pesquisa), das condições de trabalho de Charcot e das mudanças operadas por ele e por seus discípulos como a ampliação do atendimento para homens e o acesso a outras partes do hospital para estudo do assim chamado “museu patológico vivo”. Freud havia chegado na *Salpêtrière* buscando uma continuidade dos trabalhos que estava realizando em Viena e, em Paris, iria estudar “atrofias e degenerações secundárias após afecções cerebrais em crianças” (Freud, 1886a/2025, p. 18). Ainda no mesmo texto, Freud afirma que a desorganização dos laboratórios o impedira de seguir com suas análises patológicas, levando-o a aproveitar, integralmente, a agenda de atividades proposta por Charcot.

Segundo Freud (1896/2025), o cronograma se organizava da maneira que se segue. Na segunda-feira, havia uma aula aberta conduzida por Charcot, baseada em seus recentes trabalhos e marcada por menções diretas a pacientes já conhecidos de parte da audiência; a terça era dedicada à *consultation externe* nas quais os assistentes levavam casos típicos ou misteriosos para um primeiro exame clínico sob sua direção; na quarta, Freud acompanhava os trabalhos do setor de oftalmologia e nos demais dias havia visita aos leitos e/ou a condução de exames clínicos. Diante das aulas das terças-feiras, Freud se coloca como um admirador incondicional da forma como Charcot dirigia o diagnóstico dos casos que lhe eram apresentados; apesar dos momentos de dúvida e hesitação, Freud elogia a construção da sintomatologia da histeria a partir do reconhecimento de traços positivos da doença, da ampliação do estudo para a histeria masculina e na formulação de uma nosografia da histeria a partir dos casos típicos.

O *Informe* se encerra com uma menção à presença da hipnose nos trabalhos de Charcot. Apesar da distância da hipnose do escopo desta pesquisa, nos lembra Trillat (1991) que o *grand hypnotism* de Charcot compõe o seu programa experimental na busca de descobrir a natureza da histeria. Haveria, portanto, uma histeria natural e uma histeria criada experimentalmente através da qual seria possível descobrir as leis, a regularidade dos sintomas da histeria natural. Freud escreve, por fim, sobre as pesquisas realizadas na *Salpêtrière* por discípulos e/ou colegas do mestre francês acerca de doenças orgânicas do sistema nervoso.

Um elemento importante nesse contexto inicial do retorno de Freud à sua cidade natal foi uma comunicação proferida por Freud diante da Sociedade dos Médicos de Viena em 15 de Outubro de 1886, poucos meses depois da sua estada na *Salpêtrière*. Freud não somente regressa de Paris animado para começar sua prática clínica num novo espaço físico, como também começa a trabalhar no Instituto Kassowitz, um hospital pediátrico que, segundo Ellenberger (2023), ele havia sido convencido a trabalhar pela riqueza de material clínico para seus estudos. A famigerada conferência emerge desse contexto. A versão que se fez circular, sobretudo a partir da publicação da biografia de Freud por Ernest Jones (em Freud, 1925/2011, esse episódio também é contado) foi de que esse foi o evento inaugural de um situação de hostilidade entre Freud e os interlocutores vienenses do seu trabalho. Jones (1989) atribui a rejeição às ideias de Freud ao fato da Sociedade de Viena ser uma Sociedade tradicional composta por médicos de visão igualmente tradicional sobre as afecções do sistema nervoso:

Quando um jovem entusiástico, e talvez superentusiástico, se dispõe a anunciar a colegas mais velhos (na maioria, seus antigos professores) que eles têm muito a aprender e que ele está preparado para informá-los, **a reação inevitável é defensiva**, assumindo geralmente a forma de minimização da

novidade da informação e de amortecimento da exaltação do orador. Um comentário crítico sobre o incidente deveria enfatizar a ingenuidade do jovem mentor, e talvez sua suscetibilidade, bem como a **óbvia ausência de imaginação por parte dos mais velhos** (Jones, 1989, p.238, grifos nossos).

Padovan e Franco (2018) acrescentam a participação de James Strachey na divulgação desse mito fundador de que a psicanálise sofrera resistência no mundo médico pela novidade das interpretações que realizava. Os achados de Ellenberger (2023) remodelam, por sua vez, os elementos míticos dessa história.

Segundo Freud (1925/2011), ele havia tido não somente uma “péssima acolhida” dos seus colegas da Sociedade de Viena como teria ouvido de Heinrich von Bamberger (presidente da mesa e professor titular da Universidade de Viena) que o trabalho apresentado tinha dados pouco críveis. Ele havia sido desafiado por Meynert (professor titular de psiquiatria também da Universidade de Viena e diretor de uma clínica psiquiátrica vinculada ao Hospital Geral) para encontrar, em Viena, um caso de histeria masculina que apresentasse àquela sintomatologia descrita nos estudos de Charcot. Freud argumentou que precisava apenas de um espaço para apresentar os casos da doença e não da aprovação da conclusão diagnóstica. No debate que se seguiu, Freud ressalta que “um deles, um velho cirurgião, logo exclamou: mas meu caro colega, como pode o senhor falar tal absurdo! *Hysteron* significa útero. Como poderia um homem ser histérico?” (Freud, 1925/2011, p. 87).

Ao recontar esse episódio, Ellenberger (2023) propõe uma reavaliação sistemática das imprecisões geradas pelo “mito” que envolve o acontecimento. Para isso, examina o conteúdo da apresentação, a atitude dos participantes da mesa, o ambiente da sessão e as repercussões do de como esse evento se instalou no meio psicanalítico. Responderá, assim, a quatro perguntas: 1) que tipo de corpo científico compunha a Sociedade de Médicos? 2) qual o significado que o conceito de histeria masculina tinha na época? 3) O que de fato ocorreu durante o encontro? 4) como os acontecimentos da reunião podem ser explicados?

Com relação à formação da Sociedade, ela remonta aos anos de 1800 a partir da reunião de um pequeno grupo de médicos, inicialmente com foco em problemas de saúde pública que depois fora ampliado para diversos campos da medicina. É reconhecida oficialmente em 1837 e se torna, conforme Ellenberger (2023), uma das mais respeitadas instituições desse tipo na Europa pelo esforço contínuo em manter elevado o padrão das descobertas ali compartilhadas. Outra característica chave dessa Sociedade (e que retornará posteriormente) era a possibilidade de qualquer médico apresentar uma comunicação, desde que fosse algo original. Aqueles que se predispusessem a oferecer uma conferência aceitavam a possibilidade de receber críticas

contundentes da audiência ali presente. As sessões ocorriam às sextas-feiras. A de Freud, em específico, estava marcada para começar às 19h, a ser seguida, de acordo com Padovan e Franco (2018) de dois outros trabalhos:

o de Michael Grossmann (1848-1927), pesquisador vinculado ao laboratório de patologia experimental do Hospital Geral de Viena, que discutiria um caso de “lúpus de laringe”, e a de Johann Latschenberger (1847-1905), professor de química fisiológica, toxicologia e higiene da Universidade de Freiburg, que apresentaria uma comunicação intitulada “Sobre a presença e a origem da bilina em tecidos e fluidos em casos de doenças graves em animais” (Padovan e Franco, 2018, p. 242).

As sessões eram registradas por um Secretário e resumidas no boletim quinzenal da Sociedade. Também poderiam aparecer em periódicos da área médica. Padovan e Franco (2018), em seu trabalho de tradução comentada, escolhem um desses periódicos – *Wiener Medizinische Wochenschrift* – pelo conteúdo mais completo entre os que haviam sido publicados e por apostarem que, como Freud trabalhava como revisor neste jornal e por isso, é provável que ele tenha tido acesso ao texto.

A questão da recepção da histeria masculina no contexto vienense foi trabalhada na terceira seção desta tese, quando nos dedicamos à análise da histeria masculina dentro do *corpus* charcotiano. No entanto, Ellenberger (2023) situa um contexto não somente de intenso desenvolvimento industrial, mas de acidentes em ferrovias, colisões de trens e outros acidentes relacionados a modernidade que mobilizavam acionamento de seguro e poderiam demandar pagamento de pensão. Médicos ingleses, diante de uma nova demanda patológica, já conseguiriam diferenciar danos físicos de “choques nervosos” puramente emocionais. O trabalho de John Erichsen sobre a *Railway-spine* (uma suposta inflamação na medula causada por traumas em estradas de ferro) e, posteriormente, de Herbert Page com o conceito de *Railway-brain* (sugerindo que os sintomas eram, na verdade, manifestações de neurastenia ou histeria em indivíduos com predisposição hereditária). Do ponto de vista do paciente que sofreu o acidente, das seguradoras e dos peritos, seria importante distinguir as lesões orgânicas das lesões dinâmicas (funcionais). Quando Charcot, o mestre de Freud, entra nessa discussão com os ingleses e posteriormente com os alemães, ele admite que não haveria necessidade de criar uma categoria nova, tratando-se, portanto, de histeria. Não a clássica, atrelada às mulheres, mas uma histeria masculina traumática.

Ao menos na França, problematiza Ellenberger (*op.cit.*) os números de diagnósticos atrelados a histeria masculina havia aumentado exponencialmente, ao passo em que o próprio paradigma charcotiano passaria por uma mudança. A comunicação a ser protagonizada por Freud trazia consigo um tema controverso cuja pauta, mais ampla, envolvia pagamentos de

pensão a homens vítimas de acidentes ferroviários e as consequências (inclusive sociais) do reconhecimento deles como histéricos. Enquanto Charcot se aproxima dos ingleses, o campo médico vienense se apoia na visão dos alemães Oppenheim e Thomson com relação aos acidentes ferroviários. Segundo Ellenberger (2023), eles rejeitam o rótulo da histeria e objetivam fazer da “neurose traumática” um diagnóstico a parte – apesar dos paralelos entre os sintomas, o estado mental dos sujeitos era diferente.

O texto lido por Freud na apresentação não foi reproduzido integralmente no periódico analisado por Pandovan e Franco (2018), mas fora publicado depois em outros cinco períodos com os quais Ellenberger (2023) dialoga para comentar os pontos da apresentação de Freud. A comunicação de Freud tem início com a retomada do período em que esteve com Charcot em Paris e a definição de histeria derivada do trabalho de Charcot na Salpêtrière: a *grande hystérie* (a forma completa com fases bem delimitadas) e a *petite hystérie* (forma parcial). Freud segue seu argumento destacando que os homens histéricos não simulavam os seus sintomas e que a histeria masculina era algo menos raro do que se imaginava. A parte final da fala de Freud se deteve a apresentar o caso de um homem que havia sofrido um acidente e desenvolvido uma paralisia no braço; esse caso, para Charcot, poderia se equiparar aos casos de *Railway-spine* e *Railway-brain*. A questão que se coloca no contexto vienense era a existência de uma histeria masculina clássica, mas não o paralelo entre uma paralisia de origem traumática e a categoria nosográfica de histeria; a pergunta a ser respondida era se a histeria clássica deveria ou não ser assimilada clinicamente ao conceito de neurose traumática.

À comunicação de Freud, seguiu-se o debate. Ellenberger (1993b) descarta teorias comuns de que Freud teria sido rejeitado por antissemitismo ou por inveja pessoal. A maioria dos presentes na reunião da Sociedade eram judeus e os principais “adversários” na reunião haviam sido mentores do próprio Freud (como Meynert; von Bamberger foi membro do comitê que havia concedido a Freud sua bolsa de estudos justamente para a Salpêtrière).

Freud, pela sua admiração intensa a Charcot, se inseriu no campo problemático entre a visão dos ingleses (e de Charcot) e a perspectiva dos vienenses ancorada nos alemães. A análise das intervenções de Rosenthal, Bamberger, Leidesdorf e Meynert permite a Ellenberger (1993b; 2023) concluir que a histeria masculina estava longe de ser uma novidade para a elite médica de Viena. Os dois primeiros confirmaram expressamente a familiaridade com a patologia. Rosenthal foi o primeiro a falar e, de pronto, faz menção a dois casos de histeria em meninos que incluíam crises espasmódicas e que poderiam se conectar com o grande ataque histérico. Bamberger considera apressada a associação de Charcot entre a histeria masculina e os acidentes de trem e critica a distinção entre *grande* e *pequena* histeria, uma vez que, mesmo em

casos graves, os ataques epileptoides podem estar ausentes. Leidesdorf reconheceu a histeria como uma doença nervosa corrente, mas na sua experiência clínica com pacientes vítimas de acidentes ferroviários e o desenvolvimento de sintomas orgânicos, elas não poderiam ser diagnosticados como histéricos. Pandovan e Franco (2018) hipotetizam um tom irônico na fala de Meynert sobre colocar à disposição de Freud os casos clínicos em sua prática médica para constatar a regularidade da sintomatologia de Charcot também em Viena.

Para Ellenberger (1993b), o problema da suposta reação hostil da Sociedade de Médicos de Viena poderia ser resumido em três pontos:

Em resumo, portanto, os neurologistas da Sociedade puderam encontrar pelo menos três razões na atuação de Freud para responder negativamente: (1) Freud não cumpriu a tradição da Sociedade de apresentar trabalhos científicos originais; (2) ele interveio sem autoridade pessoal em um debate sensível e complexo com implicações práticas; e (3) ao citar apenas a autoridade de Charcot em defesa de suas ideias, e ao atribuir a este a paternidade de crenças médicas sobre a histeria que já estavam bem estabelecidas em Viena, Freud pareceu estar tratando os médicos presentes de forma condescendente¹³³ (Ellenberger, 1993b, p.127, tradução própria).

Com Ellenberger (1993b; 2023), o que sobra da análise dessa passagem da história da Psicanálise é evidência mais do que suficiente para demonstrar a forte impressão que Charcot causou em Freud. Na hipótese do historiador, o que teria irritado os neurologistas (para além das discordâncias na análise da histeria como extensão de um trauma) foi de que Freud recorria, na discussão, à autoridade de Charcot. Na visão idealizada de Charcot, Freud atribuía erroneamente a ele o protagonismo nos estudos de histeria masculina.

Freud menciona em pelo menos dois tempos o momento do convite para realizar a tradução do Tomo 3 das *Lições sobre as doenças do sistema nervoso*. Em carta a Marta Bernays de 12 de Dezembro de 1885 Freud alegremente compartilha com sua noiva a notícia: “(...) Charcot hoje me chamou a sós e disse: ‘*J’ai un mot à vous dire*’. E aí me disse que com prazer consentiria em que eu traduzisse para o alemão seu volume III (...) Está contente? Eu estou” (Freud, 1982, p. 224). Charcot havia consentido a tradução inédita, como também as que já haviam sido publicadas em francês. Na *Autobiografia* (1925), faz questão de relatar o momento em que há uma mudança na relação entre o mestre e o discípulo forasteiro:

Entrei como aluno na Salpêtrière, mas, sendo um dos muitos estrangeiros visitantes, pouca atenção recebi de início. Um dia escutei Charcot lamentar

¹³³ Do original: “To summarize, then, the neurologists in the Society could find at least three reasons in Freud's performance to respond negatively: (1) Freud did not comply with the Society's tradition of presenting original scientific work; (2) he intervened without personal authority in a sensitive and complex debate with practical implications; and (3) by citing only Charcot's authority on behalf of his ideas, and by attributing paternity to medical beliefs about hysteria that were already well established in Vienna, Freud seemed to be dealing patronizingly with the physicians in attendance”.

que depois da guerra não tivesse mais notícias do tradutor alemão de suas conferências; que ficaria feliz se alguém se encarregasse da tradução alemã de suas *Novas conferências*. Escrevi-lhe, dispondo-me a fazê-lo; ainda lembro que na carta havia uma frase em que eu dizia ser afetado apenas pela *aphasie motrice*, não pela *aphasie sensorielle du français*. Charcot aceitou a oferta, acolheu-me em seu círculo particular, e a partir de então eu participei plenamente em tudo o que sucedia na clínica (Freud, 1925/2011, p.83)

O pequeno *Prefácio à Tradução* situa o leitor da relação de Freud com Charcot e destaca, elogiosamente, o trabalho de Charcot com as histéricas. Os poucos acréscimos realizados por Freud (e sinalizados no prefácio) referem-se às histórias dos pacientes abordados no texto, além de uma mudança de opinião de Charcot sobre um ‘detalhe do diagnóstico’. Ao final, Freud conta que modificou o título em alemão para dar destaque a histeria: *Novas Conferências sobre as Doenças do Sistema Nervoso, Particularmente sobre a Histeria*.

De outra feita, o *Prefácio à tradução de H. Bernheim, de la Suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (Freud, 1888b/2025) é mais longo e Freud se insere diretamente no debate com relação ao uso da hipnose para investigação e tratamento das doenças nervosas. O texto se inicia com uma apresentação da importância do trabalho do neurologista francês Hippolyte Bernheim (e da Escola de Nancy) no que dizia respeito à entrada da hipnose no campo da psicologia e da sugestão como peça central não somente para o entendimento do funcionamento do hipnotismo como também para a produção de uma possível cura. Há também o elogio à ampliação do público-alvo para a hipnose: pessoas saudáveis (e não somente histéricos e neuropatas). A primeira menção à Charcot no texto é feita para marcar o apoio do médico francês ao uso do hipnotismo. No segundo momento, insere Charcot (e a Escola da Salpêtrière) na disputa com Bernheim sobre as manifestações do hipnotismo. Para Bernheim, aponta Freud, os fenômenos produzidos pelo hipnotismo tem origem externa a partir de uma ideia a ser recebida pelo hipnotizado como se dele fosse. As manifestações do hipnotismo seriam, portanto, fenômenos psíquicos.

Freud critica esse argumento de Bernheim trazendo as descobertas de Charcot e de seus discípulos sobre a sintomatologia da histeria afirmando que existiriam certos fenômenos físicos ou fisiológicos cuja regularidade havia sido demonstrada por Charcot e cujo mecanismo explicativo não estaria na sugestão realizada pelo médico. A histeria possuiria uma sintomatologia real (as peculiaridades dos ataques histéricos, das zonas histerógenas, da anestesia, das paralisias e contraturas têm se feito presentes em todos os tempos e lugares e não seriam forjadas pela sugestão do médico). Ainda seria reconhecido o mecanismo psíquico da histeria, mas a regularidade dos sintomas apresentados não seriam explicados: “de fato, a sugestão, não pode produzir senão o que constitui o teor da consciência ou foi nesta

introduzido” (Freud, 1888/2025, p.76). Ironicamente, afirma Freud que, se os críticos de Charcot estiverem certos, todo o trabalho desenvolvido na Salpêtrière não passaria de erros de observação. Freud, ao defender Charcot das possíveis críticas reconhece, portanto, que haveria elementos (fisiológicos e objetivos) nos fenômenos histéricos que independem do “capricho do hipnotizador”. Por outro lado, seria preciso, finaliza Freud, desambiguar o fenômeno da sugestão (e da autossugestão).

No mesmo ano, publica-se o verbete *Histeria* na enciclopédia de Villaret no qual Freud apresenta a histeria pertencente ao campo das neuroses cuja definição se basearia nas modificações operadas pela doença no sistema nervoso central. As subseções *Descrição*, *Sintomatologia* e *Evolução da Histeria* seguem fielmente a doutrina de Charcot com evidências às etapas do Grande Ataque Histérico, às zonas histerógenas, às paralisias e à disposição hereditária. Do ponto de vista do tratamento e na lida com os sintomas, Freud menciona – além dos indicativos já clássicos de tratamento (educação, tratamento moral e isolamento) – os seus trabalhos com Breuer e os impactos positivos da sugestão via hipnose na remissão de sintomas histéricos (paralisias, contracturas, tremores, anestésias etc.).

O terceiro prefácio dessa lista – *Prefácio e notas à tradução de J. -M. Charcot, Leçons du Mardi à La Salpêtrière* (1892–1894) – é marcado por um duplo movimento realizado por Freud: enquanto que no prefácio ele reconhece a acuidade dos escritos traduzidos por ele com o ensino oral empregado por Charcot e apresenta o modelo de trabalho realizado na Salpêtrière, nas notas e acréscimos ao texto original discute, brevemente, o lugar das lembranças na fase das atitudes passionais, a diferença entre paralisias histéricas e orgânicas e diferencia o papel da hereditariedade e das anormalidades da vida sexual na etiologia das neuroses, além de criticar o conceito de família neuropática (ou neuropatológica). Gelfand (1988) enfatiza esse prefácio (principalmente as doze notas de rodapé somente no primeiro volume) como representante da única crítica levantada por Freud ainda com Charcot em vida. Essa ousadia freudiana teve consequências na relação entre os dois homens conforme ainda veremos. O impacto das escolhas operadas por Freud nesse texto aparece, de passagem, anos mais tarde, no *Psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1901/2021). Na seção VII – sobre o esquecimento de impressões e intenções – Freud apresenta uma série de vivências pessoais em que teria havido, especificamente, o esquecimento de intenções e que, seria necessária uma investigação dos “motivos obscuros” subjacentes a elas. Ao comentar do seu esquecimento em enviar as provas de um ensaio intitulado “Sobre os sonhos” (uma espécie de resumo do recém-publicado *Interpretação dos Sonhos*), menciona o receio de que seu editor assumisse uma postura de recusa a esse novo texto, já que essa nova publicação poderia prejudicar as vendas do primeiro.

Por dois dias seguidos, Freud esquece de enviar o pacote e se diz certo de que não queria fazer o envio, ainda que, inicialmente, as intenções de tal relutância não estivessem claras. Ao tentar encontrar a conexão entre uma ocasião anterior e a apreensão atual, Freud menciona o seguinte:

(...) se a memória retroceder ainda mais, ela me trará uma ocasião ainda anterior, a de uma tradução que fiz do francês, em que realmente infringi os direitos de propriedade relativos a uma publicação. Sem pedir a autorização do autor do livro, acrescentei notas ao texto traduzido, e alguns anos depois tive razões para supor que ele não havia gostado dessa minha arbitrariedade (Freud, 1901/2021,p.220).

A referida tradução é a das *Leçons du mardi* e, apesar do tom de desculpas, Freud não conseguiu obter uma resposta sobre a sua atitude arbitrária, uma vez que Charcot morre antes que a tradução estivesse concluída (Gelfand, 1988). O texto escrito por Freud para prefaciar o trabalho de seu mestre francês tem início com a afirmação do imprevisto como marca das aulas públicas de Charcot. Conforme discutidas na introdução desta tese, as “Lições das Sextas-Feiras” e as “Lições das Terças-Feiras” compunham o programa pedagógico encontrado por Freud: as primeiras assumiam o formato de palestras em que Charcot, fazendo uso de diversos recursos didáticos, apresentava casos previamente estudados e sobre os quais detalhava o seu raciocínio diagnóstico; no segundo tipo, o método charcotiano se apresentava de forma semi-improvisada voltadas ao exame de pacientes novos previamente selecionados pelos seus assistentes com o objetivo de estabelecer, naquele momento, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento dos sintomas.

Na abertura das aulas de 1888, em cujo volume se encontra a famosa aula de 7 de Fevereiro contendo a apresentação d’A Grande Histeria (ou hístico-epilepsia), Charcot (1889a) reforça o desejo de que o método de trabalho adotado nessas aulas consiga demonstrar, fundamentalmente, as dificuldades da prática clínica. O seu ensino (nessas aulas, em específico) não parte de um caminho pavimentado com antecedência; pelo contrário, se funda no risco, no imprevisto e na hesitação do mestre. O autor finaliza sua observação preliminar antes do início da primeira aula lembrando de que o campo das doenças mentais pode ser mais difícil do que parece e ainda tem domínios inexplorados:

As coisas são frequentemente, na realidade verdadeira, mais difíceis do que se pensa, e é preciso que vocês as conheçam tais como elas são; é preciso que saibam que o domínio da neuropatologia – embora tantas conquistas tenham sido feitas –, não foi ainda, longe disso, convenientemente explorado em toda a sua extensão, e que neste vasto território ainda existem muitas terras desconhecidas¹³⁴ (Charcot, 1889a, p.2, tradução própria).

¹³⁴ Do original : “Les choses sont souvent, dans la réalité vraie, plus difficiles qu'on ne le croit, et il faut que vous les connaissiez telles qu'elles sont ; il faut que vous sachiez que le domaine de la neuropathologie où l'on a fait

Retornemos ao prefácio escrito por Freud e sua descrição do método francês de fazer o exame clínico. Nele, Freud relata que Charcot repete, no auditório lotado de ouvintes, a postura de levantar hipóteses e permitir que os ouvintes conjecturem com ele acerca do caso ali presente. Haveria, desta feita, longos trechos de diálogo entre o médico examinador e seus pacientes, bem como a participação da plateia de alunos, em grande número, internacionais. Freud destaca, do trabalho de diagnóstico diferencial exposto nas aulas de Charcot, a necessidade de se tratar da forma particular da doença que se manifesta (a combinação específica de sintomas) em cada um dos casos clínicos ali descritos. É nesse sentido que Freud articula três conceitos fundamentais para o entendimento do trabalho de Charcot nessas aulas: a *entité morbide*, o *type* e as *formes frustes*. A entidade mórbida é a doença ela mesma, o quadro clínico completo, ou seja, é a doença como categoria patológica reconhecível a partir de características clínicas bem definidas. O *type* é a descrição completa e característica do quadro clínico, é a forma clínica completa, clássica e esquematizada da entidade mórbida como o Grande Ataque Histérico, por exemplo. As *formes frustes* seriam variantes incompletas, atenuadas e atípicas da entidade mórbida – à exceção do Grande Ataque Histérico (tipo), as demais apresentações clínicas da histeria seriam *formes frustres*.

Marcamos, diante das análises dos textos acima, dois pontos fundamentais: um encantamento inicial de Freud pelos trabalhos de Charcot (que ainda se segue alguns anos após a despedida entre os dois) e um movimento, ainda tímido, de distanciamento do seu mestre evidenciado pela menção aos trabalhos com Breuer e pela presença de explicações, acréscimos e críticas apresentados no prefácio discutido acima.

Ainda sobre o encantamento de Freud, o trabalho de Gelfand (1988) apresenta onze cartas trocadas entre Charcot e Freud entre 1888 e 1893 (pouco tempo antes de sua morte repentina). As cartas datam de 23 de janeiro de 1888, 26 de setembro de 1888, 17 de fevereiro de 1889, 11 de dezembro de 1890, 13 de novembro de 1891, 13 de novembro de 1891, 23 de novembro de 1891, 21 de janeiro de 1892, 4 de março de 1892, 30 de junho de 1892 e junho de 1893 (sem data definida). Gelfand (1988) nota que a grande frequência da correspondência (seis cartas em menos de oito meses) pode ser evidência da excitação de Charcot diante da edição em alemão tanto das *Lições sobre as doenças do sistema nervoso* quanto das *Lições das terças-feiras na Salpêtrière*.

cependant tant de conquêtes, n'a pas encore été, il s'en faut, partout convenablement exploré et que dans ce vaste territoire il existe toujours bien des terres inconnues”.

As cartas demonstram que a estima de Freud por Charcot não era unilateral. Em carta de 23 de Janeiro de 1888, reproduzida integralmente abaixo, Charcot expressa seu contentamento com as traduções de Freud:

Meu caro Dr. Freud,
comovo-me com suas reminiscências e, de minha parte, não esqueço a sua estada na Salpêtrière. Ficarei encantado em ver o aparecimento do trabalho que o senhor já há muito tempo vem projetando e que terá sido bem refletido. Estou convencido de que será muito interessante. Em breve o senhor receberá meu volume 3 em francês, que não difere muito de sua excelente tradução. Esteja certo: a histeria avança e um dia assumirá gloriosamente o seu devido lugar ao sol. Com as melhores lembranças de seu devotado,
Charcot.
Transmita minhas melhores saudações à senhora Freud e dê um abraço em sua filhinha por mim¹³⁵. (Gelfand, 1988, p. 568, tradução própria)

Nesta carta, a figura do 'Mestre de Salpêtrière' consolida-se através de um gesto de reconhecimento e incentivo. Ao reafirmar o vínculo com Freud (lembrando da passagem de Freud pela Salpêtrière que se encerrara cerca de dois anos antes da carta) e demonstrar otimismo quanto ao futuro dos estudos sobre a histeria e marca a sua crença de que “*a histeria avança e um dia assumirá gloriosamente o seu devido lugar ao sol*”. Ao final da carta, manda um abraço pra Marta e para Mathilde, a primeira filha de Freud que nasceu em 16 de Outubro de 1887.

Em carta de Novembro 1891, Charcot é, mais uma vez, elogioso a Freud: “É desnecessário dizer que eu me considero muito afortunado por ter em você um intérprete tão distinto e competente¹³⁶” (Gelfand, 1988, p. 572, tradução própria). Chama a atenção o restante desta carta na qual Charcot aponta para o fato de que as lições eram “improvisadas de um dia para o outro”, ou seja, o texto do qual Freud tinha acesso para tradução, que cobria os trabalhos realizados entre 1887 e 1888, eram relatos fidedignos das apresentações verbais e entrevistas clínicas de Charcot relatadas por ele mesmo. Talvez por esse motivo, aponta Gelfand, Charcot finalize a carta, por um lado, exprimindo sua satisfação nesse modelo de texto pelo fato de conseguir apresentar livremente elementos que ele considera importantes e, por outro, reforçando o êxito que esse trabalho tem na França e em outros países. Em carta do ano seguinte – 21 de Janeiro de 1892 – Charcot expõe novamente sua satisfação no trabalho de Freud: “De

¹³⁵ Do original: “My dear Dr. Freud, I am touched by your reminiscences and, I, for my part, do not forget your sojourn at the Salpêtrière. I will be delighted to see the appearance of the work that you have been projecting for a long time already and which will have been well thought out. I am convinced that it will be very interesting. You will soon receive my volume 3 in French which does not differ much from your excellent translation. Be assured, hysteria advances and one day it will gloriously assume its rightful place in the sun. With the best remembrances of your devoted, Charcot. Give my best regards to Madame Freud and a hug to your little girl for me”.

¹³⁶ Do original: “It goes without saying that I consider myself very fortunate to have in you an interpreter who is so distinguished and so competent.

minha parte, fico encantado que você tenha querido ser meu intérprete para os leitores germânicos¹³⁷” (Gelfand, 1988, p. 572, tradução própria).

A imagem de Freud como excelente tradutor tem sua culminância no parágrafo de abertura da carta de 30 de Junho de 1892. Charcot recebe a primeira versão das Lições das terças-feiras e expressa seu encantamento com a bela linguagem escolhida por Freud para reproduzir as suas aulas; Charcot se vê, tal qual em um sonho, palestrando em Viena (ou em outra universidade alemã) através das palavras de Freud:

Meu caro Dr. Freud,
O senhor me proporcionou um verdadeiro deleite durante estes últimos dias. Eu li a primeira parte das *Leçons du mardi* [Lições das Terças-feiras] de uma ponta a outra. Parecia ouvir a mim mesmo a falar em alemão e a lecionar numa universidade germânica: não sei qual, em Viena, talvez. Eles me escutavam muito atentamente e creio que eu era persuasivo; a linguagem era linda; isso não me surpreendeu, pois eu o ouvia falar, repetindo tudo o que eu estava a receber do senhor através dos meus olhos. Foi como um sonho, um sonho agradável.
Agradeço-lhe de coração, acredite, por todo o trabalho que teve para me entregar isso ¹³⁸
(Gelfand, 1988, p. 574, tradução própria).

Em artigo de 1896 publicado em francês na *Revue Neurologique* sob o título de *A hereditariedade e a etiologia das neuroses*, Freud (1896/2023) se dirige aos discípulos de Charcot e coloca algumas objeções à teoria de seu mestre. Ao responder à pergunta sobre as causas específicas da neurose, Freud problematiza a supremacia da hereditariedade na etiologia das neuroses em detrimento do trauma e de distúrbios da vida sexual do sujeito. Nesse sentido, Freud estabelece dois grupos de doenças nervosas: um primeiro composto pela histeria e pela neurose obsessiva e um segundo, com a neurastenia e a neurose de angústia, que dispensaria a hereditariedade como causa essencial dessas neuroses. Dentro do debate sobre a disposição herdada e os fatores (traumáticos de ordem sexual) adquiridos, Freud sustentou a existência de uma causa específica para todas as neuroses em uma experiência de passividade sexual antes da puberdade: a lembrança traumática agirá como uma lembrança atual e permanece inconsciente (Freud, 1896/2023) até que ela emerja em tratamento. Nesse texto também, Freud aproveita o espaço para comentar, ainda que brevemente, seu trabalho bem-sucedido com

¹³⁷ Do original: “For my part I am delighted that you wanted to be my interpreter to Germanic readers”.

¹³⁸ Do original: “My dear Dr. Freud, You have given me a real delight during these past few days. I read the first installment of the *Leçons du mardi* from one end to the other. I seemed to hear myself speaking in German and professing in some Germanic university: I don't know which one, at Vienna perhaps: they were listening to me very attentively and I think I was persuasive; the language was beautiful; that didn't surprise me since I was listening to you speak, repeating everything that I was receiving from you through my eyes. It was like a dream, a pleasant dream. I thank you heartily, believe me, for all the trouble you have taken to give it to me”.

Breuer em casos de histeria e neurose obsessiva em que o fator sexual também pode ser visualizado em 13 casos em que o novo método – a Psicanálise – foi utilizado para acessar a memória dessas vivências sexuais traumáticas. Vale ressaltar que a divergência apresentada não se refere a existência do trauma em si (reconhecido por Charcot na análise da histeria traumática), mas do protagonismo desempenhado pela hereditariedade nesse terreno.

A temática da hereditariedade aparece, no contexto da troca epistolar, como um tema sensível entre Charcot e Freud. Gelfand (1988) aponta que a relação de cerca de sete anos entre os dois homens terminou de uma forma nada amistosa. A postura autoritária e pouco disponível a críticas – já conhecida de Charcot – não o impediu de demonstrar sua opinião sobre a suscetibilidade dos judeus a doenças hereditárias (ataxias, paralisias e epilepsias), marcando o caráter racial em seu argumento a partir do conceito de família neuropática.

Na última carta enviada de Charcot a Freud datada de junho de 1893, o mestre da Salpêtrière faz uma menção elogiosa ao texto *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (Freud, 1893/2025) e sinaliza da publicação dos *Archives de Neurologie*. Finaliza a breve correspondência desejando sentimentos de estima e consideração ao “caro Dr. Freud”.

Objetiva-se, em projetos futuros, ampliar as análises realizadas nesse posfácio a partir do contexto inicial de trocas teóricas entre Freud e Charcot pela via do encantamento e repetição, da parte de Freud, dos trabalhos do mestre. Para isso, outros dois conjuntos de texto poderiam compor essa árdua tarefa: 1) Textos das primeiras elaborações teóricas próprias: *Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas* (Freud, 1893/2025), *Sobre o mecanismo psíquico de fenômenos histéricos* em colaboração com Breuer (Freud, 1893/2023), com Breuer), *Obituário de Charcot* (Freud, 1893/2023) e *Estudos sobre a histeria* em colaboração com Breuer (Freud, 1895/2016) e 2) Textos de retrospectiva e memória da Psicanálise: *Contribuição à história do movimento psicanalítico* (1914), *Conferências Introdutórias à Psicanálise* (1916–1917) e *Autobiografia* (Freud, 1925/2011).

REFERÊNCIAS

Textos de Charcot

- CHARCOT, Jean-Martin. **Etudes pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique (forme primitive), etc.** Paris: Rignoux, 1853.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Première leçon : Caractères généraux de la pathologie sénile in** Leçons cliniques sur les maladies des vieillards et les maladies chroniques. 1^a edição. Paris: A. Delahaye, 1868.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Première Leçon : Troubles Trophiques consécutifs aux lésions des neufs.** In: Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Paris: A. Delahaye, 1872-1873a, p.1-28.
- CHARCOT, J. -M. **Dixième leçon – De l'hémianesthésie hysterique.** Leçons sur les Maladies du Système Nerveux. Tome 1, 1872-73b, p. 265-282.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Treizième Leçon – De L'Hystéro-Épilepsie.** In: Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière. Paris: A. Delahaye, Tomo 1, 1872-1873c, p.321-337.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Leçon 13 decembre de 1887.** In: Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1887-1888. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887a, p.53-70
- CHARCOT, Jean-Martin. **Leçon 13 mars de 1888.** In: Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1887-1888. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887b, p.249-263.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Leçon 17 avril de 1888.** In: Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1887-1888. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1887c, p.331-356.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Première Leçon.** In: Charcot, J. -M. **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889a, p.1-17.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Deuxième Leçon – Neurasthenie et Hysterie.** In: Charcot, J. -M. **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889b, p.18-37.
- CHARCOT, Jean-Martin. **2^e 3^e et 4^e malades – Un cas de Neurasthénie et deux cas d'Hystero-Neurasthénie chez l'homme.** CHARCOT, Jean-Martin. **Appendice n° 1 – Hysterie et nevrose traumatique.** In: Charcot, J. -M. **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889c, p.256-269.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Dix-septième leçon. 3^e et 4^e malades – Hystérie et dégénérescence chez l'homme.** **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889d, p.392-403.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Dix-neuvième leçon. Accidents nerveux provoqués par la foudre.** **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889e, p.435-462.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Appendice n° 1 – Hysterie et nevrose traumatique.** In: Charcot, J. -M. **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889f, p.527-534.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Appendice n° 3 – Hysterie provoquée chez l'homme par la peur de la foudre.** In: Charcot, J. -M. **Leçons du mardi à la Salpêtrière – Policlinique 1888-1889.** Paris: Lecrosnier et Babé, 1889g, p.543-548.
- CHARCOT, Jean Martin. **Leçon d'ouverture.** In: _____. **Œuvres complètes de J.-M. Charcot,** Tome III. Paris: Aux Bureaux du Progrès Médical & A. Delahaye & E. Lecrosnier, 1890a, p.1-22.

- CHARCOT, Jean-Martin. Sixieme Leçon – **De l'hystérie chez les jeunes garçons.** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890b, p. 80-95.
- CHARCOT, Jean-Martin. Huitième Leçon – **Deux cas de contracture hystérique d'origine traumatique (suite).** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890c, p. 108-123.
- CHARCOT, Jean-Martin. Dix-huitieme Leçon – **À propos de six cas d'hystérie chez l'homme.** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890d, p. 253-279.
- CHARCOT, Jean-Martin. Vingtième Leçon – **Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique chez l'homme : monoplégies hystéro-traumatiques.** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890e, p. 299-314.
- CHARCOT, Jean-Martin. Vingt et unième Leçon – **Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique, de cause traumatique chez l'homme : monoplégies hystéro-traumatiques (suite).** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890f, p. 315-343.
- CHARCOT, Jean-Martin. Vingt deuxième Leçon – **Sur deux cas de monoplégie brachiale hystérique chez l'homme (suite).** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890g, p. 344-369.
- CHARCOT, Jean-Martin. Vingt-troisième Leçon – **Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique.** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890h, p. 370-385.
- CHARCOT, Jean-Martin. Vingt-quatrième Leçon – **Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique (suite).** In Charcot, J.-M. **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890i, p. 386-398.
- CHARCOT, Jean-Martin. **Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme,** fragments d'une leçon de M. Charcot (1886) In: **Œuvres Complètes de J. M. Charcot (Tomo III).** Paris: A. Delahaye E. Lecrosnier, 1890j, p. 441-459.
- CHARCOT, J. -M. **Appendice – VI. Description de la grande attaque hysterique.** Œuvres Completes de J. M. Charcot. Leçons sur les Maladies du Système Nerveux, Tomo I, 1892, p. 435-448.
- CHARCOT, J. -M. **Dix-septieme leçon – 3^e et 4^e Malades. — Hysterie et degenerescence chez l'homme.** Leçons du mardi, tome 2, 1893, p. 392-403.
- CHARCOT, Jean-Martin. A grande histeria ou histero-epilepsia. Clássicos da Psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.** Vol. 2, n. 3, jul-set, 1999, p. 166-172.

Outros textos

- ALBOU, Philippe e WALUSINSKI, O. **Jean-Martin Charcot et sa famille, entre 1875 et 1884, d'après Marie-Louise Pailleron.** e.SFHM – Société Française d'Histoire de la Médecine, 2024, 9 (04), pp. 16-27.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ANDERSSON, Ola. **Freud precursor de Freud: estudos sobre a pré-história da psicanálise.** Trad. Luiz Carlos Uchôa Junqueira Fo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- BABINSKI, J. **Centenaire de Charcot. Éloge de JM. Charcot.** Rev Neurol (Paris) 32(6), 1925, p. 746-756.

- BABINSKI, J. Preface. In : CHARCOT, J. -M In: **Leçons du mardi à la Salpêtrière**. Polyclinique 1887-1888. Tome I. 2 édition avec 101 figures. Paris: Vve. Babé & Cie, 1892, p.1-4.
- BARBERIS, Daniela S. **Changing Practices of Commemoration in Neurology: Comparing Charcot's 1925 and 1993 Centennials**. *Osiris*, v. 14, 1999, pp. 102-117.
- BOGOUSLAVSKY, J., WALUSINSKI, O e MOULIN, T. **Alfred Vulpian and Jean-Martin Charcot in Each Other's Shadow?** From Castor and Pollux at La Salpêtrière to Neurology Forever. *Eur Neurol* v. 65, n. 4, 2011, p. 215-222.
- BONDUELLE, Michel. Charcot: dates, légendes et réalité. In: **Histoire des Sciences Médicales**, Tome XXVIII, n.4, 1994, p.289-295.
- BONDUELLE, Michel. La Salpêtrière de Mazarin à Charcot. **Histoire des Sciences Médicales** – Tome XXXI, n.2, 1997, p. 163-170.
- BOUCHARA, Catherine; MAZET, Philippe; COHEN, Davi. Jean Martin Charcot, 1825–1893: **Did He Anticipate Freud's First Topology?** In: *American Journal of Psychiatry*, 167:4, April 2010a. p.387.
- BOUCHARA C., MAZET P., COHEN D. **Un premier schéma de l'Inconscient par Charcot dès 1882**. *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.* v.8, 2010b, p.163-169.
- BOUCHARA, Catherine. **Charcot: une vie avec l'image**. Paris: Éditions Philippe Rey, 2013.
- BOUCHER, Louis. **La Salpêtrière, son histoire de 1656 à 1790**. Ses origines et son fonctionnement au XVIIIe siècle. Paris: Imprimerie de la Société de Typographie, 1883.
- BOUKIS, Sauveur. **Les multiples facettes de la personnalité de Jean-Martin Charcot**. In: **Histoire des Sciences Médicales**, v. 5, n.1, 2023, p.225-236.
- CAMARGO, Carlos Henrique Ferreira; COUTINHO, Léo; CORREA NETO, Ylmar; ENGELHARDT, Elias; MARANHÃO FILHO, Pericles; WALUSINSKI, Olivier; TEIVE, Hélio Afonso Ghizoni. **Jean-Martin Charcot: the polymath**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, v. 81, n. 12, 2023, p. 1098-1111.
- CORNIOU, Olivier. **Vie et œuvre de Jean-Martin Charcot**. Thèse pour le doctorat en médecine. Faculté de médecine de Créteil, Université Paris-Val-de-Marne, 2002.
- DIDI-HUBERMAN, Georges. **Invenção da histeria: Charcot e a iconografia fotográfica da Salpêtrière**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2015.
- DROZDOWSKI, Shelby. **Progress Derailed: How the Great War Altered the Course of Frech Psychiatry**. *Constellations*. v. 10, n. 1, 2018.
- ELLENBERGER, Henri F. Charcot and the Salpêtrière School. In: MICALE, Mark S. (Editor). **Beyond the Unconscious: Essays of Henri F. Ellenberger in the History of Psychiatry**. Princeton: Princeton University Press, 1993a.
- ELLENBERGER, Henri F. Freud's Lecture on Masculine Hysteria (October 15, 1886): A Critical Study. In: MICALE, Mark S. (Editor). **Beyond the Unconscious: Essays of Henri F. Ellenberger in the History of Psychiatry**. Princeton: Princeton University Press, 1993b.
- ELLENBERGER, Henri F. **A Descoberta do Inconsciente: História e Evolução da Psiquiatria Dinâmica**. Tradução: Paulo Sérgio Souza Jr. São Paulo: Perspectiva, 2023.
- FOUCAULT, M. **História da Loucura: na Idade Clássica** (1961). 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.
- FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital**. In: *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 99-111.
- FREUD, Sigmund. **Informe sobre a minha viagem de estudos a Paris e Berlim (1886a)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 13-26.
- FREUD, Sigmund. **Prefácio à tradução de J.-M Charcot. Lições sobre as doenças do sistema nervoso (1886b)** In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré

- psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 342-343.
- FREUD, Sigmund. **Histeria (1888a)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 39-67.
- FREUD, Sigmund. **Prefácio à tradução de H. Bernheim, de *La Suggestion* (1888b)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 68-85.
- FREUD, Sigmund. **Prefácio e Notas à Tradução de J.-M. Charcot, *Leçons du Mardi à la Salpêtrière* (1892-1894)** In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 39-67.
- FREUD, Sigmund. **Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas (1893)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 1 : textos pré psicanalíticos (1886-1896). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2025, p. 189-209.
- FREUD, Sigmund. **Charcot (1893)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 3 : primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2023, p. 15-31.
- FREUD, Sigmund. **Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos (1893)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 3 : primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2023, p. 32-48.
- FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria (1893-1895)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 2 : Estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2016, p. 14-357.
- FREUD, Sigmund. **A hereditariedade e a etiologia das neuroses (1896)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 3 : primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2023, p. 139-158.
- FREUD, Sigmund. **A etiologia da histeria (1896)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 3 : primeiros escritos psicanalíticos (1893-1899). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2023, p. 191-231.
- FREUD, Sigmund. **Psicopatologia da vida cotidiana (1901)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 5 : Psicopatologia da vida cotidiana e sobre os sonhos (1901). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2021, p.13-376.
- FREUD, Sigmund. **Princípios Básicos da Psicanálise (1913)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Vol. 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”): artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, p. 268-276.
- FREUD, Sigmund. **Contribuição à história do movimento psicanalítico (1914)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 11 : Totem e Tabu, Contribuição à História do Movimento Psicanalítico e outros textos (1912-1914). Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p.245-327.
- FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à psicanálise (1916-17)**. In: FREUD, Sigmund. *Obras Completas*. Volume 13 : Conferências introdutórias à psicanálise (1916-17). Trad. Sergio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 2014, p.9-501.
- FREUD, Sigmund. **“Autobiografia” (1925 [1924])**. In: FREUD, Sigmund. *Obras completas*. Vol. 16: O Eu e o Id, “Autobiografia” e outros textos (1923-1925). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 245–274.
- FREUD, Sigmund. **Correspondência de amor e outras cartas, 1873 – 1939**. Ed. preparada por Ernest L. Freud. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1982.

- GARDNER, Augustus K. **Old wine in new bottles: or, Spare hours of a student in Paris.** C. S. Francis & co., 1848.
- GARRABÉ, Jean. **La representación del inconsciente por Jean-Martin Charcot en 1892.** Vol. 34, No. 6, noviembre-diciembre, 2011, p. 547-48.
- GAUCHET, Marcel. Les chemins imprévus de l'inconscient. In: SWAIN, G.; GAUCHET, M. **Le vrai Charcot.** Paris: Calmann-Lévy, 1997, p.97-208.
- GELFAND, Toby. **"Mon Cher Docteur Freud": Charcot's Unpublished Correspondence to Freud, 1888-1893.** Bulletin of the History of Medicine, 62(4), 563–588, 1988.
- GELFAND, Toby. **Comment Charcot a obtenu sa chaire.** In: Histoire des Sciences Médicales – Tome XXVIII, n.4, 1994, p.307-312.
- GELFAND, Toby. **Dreams: Charcot's Last Words on Hysteria.** Bulletin of the History of Medicine, Volume 98, Number 1, 2024, p. 1-25.
- GOETZ, Cristopher G.; BONDUELLE, Michel; GELFAND, Toby. **Charcot: constructing neurology.** New York: Oxford University Press, 1995.
- GOETZ, Cristopher. **The Salpêtrière in the Wake of Charcot's Death.** Archives of neurology. V. 45, n. 4, 1988, p. 444–447.
- GOMES, M. da M. e ENGELHARDT E. Jean-Martin Charcot, father of modern neurology: an homage 120 years after his death. Arq Neuropsiquiatr, v. 71 n. 10, 2013, p.815–817.
- GUILLAIN, George. **J-M Charcot: his life – his work.** New York: Paul B. Hoeber, 1959.
- GUILLAIN, Georges. **J. -M. Charcot (1835-1893): sa vie, son oeuvre.** Paris: Masson, 1955.
- GUINON, G. **La policlinique de M. le Pr. Charcot à la Salpêtrière** in Clinique des maladies du système nerveux, vol. 2, Paris : Bureaux du Progrès Medical, Babé & Cie, 1893, pp. 430-9.
- HAREL, Claude. **Le professeur Jean-Martin Charcot : sur sa vie et son œuvre au regard des biographies et des titres de la grande presse française à la suite de son décès en août 1893.** Histoire, Philosophie et Sociologie des sciences, 2015.
- JANET, P. J.-M. Charcot: son œuvre psychologique. **Revue Philosophique de la France et de l'Étranger**, T. 39, Janvier à juin, 1895, p. 569-604.
- JAY, Venita. **The Legacy of Jean-Martin Charcot.** Archives of pathology & laboratory medicine. Vol 124, n. 1., january, 2000, p. 10-11.
- JONES, Ernest. **A Vida e a Obra de Sigmund Freud: Os Anos de Formação e as Grandes Descobertas (Volume 1 – 1856-1900).** Tradução de Júlio Castafion Guimarães. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1989.
- KUMAR, D. R., ASLINIA, F., YALE, S. H., & MAZZA, J. J. Jean-Martin Charcot: the father of neurology. *Clinical medicine & research*, v. 9, n. 1, 2011, p. 46–49.
- LELLOUCH, Alain. Offre et Demande de soin a l'hospice de la vieillesse-femmes vers 1862. **Histoire des sciences médicales**, v. 23, n. 3, p. 219-223, 1989.
- MARANHÃO-FILHO, Péricles. **The art and neurology of Paul Richer.** Historical Note. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 75, n. 7, julho, 2017.
- MARIE, Pierre. **Eloge de J-M Charcot.** In: ACHARD, C.; SOUQUES, A. Bulletin de l'Académie de Médecine. n° 21, 3^{ème} série, tome XCIII. Paris: Masson & Cie, 1925, p.576-593.
- MARIE, Pierre e AZOULAY, Leon. **Consultation externe de la clinique des maladies du système nerveux - 1^{er} semestre 1885.** *Prog. med.*, 1885, n° 49, p. 490-1.
- MICALE, Mark. S. **The Salpêtrière in the Age of Charcot: An Institutional Perspective on Medical History in the Late Nineteenth Century.** *Journal of Contemporary History*, Vol. 20, No. 4, Medicine, History and Society (Oct.,1985), pp. 703-731.

- MICALE, M. S. **Charcot and the idea of hysteria in the male: gender, mental science, and medical diagnosis in late nineteenth-century France.** *Medical history*, v. 34, n. 4, 1990a, p. 363–411.
- MICALE, M. S. **Hysteria and its historiography: the future perspective.** *History of Psychiatry*, v.1, n.1, 1990b, p.33-124.
- MICALE, Mark. **Charcot and The History of Hysteria in Micale, Mark. Approaching Hysteria.** Princeton: Princeton University Press, 1995, p. 88-96.
- MICALE, M. S. **Jean-Martin Charcot and les névroses traumatiques: From Medicine to Culture in French Trauma Theory of the Late Nineteenth Century** in MICALE, M. S. (org). *Traumatic Pasts History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930.* Cambridge University Press, 2001, p. 115-139.
- MICALE, M. S. **Hysterical Men.** The Hidden History of Male Nervous Illness. Harvard University Press, 2008.
- PANDEY, S. **Jean-Martin Charcot Pathologist, Neurologist, Psychiatrist and Physician.** *Ann Indian Acad Neurol*, v. 15, 2012, p. 297-8.
- PANDOVAN, Caio e FRANCO, Wilson de Albuquerque Cavalcanti. **Tradução e comentários à conferência de Freud sobre a Histeria masculina: uma contribuição à historiografia da psicanálise.** *Revista Natureza Humana*, São Paulo, v. 20, n. 1, pp. 240-272, jan./jul. 2018.
- PEREIRA, M. E. Costa. **C'est toujours la même chose: Charcot e a descrição do Grande Ataque Histérico.** *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*. v. II, n. 3, jul-set, 1999, pp. 159-165.
- PINELL, Patrice. **Champ médical et processus de spécialisation.** In: *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2005/1, n.156-157, p.4-36.
- PONTALIS, J. -B. **Between Freud and Charcot: From One Scene to the Other.** *Frontiers in Psychoanalysis. Between the Dream and Psychic Pain.*: By J.-B. New York: International Universities Press, 1981, p.17-22.
- RICHER, P. **Études cliniques sur hystéro-épilepsie ou grande hystérie.** Paris: A. Lecrosnier & Delahaye, 1881.
- RICOU, Philippe, LEROUX-HUGON, Véronique e POIRIER, Jacques. **La Bibliothèque Charcot à la Salpêtrière.** In: **Histoire des Sciences Médicales.** Tome XXVIII, n.4, 1994, p.319 – 323.
- ROUDINESCO, E. Henri Ellenberger e a descoberta do inconsciente. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental.** Out-dez, 2005, p. 587-595.
- ROUDINESCO, E. Sigmund Freud na sua época e em nosso tempo. Tradução André Telles; revisão técnica Marco Antonio Coutinho Jorge. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.
- SILVA, Maren de Moraes e, MEIRA, Alex Tiburtino, WALUSINSKI, Olivier, Camargo, Carlos Henrique e TEIVE, Hélio Afonso Ghizoni **Charcot's paradox.** *Historical Note*, 2018, p. 390-393.
- SCHMIDT, Eder. **Charcot e a escola da Salpêtrière: a afirmação de uma histeria neurológica.** Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2017.
- SOUQUES, A.; MEIGE, H. Jean-Martin Charcot (1825-1893). In: **Les Biographies Médicales.** 13e. année, n.4, mai, p. 321-336. Paris: J-B. Baillière et Fils, 1939a.
- SOUQUES, A.; MEIGE, H. Jean-Martin Charcot (1825-1893). In: **Les Biographies Médicales.** 13e. année, n. 5, juin-juillet, p.337-352. Paris: J-B. Baillière et Fils, 1939b.
- SWAIN, G.; GAUCHET, M. **Le vrai Charcot.** Les chemins imprévus de l'inconscient. Paris: Calmann-Lévy, 1997.

- TAN S.Y. e SHIGAKI, D. **Jean-Martin Charcot (1825-1893): Pathologist who shaped modern neurology**. Singapore Med J, v. 48, 2007, p. 383-4.
- TEIVE, H. A. G., GERMINIANI, F. M. B., MUNHOZ, R. P., & WALUSINSKI, O. **Charcot's famous secretaries**. Arquivos de neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 75, n. 5, 2017, p. 320–323.
- TEIVE, H. A.G; ALMEIDA S.M., ARRUDA W.O., SÁ D.S., WERNECK L.C. **Charcot and Brazil**. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 59, n. 2-A, 2001, p. 295-299.
- TRILLAT, Etienne. **História da histeria**. Trad. Patrícia Porchat. São Paulo: Escuta, 1991.
- WALUSINSKI, Olivier. **Jean-Martin Charcot's House Officers at La Salpêtrière Hospital** in Bogousslavsky J (ed): Following Charcot: A Forgotten History of Neurology and Psychiatry. Front Neurol Neurosci. Basel, Karger, vol 29, 2011, pp 9–35.
- WALUSINSKI, Olivier. **Les facettes peu connues de l'oeuvre de Jean-Martin Charcot (1825-1893)**. Histoire des Sciences médicales, v. 7, n. 1, 2022a, pp. 375-390.
- WALUSINSKI, Olivier. **Jean-Martin Charcot à la Société de Biologie 1851-1860**. e.sfhm, v. 07, n. 1, 2022b, pp. 4-27.
- ZARETSKY, Eli. **Segredos da Alma**. Uma história sociocultural da psicanálise. São Paulo: Cultrix, 2006.