

SEÇÃO LIVRE

A febre amarela antes do mosquito: miasmas e contágio nos manuais de medicina popular do século XIX

Isabel Stancik*

Marco Antonio Stancik**

Resumo:

O trabalho apresenta as concepções relativas à febre amarela adotadas no Brasil no século XIX, antes de se atribuir sua propagação à ação do mosquito *Aedes aegypti*. Para tanto, procura-se esclarecer o emprego das noções de miasmas, ou infecção e contágio, conforme apresentadas pelos manuais de medicina popular disponíveis no período.

Palavras-chave: Febre amarela; Manuais de medicina popular; História da medicina.

Abstract:

The paper presents the concepts related for the yellow fever in Brazil, in the nineteenth century, before understand that the *Aedes aegypti* transmit the disease. The research presents the popular medical manuals available at the time, to clarify the concepts of miasmas, or infection, and contagion.

Keywords: Yellow fever; Popular medical manuals; History of medicine.

* Pós-graduada em Educação Especial e em Educação Patrimonial. Professora da Rede Estadual de Ensino do Estado do Paraná e Coordenadora da área de História do Núcleo Regional de Educação de Ponta Grossa/PR.

** Mestre e doutor em História pela Universidade Federal do Paraná, atua no Instituto Agrônomo do Paraná – Pólo Regional de Ponta Grossa. E-mail: marcostancik@hotmail.com.

A medicina nos manuais de divulgação

Na atualidade, a febre amarela é referida como doença infecciosa aguda, febril, caracterizada por insuficiência hepática e renal. Na forma urbana, seu agente causador é um vírus transmitido ao homem pelo mosquito *Aedes aegypti*, denominado *Stegomyia fasciata* no início do século XX. Existe ainda a forma silvestre, não abordada no presente trabalho. Quanto à sua presença, as primeiras epidemias ocorreram no verão de 1849-1850, atingindo inclusive a cidade do Rio de Janeiro, sede da Corte. A partir daí, durante os 50 anos seguintes, tornou-se uma das mais constantes e mortais presenças na história daquela e de outras cidades pelo país afora, constituindo uma das maiores preocupações sanitárias a figurar nas pautas do poder público no período. Isso se observou até o início do século XX, quando Oswaldo Cruz encabeçou uma bem-sucedida campanha contra o mal, à frente dos esquadrões mata-mosquitos (Almeida, 2003; Benchimol, 1999; 2001).

No entanto, antes de se estabelecer a aceitação do papel do mosquito, outras teorias e concepções eram propostas para sua transmissão. Era o caso das teorias miasmática e contagiosa. A primeira apontava para a crença segundo a qual, doenças seriam veiculadas pelos “ares pestilenciais”, enquanto que a idéia de contágio, presente inclusive na Bíblia, apostava na transmissão de pessoa a pessoa. Era assim que, no correr do século XIX, tentava-se esclarecer o misterioso mecanismo da transmissão da febre amarela e de tantas outras doenças: ora apelando para supostos miasmas - termo presente nas concepções hipocráticas e que em grego significa “manchar”, “tingir” -, ora propondo o contágio direto. Quando não, mesclando ambas as hipóteses. Isso era proposto antes da assim chamada “revolução pasteuriana”.

Antes disso, servindo-se das noções de miasmas e contágio, médicos e suas diferentes teorias encontravam-se em franca luta visando impor um ponto de vista particular, como exemplificam os manuais de medicina doméstica disponíveis à restrita parcela alfabetizada da população brasileira do período. Os estudos historiográficos em torno dessas obras têm, de

preferência, destacado a importância do *Formulário e guia médico* e do *Dicionário de medicina popular*, do polonês Pedro Luiz Napoleão Chernoviz (Figueiredo, 2001; 2002; 2005; Guimarães, 2003; 2005; Santos Filho, 1991). Tais trabalhos tendem a centrar-se na atuação de seu autor e não no conteúdo de seus verbetes, importantes por revelarem as concepções, teorias e os ensinamentos divulgados no período.

Embora os livros de Chernoviz, cuja primeira edição é do início da década de 1840, tenham se transformado em verdadeiros *best sellers*, com várias reedições, suas obras não foram as únicas a circular naquele período, difundindo saberes médicos. Ao seu lado, numerosos trabalhos similares e também destinados ao público leigo cumpriram papel semelhante.¹

Em relação a essa produção, tendo em conta que houvesse um embate e uma disputa entre os profissionais da medicina e considerando-se a historicidade e multiplicidade de entendimentos, percepções e práticas relacionadas às doenças, adota-se como pressuposto que os manuais serviram como veículos de popularização da ciência médica.

Estes, por sua vez, levavam à população visões discordantes sobre as doenças. Em um período durante o qual a presença dos médicos era escassa fora dos grandes centros urbanos, e mesmo nestes, a população tendia a dar preferência aos terapeutas populares (Soares, 2001), tais obras divulgavam e buscavam reforçar a aceitação de teorias e noções médicas a respeito dos fenômenos patológicos. Entre elas, as de miasmas e contágio.²

Situações dessa natureza evidenciam que a medicina, assim como as doenças, suas formas de enfrentamento e as concepções a seu respeito têm história (Sourina, 1997). Uma história permeada e marcada por rupturas e permanências, e, não menos, por disputas entre diferentes concepções,

¹ Santos Filho (1991: 438-442) traz uma grande lista, capaz de nos dar uma idéia aproximada da quantidade de manuais de medicina doméstica disponíveis no Brasil no correr do século XIX.

² Deve ficar claro que tais conceitos e noções estavam presentes também nas obras utilizadas nas escolas de medicina, entre outras produzidas por médicos, ou que reproduziam suas concepções, embora estas não sejam abordadas no presente estudo.

com as quais os atores sociais buscam dar sentido ao mundo social. Com isso, não se pretende negar a dimensão biológica dos fenômenos patológicos, mas destacar a complexidade do processo de construção social da doença, os sentidos que são atribuídos às enfermidades, as formas como são social e culturalmente apreendidas e rotuladas. O que também se aplica aos saberes médicos e terapêuticos.

Nos tópicos seguintes, deixando de lado as terapêuticas, a atenção se volta para as interpretações dadas à febre amarela, sua profilaxia e causas, antes de se tornar aceita a idéia do vetor, tendo em vista o que registraram os manuais de medicina popular produzidos logo após a ocorrência das primeiras epidemias no território nacional. Estudo em que se enfatiza o emprego das noções de infecção e de contágio, atendendo-se à regra metodológica proposta por Benchimol (1999), que defende o abandono das dicotomias “certo/errado”, ou “êxito/fracasso”, sob as quais se dá destaque aos empreendimentos e teorias vitoriosos nas disputas pela definição da realidade. Isso por se considerar que, tanto quanto quaisquer outros, o ponto de vista médico sobre a doença é uma construção social (Tronca, 2000).

A febre amarela nos manuais de medicina

Em 1907, era relançado o livro *Medicina doméstica homeopática*, do Dr. J. Laurie,³ obra cuja primeira edição inglesa é de 1872. No ano seguinte, era a vez de vir a lume a 18ª edição do *Formulário e guia médico*, de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, publicado originalmente em 1841. A perspectiva defendida naquelas novas edições marca um importante divisor de águas na compreensão daquela e de muitas outras enfermidades.

O Dr. J. Laurie, ainda em 1907, exemplificava como, pela ação dos miasmas, supunha-se que muitas enfermidades afetariam o homem, entre

³ Embora não se desconsidere o embate entre a medicina dita alopática e a homeopática e o fato desta última não ser então reconhecida pelas academias como uma prática médica legítima, também em seus manuais constatou-se o emprego das noções de miasmas e contágio, justificando-se assim seu emprego no presente estudo.

elas a febre amarela. Propunha ainda a existência de duas variedades da doença: uma dependeria de causas acidentais e era descrita como da mesma natureza das febres gástricas inflamatórias, não epidêmica, esporádica ou contínua. A outra teria caráter epidêmico e remitente. Nos dois casos, observava-se a coloração amarelada da pele e o vômito negro.

Em relação à primeira delas, dizia estar associada aos “desregramentos do viver” e ao “desarranjo dos órgãos e funções digestivas”. Neste caso, a associava à indigestão, supondo que aí estaria a origem dos padecimentos hepáticos e renais proporcionados pelo mal amarílico. Quanto à epidêmica, Laurie afirmava ter como principal causa a “mudança de temperatura”, a qual os emigrantes estariam mais expostos e suscetíveis. Os negros e aqueles que já se encontrassem aclimatados às regiões onde a doença se apresentava teriam menores possibilidades de contraí-la. O autor destacava ainda que a forma de natureza epidêmica seria “originada de causas atmosféricas que importam não só aos indivíduos, mas às populações inteiras”. Esclarecendo o que entendia por “causas atmosféricas”, detalhava consistirem nas “imundícies que se acumulam no porão dos navios, etc.”, acrescentando ser “fora de dúvida que exalam vapores nocivos, quando se acham sob a ação de processos de decomposição, como sucede nos climas muito cálidos, podendo converter-se em causas eficientes” (Laurie, 1907: v. 1, 111-112).

Sobre as causas da doença, acrescentou:

Os miasmas dos pântanos, as emanações emitidas pelas proximidades do mar ou de terrenos úmidos, ou em todos os lugares que se acham próximos de matas e rios, expostos à ação de intenso calor, e onde a decomposição das matérias animais e vegetais faz-se enérgica e rapidamente, devem ser comumente considerados como as principais causas determinantes. (LAURIE, 1907: vol. 1, 112-113)

Embora proferidas no início do século XX, as palavras de Laurie reproduziam concepções caras aos séculos XVIII e XIX. Seguindo-se as mesmas, o ar passou a ser percebido como um “caldo pavoroso” onde se misturavam emanações de corpos em decomposição, fumaça,

enxofre, vapores aquosos, voláteis, oleosos e salinos, entre outros elementos. Ali se incubariam as epidemias (Corbin, 1987). A obra de Laurie insistia não apenas no temor em relação aos odores doentios assim produzidos, como reforçava a percepção segundo a qual as principais, ou, talvez, mais lamentadas vítimas do mal amarelado seriam os recém-chegados ao país. Condição que continuamente ameaçava inviabilizar a vinda de imigrantes europeus, procurados como opção para a substituição da mão-de-obra escrava.

Em relação à variedade dita não epidêmica, esporádica ou contínua, o autor indicava como causas: “um resfriamento”, o abuso de bebidas e/ou alimentos, o trabalho excessivo, principalmente sob o sol, a falta de asseio e ventilação. Também advertia quanto aos riscos oferecidos pelas “emoções morais”. Assim, fazia eco a proposições que datam do século XIV, quando tratados médicos sugeriam que as pessoas mais predispostas ao adoecimento seriam aquelas que se entregavam mais avidamente aos prazeres dos sentidos (Czeresnia, 1997).

Em um aspecto, contudo, J. Laurie era taxativo. Em ambas as formas de febre amarela por ele descritas, negava o caráter contagioso, ou a transmissão de uma pessoa a outra. Sob tal ótica, devia-se evitar o contato com exalações e odores doentios e a permanência nos mais diversos locais de onde se desprenderiam, tais como cemitérios, matadouros, esgotos, hospitais, pântanos, água do mar.

Ao falar em miasmas, Laurie não apenas apresentava as enfermidades como fenômenos de caráter biológico e social, mas apreendia a doença de forma coletiva. Segundo seu pensamento, os miasmas espalhados pela atmosfera, ao atingirem populações inteiras, tornavam-nas vítimas do descaso quanto às suas condições de higiene. Tais emanações resultariam de condições objetivas de vida, construídas no espaço social. Importava assim, segundo tal perspectiva, pensar as formas de vida das pessoas, as relações estabelecidas entre elas. Atrelada à noção de miasmas, firmara-se entre os séculos XVII e XIX, a noção de salubridade, preocupada com o “estado das coisas”, do meio e seus elementos constitutivos, que permitiriam a melhor saúde possível (Foucault, 1985).

Por sua vez, as explicações propostas para a doença por Chernoviz de 1908, dirigiam toda a atenção para um fator único e em momento algum mencionavam quaisquer miasmas. Nas suas palavras: “Atualmente, achase demonstrado de forma absolutamente indiscutível, que esta doença é transmitida ao homem por um mosquito especial, o *Stegomyia fasciata*” (Chernoviz, 1908: 1644). A nova edição trazia recomendações quanto às formas de combater a propagação da enfermidade, consistindo basicamente na eliminação dos mosquitos. No combate às larvas, aconselhava conservar fechados todos os depósitos de água e evitar o seu acúmulo em locais acessíveis ao inseto (Chernoviz, 1908: 1646, 1653-1654). Restava, contudo, um problema a ser resolvido: o micróbio da febre amarela até então não fora descoberto, uma vez que os microscópios então disponíveis não possibilitavam visualizar seres tão minúsculos, como os vírus. Situação incômoda, semelhante à experimentada também com a varíola, a raiva, a gripe, entre tantas outras.

Essas certezas constituíam novidades ainda não aceitas por todos naquele início de século, conforme exemplificado pela obra de Laurie. Se os microorganismos já se encontravam mais ou menos integrados na forma de se perceber e conceber as doenças, colocar entre eles e o homem mais um elemento, o mosquito, implicava em um esforço de aceitação de um novo horizonte de visibilidade, um novo modo de perceber e compreender as relações entre os seres vivos. Situação dificultada pela presença ainda não constatada de um ser microscópico. Não se podendo chegar ao agente específico, restava aceitar e conviver com a hipótese da existência de um micróbio que, embora invisível ao homem, agia em seu organismo de forma bem conhecida e temida, intermediado por um minúsculo inseto alado.

Miasmas, contágio e febre amarela

Antes de se tornar compreendido e aceito o mecanismo de transmissão da febre amarela, muitas explicações tentavam dar conta de suas causas. Quanto a isso, a obra de Laurie torna evidente. Sem excluir Chernoviz, em edições anteriores à de 1908. É o que revela a sua 8ª edição,

lançada em 1868. Na obra, não eram indicados meios profiláticos, mas, em um único e breve parágrafo, eram descritos seus sintomas e os recursos terapêuticos. O leitor era informado sobre duas fases distintas da doença. Na primeira, haveria dor de cabeça e nos membros, calafrios, sede, náuseas, fastio, vômitos biliosos, pulso forte e freqüente. O período seguinte seria marcado pela cor amarelada da pele, vômito e evacuações de cor escura, redução e, posteriormente, supressão da urina, ansiedade, prostração, pulso fraco e hemorragias nas gengivas, nariz, língua e ânus (Chernoviz, 1868: 775). Algumas indicações quanto à profilaxia da febre amarela apareciam em sua 18ª edição, de 1897, e consistiam em “evitar os excessos, as fadigas, não apanhar sol”. Recomendava-se também morar em locais tais como morros e montanhas (Chernoviz, 1897: 1520).

Outro autor de manuais de medicina popular importante naquele período, o médico dinamarquês Theodoro Langgaard, oferecia mais detalhes sobre o assunto, propondo em 1865 que a doença apresentaria três fases. A última delas se caracterizaria pelo agravamento dos sintomas já manifestados anteriormente. Ao referir-se à etiologia, tornavam-se nítidas a incerteza e a insegurança de quem tateava no escuro, evidenciadas por suposições diversas, apresentadas naquele momento em que o mal amarílico gerava muitos debates em torno de sua causação, diagnóstico e profilaxia. Detalhava Langgaard:

As principais causas condicionantes são: um calor mais ou menos intenso, reunido a certo grau de umidade, à vizinhança do mar, de pântanos ou de terrenos alagadiços; as emanações que resultam de substâncias orgânicas em decomposição, a aglomeração de grande número de indivíduos doentes, em lugares baixos, úmidos e insuficientemente arejados, e a pouca elevação dos terrenos. (Langgaard, 1865: v. 2, 209)

O conjunto de fatores assim resumidos por Langgaard revelam que, para o autor, estava presente a noção de miasmas, ou infecção, ao tentar esclarecer as causas da febre amarela. Mas ele não descartava a possibilidade do contágio. Suas dúvidas refletiam, nas suas palavras, a “dificuldade ou mesmo impossibilidade que há em distinguir-se, em certas

circunstâncias, as moléstias transmissíveis por contágio por infecção” (Langgaard, 1865: v. 2, 210). No caso da febre amarela, tal situação foi resumida por George Rosen nos seguintes termos:

Desde o final do século XVIII, e no correr do XIX, o problema da causação da febre amarela era um dos principais campos de batalha na guerra infinita pela glória entre as teorias dos miasmas e do contágio. Defensores do contágio recomendavam a necessidade de quarentena e se opunham aos que insistiam na importância das condições insalubres. Inutilmente, porém, pois ambos estavam, em parte, certos, e continuava desconhecido o elemento de união capaz de produzir uma síntese dessas verdades. No último ano do século XIX, uma série dramática de eventos revelou o papel crucial do mosquito. E tornou possível ao menos o controle da febre amarela. (Rosen, 1994: 238)

Retornando ao dicionário de Langgaard, constatamos a ausência do verbete “miasmas” em sua primeira edição, o qual somente aparece na seguinte, datada de 1872. Segundo esclarecia o autor, estes:

Consistem em uma viciação ou alteração da atmosfera (mefitismo), que é uma das causas que mais constantemente produz ou exacerba as epidemias. Chama-se infecção a introdução na economia animal de miasmas dos corpos orgânicos; e foco de infecção o lugar onde se produz e concentra o princípio infectante, que pode ser vegetal, animal ou misto; o animal varia ainda segundo a sua origem, ou de matérias animais em decomposição, ou dos próprios animais, quer doentes, quer em estado de saúde. (Langgaard, 1872: v. 3, 43)

O autor citava exemplos aceitos de focos de infecção, isto é, de locais onde se concentrariam tais emanações mefíticas. Estes poderiam ser áreas pantanosas (miasmas vegetais), cemitérios, açougues, matadouros (miasmas animais), ou ainda de canos de esgoto e latrinas (miasmas mistos). Também de origem animal seriam os miasmas provenientes da aglomeração de pessoas supostamente saudáveis ou doentes, em um ambiente onde o ar não fosse renovado. Exemplificando um dos focos miasmáticos mais temidos, Teodoro Langgaard dedicou um verbete às águas paradas. Neste, pode-se ter um exemplo de como tal problemática poderia ser então

apresentada. Conforme o autor, as águas paradas de qualquer natureza exerceriam uma influência perniciosa ao seu redor, funcionando como um foco de putrefação e fermentação a lançar continuamente substâncias nocivas na atmosfera.

Sua ação seria mais intensa sob temperaturas altas e em épocas secas, principalmente durante o período noturno. Para evitar ou minimizar seus efeitos deletérios, Langgaard recomendava que o homem delas se mantivesse afastado, tanto em termos de distância, como de altura. Assim, uma moradia seria tanto mais salubre quanto mais alta se localizasse, uma vez que se acreditava que, em locais mais elevados, menor seria o efeito das emanações maléficas presentes na atmosfera e tendentes à concentração próxima ao solo. Langgaard prosseguia recomendando “secar as águas estagnadas, pantanosas”. Quanto às cidades, indicava: “As ruas devem ser bem calçadas, as cloacas ter um bem organizado sistema; assim como deve havê-lo para conduzir as águas pluviais e servidas; aterrar os pântanos e plantar arvoredos por cima” (Langgaard, 1865: v. 1, 47). Haveria outras medidas não menos importantes. Por exemplo, não construir habitações em locais “expostos aos ventos, que passam constantemente por cima destas águas nocivas”, “evitar o ar da noite e da madrugada”, “ter um sustento forte e nutritivo”, fugir de tudo que pudesse “inquietar o espírito”, entre outras. Observe-se que o temor não dizia respeito diretamente às águas paradas, mas aos supostos venenos a partir delas originados e que seriam espalhados pela ação do ar.

Quanto aos seus supostos efeitos sobre a infância, Langgaard alertava:

Já entre as crianças observa-se aí uma mortalidade extraordinária, nascendo já muitas delas mortas, e as que sobrevivem têm uma constituição acanhada, são pequenas, magras e de pouca força, (...) a barriga crescida, o baço e fígado volumosos e seu sangue é pobre de humor. (Langgaard, 1865: v. 1, 46-47).

No verbete “emanações”, a sensibilidade olfativa era indicada para se precaver de uma série de outras fontes deletérias, entre as quais

figuravam o solo, as resultantes das decomposições, fermentação e putrefação. Eflúvios assim originados e “recebidos diretamente pelas vias aéreas” dariam lugar a “graves incômodos”, quando não à morte (Langgaard, 1865: v. 2, 28-34).

Por sua vez, J. Laurie alertava quanto ao risco de se fazer uso de aposentos que houvessem permanecido fechados durante longos períodos, pois, nas suas palavras: “A atmosfera nestes quartos torna-se mefítica e semelhante aos vapores que se exalam da água estagnada nos pântanos. Nestes lugares o sono é perturbado por pesadelos, sonhos ansiosos, visões fantasmáticas e terrores espantosos” (Laurie, 1907: v. 2, 453).

A noção de miasmas teria uma sobrevida de algumas décadas, apresentando-se também no *Formulário Chernoviz* do início do século XX, onde podia ser encontrado um breve verbete dedicado ao assunto. Este permaneceu idêntico nas sucessivas edições de 1868 até 1908. Nele, o leitor era informado que miasmas seriam: “Emanações que, se bem que inapreciáveis as mais das vezes pelos processos químicos ou físicos, espalham-se no ar, aderem a certos corpos com maior ou menor tenacidade, e têm sobre a economia animal uma influência mais ou menos perniciosa” (Chernoviz, 1868: 844). Ainda segundo o autor, a ação dos miasmas dava lugar a uma infecção, verbete ausente na edição de 1868. Esta era assim explicada em 1897:

Ação exercida na economia por miasmas morbíficos. A infecção difere do contágio, em que este, uma vez produzido, não tem mais necessidade, para se propagar, da intervenção das causas que lhe deram origem; em que este se reproduz de certo modo por si mesmo, por contato e independentemente, até certo ponto, das condições atmosféricas; ao passo que a infecção, devida à ação que substâncias animais e vegetais em putrefação exercem no ar ambiente, não atua senão na esfera do foco de que emanam os miasmas morbíficos. Verdade é que a infecção propaga-se de um indivíduo doente a outro são, como o contágio; é alterando o ar ambiente que o primeiro indivíduo atua sobre o segundo, a respeito do qual ele vem a ser, de alguma sorte, outro foco de infecção. (Chernoviz, 1897: 1598)

Essa grande proximidade, senão mescla entre as formas de ação, também era proposta por Langgaard ao expor suas idéias sobre a infecção. De forma muito sucinta, em 1865, o médico dinamarquês reportava-se ao assunto nos seguintes termos:

Entende-se por infecção a ação que os miasmas morbíficos exercem sobre a economia; propaga-se de um indivíduo doente para outro são, como o contágio; mas sem ser por contato, é o ar ambiente que se acha alterado; por isso difere a infecção do contágio” (Langgaard, 1865: v. 2, 609).

Tanto Chernoviz quanto Langgaard serviam-se da contraposição entre as noções de miasma e contágio. Revelavam assim a insegurança daqueles que se reportavam ao assunto. Nas duas obras, a preocupação com as condições do ar ambiente eram acentuadas, por se supor que seria por seu intermédio que os miasmas se propagariam. Inclusive naqueles casos em que um doente atuasse como um foco infeccioso. Suposições estas sempre no aguardo de uma possível comprovação.

Além disso, não ficava claro o que esse ar contaminado transportaria. No dicionário de Langgaard esse aspecto era abordado quando o autor expunha suas concepções sobre os “vírus”. Estes eram apresentados, de forma vaga, como resultantes de um processo através do qual, substâncias orgânicas submetidas a alguma reação química sofressem modificações em suas propriedades, sem passar por alterações em sua composição, tornando-se capazes de transmitir tais modificações a outras substâncias orgânicas com as quais tivessem contato.

Aquela alteração, produzida por forças que o autor dizia pouco conhecidas e ainda por esclarecer, daria origem aos vírus, e estes a várias doenças. O seu caráter miasmático se revelaria pelo fato de tais vírus se propagarem pela atmosfera. Langgaard alertava ainda que: “As substâncias alteradas, que constituem o vírus, podem ser levadas pelo vapor d’água exalado pelos pulmões, e deste modo lançado na atmosfera e, respirado por uma população inteira, envenenar a todos em forma de miasma”. Em outra passagem, os vírus eram referidos como “substâncias fluidas ou

líquidos que se podem comunicar pelo contato mediato ou imediato” (Langgaard, 1865: v. 2, 168; v. 3, 676-677).⁴

Alguns esclarecimentos quanto às supostas formas de ação dos miasmas são propostos por Alain Corbin (1987: 25-33, 47). Segundo o autor, estes agiriam corrompendo a coesão dos organismos, desfazendo-lhes o equilíbrio vital, catalisando o processo de putrefação. Seria esta, possivelmente, a modificação provocada pelos vírus a que Langgaard fazia referência. Ação que também seria exercida pela umidade, a qual predisporia à putrefação através do relaxamento das fibras orgânicas. O detalhamento relativo ao “contágio” traz mais elementos para se compreender como a questão era compreendida por alguns médicos. Segundo Langgaard:

Consiste o contágio em um veneno animal, base das moléstias contagiosas, que se desenvolve no organismo doente, e por meio de contato mediato ou imediato se transmite aos organismos sãos e susceptíveis de o receber, desenvolvendo deste modo uma moléstia semelhante. É nisto que consiste a diferença entre o contágio e o miasma. Este último depende de uma alteração viciosa da atmosfera, que ao mesmo tempo acomete um grande número de indivíduos de uma localidade, sem poder-se demonstrar existência de um veneno animal, que passando de uma pessoa a outra, todavia é a causa da moléstia reinante. (Langgaard, 1865: v. 1, 531)

Prosseguia o autor exemplificando doenças que, no seu entendimento, não deixavam dúvidas quanto à sua natureza contagiosa. Entre estas, a bexiga, ou varíola, o sarampo e a “podridão dos hospitais”, uma forma de gangrena. Haveria dúvidas se a febre amarela, assim como a coqueluche, e outras, seriam contagiosas ou miasmáticas.

⁴ Esses supostos vírus ainda não correspondiam aos assim chamados, “vírus filtráveis”, propostos no final do século XIX, portanto, posteriores a Pasteur. “Filtráveis” seriam microorganismos tão minúsculos que não seriam retidos pelos filtros de porcelana (velas de Chamberland, que impedem a passagem das bactérias), não seriam observáveis pelos mais poderosos microscópios (os vírus, tal qual hoje os concebemos, somente se tornaram visíveis na década de 1940, com os microscópios eletrônicos) e não seriam cultiváveis nos meios de cultura disponíveis.

Em resumo, a infecção ou adoecimento decorrente do contato com miasmas ocorreria, segundo tais autores, em decorrência da ação exercida na atmosfera por substâncias de origem animal e/ou vegetal em decomposição. Essa teoria sustentava que, em determinadas circunstâncias, as condições sanitárias produziriam um estado atmosférico causador de doenças. Sendo assim, o principal recurso no combate às doenças de origem miasmática seria a melhoria das condições de higiene nos espaços públicos e privados. A doença, portanto, seria sinônimo de insalubridade. E as populações e as autoridades públicas deveriam permanecer atentas aos sinais de alerta que chegassem através do olfato, uma vez que, espalhados pelo ar, os miasmas encontrariam no nariz uma via privilegiada de acesso.

Já o contágio ocorreria mediante o contato do doente com o são, diretamente ou através de roupas e objetos, ou ainda ao se respirar o ar que os circundasse. O exemplo mais evocado de doença tida como contagiosa era o da varíola, pois, desde o final do século XVIII, tornara-se conhecida da população a inoculação de material proveniente das pústulas produzidas pela doença, visando produzir uma forma branda da doença e proporcionar imunidade. Tal procedimento demonstrava seu caráter contagioso. Mas a concepção do contágio apresentava um grande inconveniente. Em estudo clássico, Erwin Ackerknecht (1948) defende que o contagionismo se expressou através da defesa da quarentena. Medida de conseqüências econômicas incômodas aos industriais e comerciantes, pelos prejuízos decorrentes da paralisação ou diminuição dos negócios e da menor movimentação de pessoas e mercadorias.

Em meados do século XIX existiam dúvidas se os microorganismos poderiam ou não provocar doenças. Parecia mais plausível, segundo o raciocínio do período, associá-las à ação de “venenos” animais ou vegetais, gerados espontaneamente a partir de lixo, resíduos, ambientes insalubres, no caso da infecção por miasmas. Ou pelos organismos doentes, quando era o caso de doenças contagiosas. Mas havia situações em que as noções de infecção e contágio poderiam até mesmo se confundir. Por exemplo, quando Chernoviz propunha que um acometido por alguma doença pudesse funcionar como um foco infeccioso, liberando e espalhando venenos que

alterariam a atmosfera do ambiente, levando aos demais sua enfermidade. E assim, do portador, a doença se propagaria àqueles que tivessem contato com tais emanções.

Essa crença fazia com que os adeptos da teoria miasmática se tornassem, via de regra, defensores do saneamento, da limpeza das cidades, das ruas, praças, hospitais, cemitérios, moradias. Sempre mobilizados pelo medo das emanções oriundas dos mais variados focos de infecção e pretendendo, por isso mesmo, obter a desinfecção do ar que circulava repleto da imundície das cidades. Núcleos urbanos como o Rio de Janeiro e Paris no século XIX. Esta última descrita como o “centro das ciências, das artes, das modas e do bom gosto”, mas também “o centro do fedor” (Corbin, 1987: 41). Muitos dos reformadores sanitários do período defendiam essa opinião e as reformas urbanas realizadas em cidades ocidentais, entre elas o Rio de Janeiro, fundamentaram-se nas proposições dos defensores da teoria miasmática.

Divergindo daquele ponto de vista, os contagionistas propunham o isolamento, a quarentena, com as quais se pretendia afastar os indivíduos sadios dos doentes e dos objetos com os quais tivessem contato. Medidas não apenas incômodas economicamente (Ackerknecht: 1948), mas, provavelmente, tanto mais difíceis de impor, por conta das incertezas e controvérsias que caracterizavam os debates entre os profissionais chancelados pelas instituições médicas. Debates que apareciam continuamente nos jornais e permeavam os manuais de divulgação, aumentando ainda mais a apreensão do público leigo que a eles tinha acesso, e assim se inteiravam dos desacertos em torno daquela e de outras doenças.

Considerações finais

Se ainda hoje dirigimos nossa atenção para a atmosfera quando a febre amarela urbana se manifesta, não mais nos precavemos em relação aos ares pestilenciais. Agora, o temor é devido à presença do *Aedes aegypti*, mosquito que não estava presente nos manuais domésticos, nem nos

demais livros médicos do século XIX. Percorrendo as páginas daqueles manuais, seria fácil, contudo simplista, concluir em favor do “equivoco” daqueles que, no século XIX, caminhavam em meio a infindáveis dúvidas, disputas e debates em torno da febre amarela, sua etiologia, terapêuticas, métodos preventivos. Ou ainda questionando se o seu agente causador seria de natureza biológica ou química.

Muito lentamente, novas verdades ganharam espaço naquelas obras. Nas edições de Chernoviz de 1897, 1904 e 1908, o leitor era informado da impossibilidade da geração espontânea e que qualquer processo de fermentação e de putrefação seriam causados por seres infinitamente pequenos (Chernoviz, 1897: 1641). Mas, como se viu, aquelas obras também traziam o verbete “miasmas”. Não surpreende assim que, em 1912, na quarta edição em língua portuguesa de *O médico homeopata da família* (BRUCKNER: 1912), apresentada como “mais correta e melhorada”, afirmava-se: a febre amarela é “doença epidêmica e contagiosa, e ainda que o seu contágio não seja direto, no entanto, procede dos focos de infecção”. Ora, assim se posicionando, evidenciava a presença concomitante das noções de miasmas e contágio. Anos após, em 1925, um dos mais importantes dicionários da língua portuguesa afirmava que a febre amarela era uma “doença epidêmica produzida por exalações miasmáticas nos climas quentes” (Aulete, 1925: v. 2, 1035).

Durante muito tempo, aquelas idéias estiveram presentes por toda parte: nas salas de aula e nas obras utilizadas pelas academias de medicina, nos manuais de divulgação, inclusive homeopáticos, nos relatórios governamentais, nos dicionários, nos noticiários, na cabeça das pessoas. Por isso, as diferentes formas de relação com a febre amarela e as suposições a seu respeito, características de outros períodos, revelam não o desconhecimento da doença, mas modos particulares e conflitantes de compreendê-la e que, a muito custo, foram desbancadas em nome de novas verdades, tais como a ênfase no combate ao vetor de um ser que permaneceu inacessível ao olhar humano até recentemente.

Por intermédio da febre amarela, revela-se o caráter histórico, portanto limitado, de saberes e práticas – também eles construídos de forma

conflitante -, sem excluir aqueles de natureza médico-científica. Mostrando, por isso mesmo, que as doenças, os saberes médicos e as terapêuticas têm história, visto que são construções sociais.

Bibliografia

- ACKERKNECHT, Erwin H. "Anticontagionism between 1821 and 1867". *Bulletin of the history of medicine*. v. 22, p. 562-593, 1948.
- ALMEIDA, Marta de. "Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: as experiências sobre a febre amarela em São Paulo". In: CHALHOUB, Sidney *et all. Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas: Unicamp, 2003, p. 123-160.
- AULETE, F. J. Caldas. *Dicionário contemporâneo da língua portuguesa*. 2. ed. Lisboa: Parceria Antonio M. Pereira, 1925. 2 vol.
- BENCHIMOL, Jaime L. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ, 1999.
- _____. (Coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- BRUCKNER, T. *O médico homeopata da família*. 4. ed. Leipzig: Pharmacia Central Homeopática, 1912.
- CAPONI, Sandra. "La generación espontánea y la preocupación higienista por la diseminación de los gérmenes". Rio de Janeiro, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 9, n. 3, p. 591-608, set./dez. 2002.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Cia. das Letras, 1996.
- CHERNOVIZ, Pedro Luiz N. *Formulário e guia médico*. 16. ed. Paris: A. Roger e F. Chernoviz, 1897.
- _____. *Formulário e guia médico*. 17. ed. Paris: Roger & Chernoviz, 1904.
- _____. *Formulário e guia médico*. 18. ed. Paris: Roger & Chernoviz, 1908.
- _____. *Formulário ou guia médica*. 8. ed. Paris: Casa do autor, 1868.
- CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

- CZERESNIA, Dina. *Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DECHAMBRE, A.; DUVAL, M.; LERBOULLET, L. *Dictionnaire usuel des sciences médicales*. 2. ed. Paris: G. Masson, 1892.
- FIGUEIREDO, Betânia G. *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.
- _____. "Chernoviz e a medicina no Brasil no século XIX". *Estudos*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 95-109, mai. 2001.
- _____. "Os manuais de medicina e a circulação do saber no século XIX: mediação entre o saber acadêmico e o saber popular". *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 59-73, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 5. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- GUIMARÃES, Maria Regina C. "Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-514, mai./ago. 2005.
- _____. *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*. Rio de Janeiro, 2003, 104 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz.
- HEAMAN, E. A. "The rise and fall of anticontagionism in France". *Canadian Bulletin of Medical History/Bulletin canadien d'histoire de la médecine*. v. 12, n. 1, p. 3-25, 1995.
- LANGGAARD, Theodoro J. H. *Dicionário de medicina doméstica e popular*. Rio de Janeiro: Henrique Laemmert, 1865. 3 vol.
- _____. *Dicionário de medicina doméstica e popular*. 2. ed. Rio de Janeiro: Henrique Laemmert, 1872. 3 vol.
- LAURIE, J. *Medicina doméstica homeopática*. Rio de Janeiro: José Ferreira de Pinho, 1907.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.
- SOARES, Marcio de S. "Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma

A febre amarela antes do mosquito: miasmas e contágio...

herança colonial". *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 407-438, jul./ago. 2001.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jacques (Apr.). 2. ed. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997, p. 359-361.

_____. RUFFIE, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986.

TRONCA, Ítalo. *As máscaras do medo: LeprAids*. São Paulo: Unicamp, 2000.

Recebido em out./ nov. de 2008 e
aprovado em jan. de 2009.