



História (São Paulo)

ISSN: 0101-9074

revistahistoria@unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Almeida Gill, Lorena

Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fins do  
século XIX e inícios do XX

História (São Paulo), vol. 31, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 266-287

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=221022956014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**Uma doença que não perdoa: a tuberculose e sua terapêutica no sul do Brasil e na Itália, em fins do século XIX e inícios do XX**

**An unforgiving disease: the tuberculosis and its therapeutic in South Brazil and Italy, at the end of 19<sup>th</sup> century and beginning of 20<sup>th</sup> century**

---

Lorena Almeida GILL\*

**Resumo:** A tuberculose, em fins do século XIX e inícios do XX, constituiu-se como uma grande epidemia que ceifou a vida de milhares de pessoas. Embora fosse incurável, a imprensa fazia publicidade de uma série de tratamentos desenvolvidos em diversas regiões do mundo. Este artigo pretende discutir a trajetória da doença a partir de terapêuticas propostas por dois médicos italianos, Edoardo Maragliano e Carlo Forlanini, as quais tiveram uma boa receptividade no Rio Grande do Sul. O primeiro ficou conhecido por uma vacina, mas especialmente por seu soro; o segundo desenvolveu o procedimento conhecido como pneumotórax artificial. A intenção é a de abordar o contexto vivido pelo estado do RS e pela Itália com relação à tuberculose, percebendo caminhos que se cruzaram para o cuidado de enfermos, que muito pouco podiam fazer após a confirmação de seu diagnóstico.

**Palavras-chave:** Tuberculose. Tuberculosos. Métodos de Cura. Brasil. Itália.

**Abstract:** The tuberculosis, at the end of 19th century and beginning of 20th century, has been a large epidemic that has ended with a thousand's lives. Although it was incurable, the press made publicity of a series of treatments developed in several regions of the world. This article intend to discuss the diseases path made by therapeutics proposed by two italian doctors, Edoardo Maragliano e Carlo Forlanini, who have had a good receptivity in Rio Grande do Sul, Brazil. The first one has been known for a vaccine, but also because of his serum; the second one has developed the procedure known as artificial pneumothorax. The aim is to approach the context lived at the state of RS and in Italy in relation to the tuberculosis, realizing the paths that have been crossed to the ill's care, who could make not much after the diagnosis confirmation.

**Keywords:** Tuberculosis. Persons suffering from tuberculosis. Healing Methods. Brazil. Italy.

---

\* Professora Doutora - Departamento de História e Programa de Pós-Graduação em História - Instituto de Ciências Humanas e Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - Instituto de Filosofia, Sociologia e Política - UFPel - Universidade Federal de Pelotas - Rua Alberto Rosa, 154, CEP: 96010-770, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa que resultou nesse artigo contou com financiamento do CNPq. E-mail: lorenaalmeidagill@gmail.com

Ausonio Zubiani publicou no ano de 1894, em Pávia, um livro intitulado “O privilégio da saúde”,<sup>1</sup> no qual teceu duras críticas ao tratamento que os tuberculosos pobres recebiam na Itália, prevendo, todavia, que no futuro esta situação seria alterada, uma vez que concordava com o preconizado pelo fisiologista Charles Richet quando este afirmava:

No século XX tudo será mudado. Os tuberculosos serão isolados, sequestrados, assim dizendo: se desinfetará tudo que tiverem tocado e, se não se chegar a destruir o germe da tuberculose, ao menos se impedirá a sua disseminação e se localizará bem o germe, de forma que não será quase mais ofensivo [...] (ZUBIANI, 1894, p. 24).

O século XX chegou e trouxe consigo novas terapêuticas, dentre elas, algumas que realmente propiciaram a cura da tuberculose, mas o otimismo preconizado por Richet não se cumpriu totalmente. A tuberculose continua sendo uma doença perigosa,<sup>2</sup> que mata a cada ano cerca de 1,9 milhões de pessoas em todo o mundo, especialmente em regiões mais pobres. Sob tal perspectiva, neste artigo pretende-se debater a trajetória da tuberculose a partir de processos de cura propostos especialmente por dois médicos italianos: Edoardo Maragliano e Carlo Forlanini, processos que tiveram uma boa aceitação entre a comunidade científica brasileira em fins do século XIX e início do XX. Para isso, será abordado o contexto vivido pelo estado do Rio Grande do Sul (Brasil) e pela Itália, num período marcado por inúmeras indagações sobre a doença e por uma divulgação impressionante de métodos que declaravam haver a possibilidade de pôr fim a um mal, naquele momento, incurável (GILL, 2007).

### **O caso do Rio Grande do Sul/Brasil**

Entre 1891 e 1930, esteve no poder no Rio Grande do Sul (RS) o Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), que instituiu políticas que se aproximavam de teorias defendidas por Augusto Comte, cuja releitura havia sido executada pelo grande mentor dos positivistas locais e Presidente do Estado, Júlio de Castilhos.<sup>3</sup> Essa conjuntura propiciou particularidades com relação às políticas de saúde implantadas, que se baseavam em ampla defesa da liberdade individual, religiosa e profissional. Dessa forma, um grande número de médicos estrangeiros<sup>4</sup> esteve no estado naquele período, alguns estabelecendo consultórios e/ou atendendo em hospitais locais durante anos. Ao

chegar, traziam, como era de esperar, contatos com terapêuticas as mais diversas que vinham sendo utilizadas na Europa fazia algum tempo e as punham em prática, proporcionando esperanças aos enfermos e seus familiares.

O cuidado com os tuberculosos, na ocasião, era muito precário, não só no RS, como em todo o Brasil. Debates sobre as formas de acometimento da moléstia continuavam sendo feitos, sem levar em conta que desde o século XVI na Itália, por exemplo, se percebia a natureza contagiosa<sup>5</sup> da enfermidade. De outro modo, como era uma doença endêmica, constante de todos os relatórios sanitários, não parecia despertar muito interesse entre os governantes, que se assustavam de fato com as epidemias, as quais matavam enorme número de pessoas em curto período, levando pânico à população. As ações mais corriqueiras das administrações públicas no tocante à tuberculose eram a destruição de cortiços e a desinfecção de casas. Tanto assim que apareciam mensagens sobre a moléstia, em textos da época, que falavam na existência de “casas que matavam”.

Durante anos, na maior parte do País foram publicadas matérias em jornais abordando a necessidade da criação de sanatórios nos moldes europeus; de dispensários, cuja função era profilática; ou do oferecimento de alas específicas e separadas em hospitais gerais para a atenção ao tuberculoso, além da criação de hospitais de isolamento - muitas dessas ideias não saíram do papel. A maioria dos vitimados pela enfermidade era cuidada e, muitas vezes, morria em casa. Afora não perceberem na rotina hospitalar a possibilidade de alívio para suas dores, a internação significava uma declaração pública de que estavam doentes e que por esse motivo deveriam ser apartados do ambiente de trabalho, o qual proporcionava seu sustento.

A estada em um hospital, portanto, fazia com que sentissem maior segregação, portadores que eram de uma doença que carregava, de certo modo, os três tipos principais de estigmas propostos por Ervin Goffman (1980, p. 14). O primeiro se relacionava às deformidades físicas; o segundo, às culpas construídas em virtude de atos individuais, “[...] percebidos como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade [...], vício, alcoolismo”. O terceiro vinculava-se a traços transmitidos em face de uma mesma linhagem, capazes de “[...] contaminar por igual todos os membros de uma família”. Note-se que a tuberculose pode ser analisada a partir das três formas propostas pelo autor: o corpo de um tuberculoso revela marcas perceptíveis com o desenvolvimento da doença; ao mesmo tempo, no século XIX, fundamentalmente, a tuberculose tanto foi vista como fruto de hábitos individuais impróprios quanto causada pela hereditariedade familiar.

No que diz respeito ao cuidado, os enfermos procuravam todos aqueles que oferecessem seus préstimos, e eram muitos os que afirmavam haver a possibilidade de promover a cura, alguns com uma confiança que chamava a atenção, ao ponto de se declararem responsáveis pela vida do adoentado ou, ainda, a somente receberem honorários quando os tuberculosos estivessem curados, como declaravam os doutores abaixo:

A nova ciência de curar. Médico Dr. Rodolpho E. Wolvy. Cura todas as moléstias e responsabiliza-se pela vida dos doentes e pela cura. Praça 20 de Setembro, antiga Constituição n. 12. Grátis aos pobres (Correio Mercantil, 1897, p. 2).

Dr. S. E. Quirolo Vernengo. Cura a tuberculose e demais enfermidades do pulmão por um método exclusivo. Tratamento garantido. Os enfermos pagarão somente depois da cura. Rua Ewbank, n. 8, Rio Grande do Sul (Correio Mercantil, 1901, p.2).

Ainda que estes dois anúncios tenham sido feitos por médicos estrangeiros que obtiveram licença para clinicar no RS, também existiam casos de médicos diplomados brasileiros que garantiam, com a mesma ênfase, a cura para a enfermidade.

Cura da tísica - O Dr. Philippe Caldas garante a cura da tísica tuberculosa, em todos os períodos, na maioria dos casos, comprometendo-se a nada perceber de honorários médicos dos doentes que não aproveitarem com o tratamento (Correio Mercantil, 1900, p. 1).

Existiam ainda curadores práticos, espíritas, feiticeiros, mandingueiros, ocultistas, homeopatas que se dedicavam ao tratamento da tuberculose, e, embora seus ofícios fossem permitidos em terras rio-grandenses, muitos jornais declaravam tratar-se de charlatanismo aquilo que eles propunham realizar. Para grandes camadas da população, no entanto, estes profissionais não tinham nada de charlatães, pois muitas vezes eram os primeiros e os últimos a estar com o doente. Primeiros, porque estavam próximos do ponto de vista espacial, além de serem acessíveis, inclusive, financeiramente; últimos, tendo em vista que quando não havia mais possibilidade de salvação, os enfermos recorriam a estes curadores, buscando alguma forma de conforto, pelo menos espiritual.

Pode-se refletir sobre a proximidade entre enfermo-curador a partir da leitura de Certeau (CERTEAU, 1996), referente às práticas que acontecem na esfera “popular”, calcadas na ação, no

questionamento das relações de poder e na formulação de novas possibilidades de relacionamento, tendo em vista que suas maneiras de agir não eram consideradas inadequadas, apenas diferentes daquelas aplicadas pela Medicina tradicional. E eram numerosos os profissionais que não detinham um conhecimento padronizado pelo estado do RS. Mainardi (1996, p. 381) indica que, entre os anos de 1896 e 1906, por exemplo, 415 médicos pediram a inscrição para clinicar no RS, sendo que 35 tinham obtido o diploma de Medicina em faculdades nacionais, 54 tinham títulos de universidades estrangeiras e 326 não apresentavam nenhuma titulação. Os médicos formados e práticos se integraram à vida das comunidades, atuando tanto nos centros urbanos como nas zonas rurais, muitas vezes desprovidas de atenção. Grande parte dos profissionais estrangeiros não retornou a seus países de origem, se fixando em alguma cidade ou, então, atendendo em vários locais próximos, ao mesmo tempo.

No Rio Grande do Sul, o cuidado com os doentes de moléstias contagiosas passou a ser mais efetivo a partir de 1910, quando entrou em funcionamento um dos hospitais de isolamento da capital, denominado São José. Segundo Garcia (2002, p. 162), este estabelecimento de saúde foi organizado para o combate à varíola, porém acabou recebendo pacientes com peste, febre tifoide, difteria, sífilis, tuberculose, dentre outras. No terreno onde funcionava o hospital São José, com o tempo foram se instalando outros serviços, como o Hospital Público Sanatório Partenon, cujo funcionamento se iniciou em 1951 com destinação exclusiva aos tuberculosos. Antes disso, em maio de 1940, foi inaugurado o Sanatório Belém, idealizado por um grupo de médicos tisiologistas da capital que buscaram apoio na comunidade para iniciar um complexo hospitalar, dispondo, após concluído, de 500 leitos para as vítimas da doença. De outra maneira, para aqueles que detinham maiores recursos financeiros, uma minoria, havia a possibilidade de internação em diferentes “áreas de descanso”, tanto na Europa quanto no Brasil, como salienta Bertolli Filho (2001).

## **O caso da Itália**

A Itália não era, entre os países europeus, o que possuía maior número de tuberculosos, sendo que, segundo dados oficiais, nos últimos anos do século XIX e início do XX morriam por ano cerca de 60 mil pessoas<sup>6</sup> e 500 mil estavam infectados pelo bacilo. Para alguns autores, como Paolo Zerri (1929, p. 14) a doença, após a aparição de sintomas, teria uma duração média de 10 anos, levando o indivíduo à morte se não houvesse um cuidado efetivo. Por ser uma enfermidade

infecciosa, atingia principalmente aqueles que realizavam atividades em ambientes fechados e insalubres. Zubiani (1898, p. 210) apresenta uma lista das profissões mais atingidas pela doença no ano de 1891: homens com idade de 15 anos ou superior, estudantes, tipógrafos, trabalhadores de negócios, soldados, trabalhadores de fábrica e barbeiros.

É necessário considerar que havia tuberculose também nos chamados “paesi rurali”, embora em número bem menor. Zerri (1929) fala em um percentual de 17 pessoas adoentadas por tuberculose (TB) em um total de 10 mil habitantes. E este número, segundo consenso da época, tendia a aumentar com o retorno de italianos que emigravam para outros países, em finais do século XIX. Este é um elemento interessante de debate, uma vez que vários textos de autores italianos abordam a tuberculose como uma doença que viria do *outro*, adquirida quando estrangeiros chegavam à Itália ou quando os seus conterrâneos estavam fazendo o melhor pelos países estrangeiros ao emigrarem. O outro, neste caso, é visto como subalterno e passível de civilidade apenas nos moldes europeus. Elias (1994, p. 23), ao discutir o conceito de “civilização”, assim diz: “[...] A sociedade ocidental procura descrever o que lhe constitui o caráter especial e aquilo de que se orgulha: o nível de *sua* tecnologia, a natureza de *suas* maneiras, o desenvolvimento de *sua* cultura científica ou visão do mundo, e muito mais”.

Para ratificar a compreensão de que a doença viria de fora, daqueles não civilizados, há uma citação no periódico “La lotta Nazionale contro la Tuberculosi”, 1928, p. 7: “Os negros que vêm do centro da África, onde estão as florestas equatoriais e onde a tuberculose é ignorada, passam pelo litoral e vêm à Europa, fazendo contato com os brancos que em grande número adoecem e em grande número morrem”. Sob outra perspectiva, no segundo caso, ou seja, da contaminação dos italianos quando estavam em viagem, a revista mensal intitulada “Lotta contro la tubercolosi”, ano I, 1930, n. 5, p. 543, traz o assunto, a partir de um texto assinado pelo médico Morelli, intitulado “Tubercolotici italiani all'estero”:

É importante o drama dos operários italianos, que fecundaram as terras de tanta parte do mundo, portanto uma contribuição com seu trabalho para a construção de outras nações; mas quando por excesso de fadiga caíam exaustos e eram dominados pela tuberculose, contratados nas cidades estrangeiras, não encontravam uma ajuda e conservavam como extremo recurso aquele de voltar e morrer em sua pátria, se os meios e o estado físico ainda permitissem. Este drama é afortunadamente uma recordação do passado com a política adotada pelo governo nacional em tema de emigração. Nós somos oito milhões de co-nacionais no exterior, testemunho da potência de penetração da nossa estirpe e entre estes não

são raros os casos de tuberculose, que não encontram ajuda, nem a partir de suas próprias finanças nem através de obras assistenciais estrangeiras.

O assunto já havia sido debatido pela “*Rivista d’Igiene e Sanità Pubblica*”, em sua edição de 1895, p. 681, na qual constava uma grande preocupação com o transporte de italianos em navios que vinham para a América. Os editores cobravam maior higiene marítima e a realização de um congresso médico que debatesse o assunto de forma “competente e profícua”.

O Doutor Antonio Stella, italiano residente nos Estados Unidos, denunciou, no ano de 1912, a condição de vulnerabilidade em termos de saúde vivenciada pelos emigrantes. Para ele, a assistência sanitária era uma farsa se não fosse associada à assistência econômica, e esta situação de falta de cuidado era mais preocupante quando se tratava de uma moléstia longa e exaustiva, como a tuberculose. Stella relata o trabalho realizado por ele em Nova Iorque, que resultou na construção de um dispensário, com objetivos profiláticos; na constituição de um comitê de prevenção, que coletava informações sobre o desenvolvimento da enfermidade e oferecia subsídios ao tratamento; e na contratação de uma enfermeira a domicílio, que visitava famílias a fim de demonstrar bons hábitos higiênicos.

As enfermeiras visitadoras, na Itália, tiveram uma atuação destacada no combate à tuberculose. O modelo de formação seguia a escola de enfermeiras dos Estados Unidos e incluía um aprendizado no qual a Psicologia tinha destaque. Isto porque o seu papel era conhecer profundamente o adoentado, sua família e o ambiente em que estava inserido, de modo que pudesse persuadi-lo tanto do melhor tratamento a ser adotado quanto a viver em uma casa salubre, até mesmo porque a tuberculose era vista como a doença da casa, como descrito anteriormente. Em geral, as enfermeiras - ou damas visitadoras, como em alguns casos eram chamadas - encontravam emprego em médias e grandes cidades, atendendo entre 100 e 150 famílias, e sua atuação estava relacionada à dos “*medici condotti*”, responsáveis diretos pela assistência no campo da saúde pública, dentro de determinado território. Estes profissionais, com funções próximas à dos médicos sanitaristas, atendiam aos pobres, diagnosticando as mais diferentes enfermidades, e também atuavam no campo da formação educativa.

Sobre os médicos, diferentemente do Rio Grande do Sul, não se encontraram notícias sobre profissionais sem formação específica, até mesmo porque a regulamentação da profissão fora feita em um período muito anterior.



Retomando o assunto sobre os casos de tuberculose, esses sofreriam um acréscimo considerável no período da I Guerra Mundial. Para Tommaso Detti (1993) o exército era uma fábrica de tísica. Por conseguinte, para Adriano Valenti (1932), a tuberculose só interessou efetivamente ao Estado durante a guerra, porque a doença se revelou uma questão social. A guerra, ao elevar o número de adoentados, trouxe o debate sobre a doença para a cena política: proporcionou a construção de sanatórios populares a partir de empréstimos públicos, promoveu a constituição de sanatórios civis e hospedarias sanatoriais nas províncias, além de ter facilitado a promulgação de algumas leis,<sup>7</sup> como a n. 481 de 15 de março de 1917, que providenciava a instituição de uma obra nacional para a proteção e assistência aos inválidos de guerra. O decreto-lei n. 483 (4 de abril de 1918) ampliou a organização social na luta contra a enfermidade, fazendo surgir comitês antituberculosos, que visavam a profilaxia, cura, proteção, assistência social, assim como a um amplo programa de propaganda que orientava sobre princípios higiênicos.

Os socialistas italianos se posicionaram enfaticamente sobre o assunto “guerra”, avaliando os serviços sanitários militares e a tuberculose no exército. Fabrício Maffi (DETTI, 1987), médico e deputado, assegurava que existiam dez mil processos por simulação e automutilação nos tribunais militares, porque o soldado não tinha o direito de tornar conhecidas as enfermidades que o atormentavam. A lei dizia que a tuberculose, mesmo em suas formas iniciais, dava direito à reforma do serviço militar, por ser causa de invalidez. Para Maffi (1917), entretanto, o tuberculoso era diferente de um inválido de guerra, uma vez que, além de um inválido de guerra, era também um adoentado de guerra. “O indivíduo era são e agora a infecção é um fato de serviço”. As funções do Estado, neste caso, seriam curar o doente e indenizar o inválido.

Os socialistas discutiam o tema da guerra em um ano emblemático para a revolução socialista, 1917, ao tempo em que também a Rússia denunciava o caráter capitalista do conflito, dele se retirando. Retornaram ao assunto da tuberculose e da ocorrência de outras doenças quando organizaram o programa sanitário do Partido, publicado em Milão, no ano de 1919.

O Partido Socialista deve se propor a tarefa de agitar nas massas a mais importante questão da higiene social e de fazer ver ao proletariado a causa profunda dos males que o afligem [...]. Deverá ser posta em primeira linha, uma completa reforma da assistência pública que com a criação da caixa da invalidez, da doença, do infortúnio, da maternidade, da velhice, assegurando as outras classes trabalhadoras uma eficaz assistência, que agora a conduta médica não pode absolutamente oferecer (Lega dei Medici, 1919, p. 28).

O discurso dos socialistas, dos liberais e até mesmo dos fascistas, quando assumiram o governo em 1922, não foi muito diferente em se tratando da tuberculose. Ainda que considerassem a doença uma questão social, o tom das falas de seus representantes era fortemente moral. O programa do Partido Socialista, por exemplo, dizia que seus militantes deveriam se dedicar fortemente à luta contra o alcoolismo, que precisava ser reforçada com uma legislação rigorosa e duramente aplicada.

Mussolini, ao assumir o poder, reforçou a necessidade de criação de organismos para a defesa da família, enaltecida pela maternidade e pela presença das crianças, além de instituir uma festa, a das Flores, na qual toda a comunidade deveria se envolver com o objetivo de barrar a proliferação da tuberculose. A questão moral era tão presente que antes mesmo da existência de resultados promissores com relação às vacinas contra a tuberculose, em 1912, o médico italiano Diomede Carito preconizava a vacinação intelectual. Para ele, não adiantaria proporcionar o melhoramento higiênico e econômico da sociedade se estes não se fizessem seguir da intelectualização do povo, o que proporcionaria o abandono de seus maus hábitos. Carito (1912, p. 5) elaborou um programa de luta contra a tuberculose que deveria ser concretizado por meio de acordos entre o Estado e as comunas, promovendo o desenvolvimento intelectual das massas populares. Para ele, leis especiais deveriam fazer com que a instrução fosse obrigatória; que o analfabetismo fosse erradicado; que o médico escolástico atuasse a partir dos pressupostos da ciência, além de que todos os cidadãos teriam o dever de visitar o Dispensário Antituberculose, da mesma forma como eram obrigados a se vacinar contra a varíola.

### **Edoardo Maragliano e a cura pelo soro**

O médico e político Edoardo Maragliano, proveniente da região da Ligúria, nasceu em 1º de junho de 1849 e faleceu em 10 de março de 1940. A formação em Medicina se iniciou em Gênova e foi concluída na Universidade de Nápoles. Sua atuação profissional deu-se prioritariamente em Gênova, cidade de seu nascimento, onde ministrou aulas, atuou em clínicas e ocupou os cargos de diretor da Faculdade de Medicina e de Reitor da Universidade. Por ser uma figura pública importante, representou o governo italiano nos Congressos Internacionais de Tuberculose, que aconteceram em Berlim, no ano de 1902, no Egito, em 1903; e em Madri, em 1904.

Em 1890, Maragliano iniciou sua participação na vida política, sendo nomeado para o cargo de senador da Itália, ainda que permanecesse com suas atividades médicas, como ilustra a criação, em 1900, do Instituto de estudo da tuberculose e das doenças infecciosas. Seu nome está relacionado à tuberculose, denominada em alguns de seus escritos como “la grande falciatrice dell’umanità”. Mesmo quando atuou na Primeira Guerra, como general do corpo sanitário militar, Maragliano continuava preocupado, de modo preponderante, com a tuberculose, tanto assim que foi dele a proposta de votação de uma ordem do dia na Câmara, na qual a doença figurava como causa de invalidez dos militares por ela afetados.

Edoardo Maragliano é conhecido na Itália como um dos seus mais importantes médicos, tanto pelas pesquisas que realizou, pelos livros<sup>8</sup> que escreveu, pelas obras que construiu - entre as quais o primeiro dispensário antituberculoso do país -, quanto pelo soro e pela vacina que inventou com a intenção de combater a moléstia. O soro de Maragliano, conhecido a partir de 1895, foi bastante utilizado por seus colegas profissionais que se preocupavam com a tuberculose pulmonar. Era ministrado por via hipodérmica ou, preferencialmente, por via retal. O médico orientava que o tratamento deveria iniciar com um centésimo de miligrama, repetindo a dosagem em dias alternados. Caso não houvesse reação à dose, esta poderia ser aumentada.

Foram encontradas críticas ao tratamento preconizado por Maragliano, como a publicada pelo Doutor Andrea De-Luca, em 1897. O médico relata o caso de Lorenzo C., de 33 anos que, durante uma epidemia de tifo, teve diagnóstico favorável para essa doença, embora, efetivamente, tivesse tuberculose pulmonar. Depois de maior investigação e da confirmação da TB, Lorenzo utilizou o soro, sem sucesso, uma vez que o paciente faleceu após uma brevíssima agonia. De-Luca lamenta que, quando se falou pela primeira vez do soro Maragliano, o mundo científico nacional fora inundado por notícias de êxito, como se todos os casos de tuberculose pulmonar pudessem ser tratados com essa terapêutica. Para ele, seria importante maior cautela em se tratando de uma doença que causava dor em tantos lares italianos. A vacina proposta por Maragliano, em 1902, também não teve grande reconhecimento, sobretudo fora da Itália. Segundo Ilvento (1933, p. 292), porém, o médico italiano foi um precursor, cabendo a ele a primeira vacinação contra a tuberculose em seres humanos, a qual constava de uma emulsão aquosa de bacilos tuberculosos mortos por ação do calor.

### **Carlo Forlanini e o seu pneumotórax artificial**

Forlanini nasceu em Milão no dia 11 de junho de 1847 e faleceu em Gênova, em 25 de maio de 1918. Sua formação deu-se na Universidade de Pávia, local em que obteve sua láurea em 1870. Atuou em ambulatórios, desenvolveu a prática cirúrgica, ministrou cursos, primeiro na Faculdade de Medicina de Turim e depois na Universidade que o formou, ocupando a cátedra de Patologia, além de, em 1913, ser nomeado senador do Reino da Itália.

No ano de 1877 fundou o Instituto Médico Pneumático, responsável por seus primeiros estudos para a cura da tuberculose pulmonar, dentre eles o pneumotórax artificial. Ele anunciou o procedimento no ano de 1882, mas só começou a utilizá-lo seis anos depois, ainda com muita desconfiança da comunidade científica. Segundo o Dr. Achard:

[...] Não foi até o ano de 1906, especialmente através da obra de Brauer, do Sanatório de Eppendorf (Hamburgo) e de Saugman do Sanatório de Vejlebjerg (Dinamarca) que o método começou a ser mais notado e mais difundido, até o momento de ter uma sanção oficial no VII Congresso internacional contra a Tuberculose acontecido em Roma em abril de 1912. Durante este Congresso foi também fundada a sociedade internacional dos seguidores do Pneumotórax Terapêutico (ACHARD, 1914, p. 1).

Também Lustig (1922) se refere a uma falta de reconhecimento do trabalho de Forlanini, ressaltando que embora outros estudiosos já tivessem abordado a possibilidade de imobilização de um pulmão, coube a ele a instituição do pneumotórax artificial. A crítica aponta para o fato de que durante anos a proposta não encontrou eco nem na Itália nem em outros países. É preciso considerar, entretanto, que no ano de 1913 o francês Charles Richet recebeu o prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina, sendo que Carlo Forlanini ficou em segundo lugar (PITTELLA, 2009, p. 07). E ainda que, nos anos 30, foi fundado o Instituto Carlo Forlanini, que compreendia uma clínica para o tratamento da tuberculose e das doenças do aparelho respiratório, um centro de estudo, uma hospedaria do tipo sanatorial, com 1492 leitos, um ambulatório clínico e centro de diagnóstico e, ainda, um Museu Social e um Centro de Estatística e de Sociologia Sanitária. No Instituto, segundo Zorini (ZORITI et al., 1960, p. 18) havia 114 médicos efetivos, 116 enfermeiras profissionais laicas e 72 religiosas. Uma das atividades mais importantes da entidade era o oferecimento de cursos de especialização, nos quais se fizeram presentes brasileiros como Carlos Comenale, Durval Zomignan, José Martins Soares, entre outros.

O princípio do pneumotórax era penetrar na cavidade torácica pela pleura, sem ferir o pulmão, e introduzir um gás indiferente a fim de imobilizar o órgão. Como o procedimento era bastante difícil, Forlanini construiu aparelhos com os quais pudesse realizar a intervenção. Um de seus aparelhos mais sofisticados incluía um manômetro, chamado por ele de a “alma inteligente” do pneumotórax, por mostrar até onde a agulha deveria entrar antes de liberar o gás azoto. A quantidade do gás variava entre 200 e 400 centímetros cúbicos e a aplicação acontecia periodicamente. “A duração da cura é de pelo menos 2 anos, mas pode ser muito mais longa: depois desse período de tempo se deixa reabsorver o azoto e o pulmão passo a passo se re-expande retomando sua função”(ACHARD, 1914, p. 5).

O procedimento apresentava indicações e contraindicações, embora alguns médicos falassem em uma possibilidade de cura entre 10 e 12% e no melhoramento dos enfermos na faixa de 80% dos casos, o que era um percentual otimista em se tratando de uma moléstia tão grave. Havia diferença entre a chamada cura anatomopatológica e a cura clínica, mais facilmente obtida, ainda que para os dois casos os percentuais fossem baixos.

O pneumotórax era indicado apenas para 8% de todos os adoentados, já que o melhor era que as lesões fossem unilaterais e que o paciente se encontrasse em um bom estado geral de saúde. Era contraindicado se houvesse muitas aderências nos pulmões; quando junto com a tuberculose o enfermo apresentasse quadro de deficiência do aparelho circulatório e renal; ou quando a tuberculose pulmonar fosse acompanhada de uma tuberculose intestinal e também quando a saúde do indivíduo fosse muito precária.

### **Caminhos que se cruzam**

Ao analisar documentos sobre a tuberculose na Itália, uma das situações que chama a atenção é o fato de que a imprensa noticiava existir, desde finais do século XIX, uma espécie de rede de cuidados ao enfermo, embora alguns autores, como Detti (1993), se refiram a um Estado ausente. Além dos sanatórios privados e para os pobres e pacientes dos dispensários, era indicada a existência de profissionais preparados para atuar, sobretudo naquilo que consideravam ser o grande problema para a proliferação da doença, a falta de higiene. Nas cidades mais populosas estavam presentes as figuras das damas visitadoras e dos médicos sanitaristas, mesmo que fosse com o fim

de promover o que chamavam de “consciência antituberculose”, algo bastante vago, tendo em vista a devastação que a moléstia poderia ocasionar.

Ainda que tratada como uma moléstia social bem antes que em outros países, também na Itália a tuberculose era vista, na maior parte dos casos, como resultado de hábitos individuais impróprios, os quais supostamente levariam a uma fragilização do corpo. De todos os meios de cuidado, o sanatório continuava sendo aquele que proporcionaria maiores garantias de restabelecimento, segundo documentos da época. Os dados eram conflitantes, no entanto; Gatti (1897, p. 16), o construtor de uma das mais importantes casas de saúde de montanha da Itália, aborda que nos sanatórios privados poderia se falar em 14% de cura absoluta e 14% de relativa. Por absoluta o autor considerava a recomposição das funções normais de todos os órgãos; por relativa, referia-se a um sentimento de bem-estar corporal, embora alguns sintomas da doença pudessem continuar a existir, como a tosse e o escarro matutino.

Conquanto fosse uma doença incurável, a maior parte dos documentos encontrados segue em sentido oposto. Zubiani (1898) distingue entre os verdadeiros tísicos e os tuberculosos, dizendo que os primeiros seriam quase sempre incuráveis, já os segundos passíveis de se livrar definitivamente da doença. Para o autor, somente os pessimistas falavam de incurabilidade, até mesmo porque havia curas espontâneas, como as que se davam com anciãos, que morriam de causa natural, sem jamais ficarem sabendo que tiveram contato com a enfermidade. Na verdade, não havia uma distinção muito precisa entre tísico e tuberculoso. O ponto fundamental era que o tísico se relacionava ao doente do pulmão, enquanto o tuberculoso poderia ter infecções em outras partes do corpo. De toda forma, muitas vezes as palavras foram utilizadas como sinônimas, só se passando a ter maior precisão à medida que houve uma especialização da Medicina. Faure (FAURE, 2008, p. 32) analisa o que chama de passagem da tísica à tuberculose, dizendo que esta “é a melhor revelação da ruptura introduzida entre as percepções médicas e as designações profanas da doença”.

Com o diagnóstico da tísica, doente e médico falam a mesma língua. Ambos a designam como uma doença localizada nos pulmões e caracterizada por sintomas como a hemoptise ou expectoração de sangue. Forjada a partir dos tubérculos que Laennec e seus sucessores suspeitam graças ao estetoscópio e encontram nas dissecações, o termo “tuberculose” designa toda uma série de afecções pulmonares, ósseas e outras que correspondem a localizações e a sintomas diferentes.

Quando o doente ia para o sanatório, apresentava uma rotina bastante rígida, na qual, em todos os intervalos de tempo, havia uma ação organizada - seguindo o que Goffman (1987, p. 18) preconiza como uma instituição total - na qual “todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em determinado tempo, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima”. Um exemplo é dado pelos horários do Sanatório Popular de Prasomaso: 7h: cuidados higiênicos; 7h 45m - café da manhã e passeio ao ar livre ou ida à sala de reuniões; das 9h às 11h - passeio na varanda; das 11h às 11h 45m - passeio ao ar livre ou sala de reuniões e, se necessário, consulta médica; 11h e 45m - cuidados higiênicos para o almoço; 12h - almoço; das 14h às 16h - passeio na varanda e silêncio; 16h - merenda e passeio ao ar livre ou sala de reuniões; 17h 30m às 18h 45m - ida à varanda; 18h 45m - cuidados higiênicos para o jantar; 19h - jantar; das 20h15m às 21h - ida à varanda; 21h - ida para a cama; a partir das 21h e 30m - silêncio (MENDES, 1923, p. 25).

Note-se que a existência de sanatórios populares não era um consenso. O que era considerado pressuposto para Zubiani (1898), ao defender que os sanatórios para ricos eram muito custosos, era visto pelo médico Morelli, um dos idealizadores do “Istituto Nazionale Assistenza Tubercolosi (I.N.P.S), como pouco diferente em termos organizacionais e financeiros. A base do tratamento para a maioria dos sanatórios consistia em descansar em áreas abertas, ter uma boa alimentação (baseada em leite, pão, manteiga, queijo, prato de carne ou peixe, além da massa, do conhaque e do vinho) e um repouso físico e mental (SALVINI, 1920). Esperava-se, também, uma postura do enfermo que incluía uma disposição de mudar seus hábitos, de modo que, mesmo que ele não se curasse, não constituísse mais um perigo de contágio para a própria família e para a comunidade mais próxima. Alguns assuntos geravam debates acirrados. Os sanatórios deveriam se situar em montanha, planícies ou próximos ao mar? Quando localizados próximos ao mar, poderiam os enfermos entrar na água? O enfermo deveria tomar sol ou defender-se dele? A rotina diária do sanatório deveria incluir exercícios físicos ou apenas repouso? As bebidas alcoólicas deveriam fazer parte da dieta sanatorial? Para cada uma das propostas havia defensores e opositores.

Voltando ao tema propostas de cura, foco principal da análise, Mendes (1923) menciona as seguintes, muitas delas obtidas em sanatórios: cura pelo repouso, usada como pressuposto em várias casas de saúde; cura pela área, que reforçava a ideia de que era necessário viver ao ar livre até mesmo para se prevenir de outros contágios; cura pela alimentação, que deveria estar associada

às demais, propiciando o fortalecimento do corpo enfermo; cura pelo trabalho, talvez um dos temas mais polêmicos, ao propor que pequenos ofícios pudessem ser utilizados no tratamento; e a quimioterapia antituberculose, que consistia em ministrar diferentes substâncias, capazes de agir no organismo do adoentado, proporcionando uma melhora que poderia prolongar sua vida.

Todas estas questões também estiveram em debate no caso brasileiro. Em 1900, surgiram os primeiros sanatórios no País. Antes mesmo desse período, houve duas opiniões diferentes sobre o assunto. Uns julgavam importante a construção de sanatórios e dispensários, e outros imaginavam que uma estrutura hospitalar moderna poderia dar conta de atender diferentes demandas, dentre elas as que se destinavam aos procedimentos para com os tuberculosos. Entre julho e outubro de 1899, pelas páginas do *Correio Mercantil*, jornal da cidade de Pelotas, o médico Carlos Magalhães publicou uma série de artigos que tratavam dos sanatórios. Os assuntos abordados foram a fundação de estabelecimentos populares, as rotinas de tratamento, a infraestrutura necessária ao isolamento e o clima favorável à cura. Nos últimos três artigos (13 e 28 de setembro e 19 de outubro de 1899), o médico discutiu a necessidade de o tuberculoso saber sobre a sua doença, porque acreditava que fosse uma moléstia curável, se descoberta no primeiro estágio.

Para o autor, a cura seria possível mediante o isolamento proporcionado pela sanatorioterapia, com uma ressalva, isto é, não deveriam ser todos os tuberculosos sanatoriados; era necessário selecioná-los, de modo que somente os curáveis ou válidos fossem para aquele espaço físico. Os outros poderiam ser atendidos em hospitais especiais ou enfermarias isoladas. Apesar da tentativa do autor de mostrar a importância da organização de sanatórios, sobretudo para os mais pobres - o que é bastante relevante -, seu texto é recheado de contradições e dúvidas. Carlos Magalhães dizia conhecer pouco a realidade do país (passou longos períodos na Europa) e não saber como implantar aquilo que, para ele, era o único procedimento possível para conter a mortalidade absurda causada pela tuberculose. A despeito de afirmar serem as enfermarias isoladas impotentes para restabelecer a saúde do enfermo, admitiu manter aí aqueles que estivessem com a moléstia em fase adiantada e continuar a tratá-los naquele *ambiente altamente impróprio*. Por fim, embora reconhecendo ser o Brasil um país pobre, Magalhães, em tom idealista, sonha com uma grande campanha de subscrição nacional, liderada pela esposa do Presidente da República como vinha acontecendo em outros países, para a construção de um sanatório. Desta forma, segundo ele, seriam angariados os recursos necessários “para uma obra tão honrosa para a Pátria”.



Associado à discussão sobre a importância do sanatório estava o tripé necessário para o tratamento, ou seja, área aberta, repouso e boa alimentação e, também, a necessidade de constituição de dispensários, assunto sobre o qual havia consenso. O debate maior, como anteriormente referido, se dava com relação aos custos da construção de sanatórios em um país com dificuldades econômicas e tão diverso sob o ponto de vista regional. Em virtude disso, uma possibilidade sempre existente foi a ocupação de leitos em alas específicas de hospitais, como aconteceu em Pelotas que, a partir do ano de 1925, passou a contar com o Pavilhão para Tuberculosos Baronesa do Arroio Grande, oferecendo 60 vagas para os portadores da moléstia.

No que tange a substâncias, instrumentos e medicamentos, havia muita proximidade entre o que era utilizado no Brasil e na Itália, como o sal de ouro, o creosoto, o fósforo, o cálcio, o iodo, o óleo de fígado de bacalhau, além da luz azul para o caso da tuberculose óssea. A vinculação maior se deu, por seu turno, a partir da utilização de soros e do pneumotórax artificial, métodos utilizados respectivamente por Edoardo Maragliano e Carlo Forlanini, os quais conferiram reconhecimento a seus propositores.

Alguns médicos imaginavam “[...] que o sangue dos animais refratários a uma infecção microbiana, transfundido e injetado em animais sensíveis a essa infecção confere a estes a imunização contra uma moléstia dada” (Correio Mercantil, 1900, p. 1). Os soros eram obtidos preponderantemente do sangue de cabras; novilhas (Diário Popular, 1891, p. 1), jumentos (Diário Popular, 1895, p. 2), ovelhas (Correio Mercantil, 1894, p. 2), uma vez que entre os pastores havia uma pequeníssima proporção de adoentados, muito provavelmente pelo tipo de vida ao ar livre que levavam. Outro animal pesquisado foi o cachorro. Segundo o médico russo Dr. Neporojni, o sangue do cão produziria um soro poderosíssimo que neutralizava os bacilos da tuberculose. O doutor inoculou-se a si mesmo, pois sofria de tuberculose da laringe. Após ser examinado por uma junta médica, esta declarou que os sintomas da moléstia haviam cedido e que Neporojni havia se curado (Diário Popular, 1908, p. 1). A dificuldade, nesse caso, mostrou-se quando Robert Koch revelou não ser o cão refratário à tuberculose.

Relacionada à soroterapia, notória propaganda mereceu o professor Maragliano, que procedeu a experiências com um animal roedor da Argélia, o Gerbilla, que tinha como característica nunca sucumbir à doença. O jornal *Correio Mercantil* de 13 de dezembro de 1895, p. 1, noticiou que o médico pelotense Dr. Antero Victoriano Leivas praticou a primeira inoculação com o soro

antituberculoso do Dr. Maragliano, feita na cidade de Pelotas. O medicamento foi aplicado em Eduardo Vieira Braga, um jovem estudante do 2º ano de Medicina da Academia do Rio de Janeiro, que se achava, há cerca de cinco anos, afetado pela tísica.

Em presença de seus colegas os Srs. Drs. Ferreira Velloso, Drummond de Macedo, Francisco Araújo, Pompeu Mascarenhas, Paula Amarante e Francisco Moreira, o Sr. Dr. Leivas, injetou no paciente 1 centímetro cúbico do soro, na linha axilar direita posterior, devendo continuar estas injeções pelo tempo e conforme as indicações do Dr. Maragliano. [...] O Sr. Dr. Leivas fez encomenda do soro do Dr. Maragliano para empregá-lo em doentes de sua clínica nesta cidade.

Apesar de a soroterapia ter apresentado resultados favoráveis no caso da difteria e do tétano, com relação à tuberculose poucas novidades trouxe, senão aquelas relativas à constante divulgação de curas milagrosas pela imprensa.

O pneumotórax artificial foi outro processo adotado, visando a atingir a cura para a tuberculose. No ano de 1915, o jornal *O Rebate*, de 21 de janeiro, p.1 noticiou, com grande estardalhaço, matéria sobre o procedimento que estava sendo efetuado pelo Dr. Oliveira Botelho, no Rio de Janeiro. Um jornalista foi ouvi-lo e assistir a suas operações. Segundo o médico, o método consistia em introduzir, entre as duas folhas da pleura do paciente, 200 centímetros cúbicos de gás azoto que comprimia e espremia o pulmão, de modo a libertá-lo dos líquidos que o infiltravam produzindo a febre por autointoxicação. O jornal *Diário Popular*, de 22 de agosto de 1915, p. 1 publicou que, entre os pelotenses, os médicos Drs. Ferreira Velloso e Ottoni Xavier estariam utilizando o método preconizado por Carlo Forlanini desde 1882, o pneumotórax artificial.

Para a execução desses trabalhos são os enfermos previamente submetidos ao exame radioscópico, após fazem na pleura as injeções de azoto, seguidas de novo exame radioscópico, com o qual se verifica a existência do pneumotórax artificial produzido.

Conquanto ainda fosse uma das formas mais divulgadas de tratamento, sua aplicação gerava controvérsias. O Dr. Renato Barbosa, por exemplo, assinou um artigo (BARBOSA, 1932, p. 25) em que historiava a aplicação do pneumotórax no Brasil, revelando as dificuldades advindas de seu uso. Barbosa, que fazia operações de pneumotórax desde 1914, admitia que o primeiro problema para o reconhecimento da técnica foi o fato de que, em 1913, um médico italiano passara por Porto Alegre

e na primeira tentativa de demonstração do método viu o seu paciente falecer. Nas aplicações que se seguiram com outros profissionais, novos acidentes aconteceram, tendo em vista ser bastante árduo praticar a tecnologia corretamente: a inserção da agulha deveria se dar entre as duas folhas da pleura, nem antes, nem depois. A dificuldade principal, todavia, foi a imensa expectativa que o processo trouxe, segundo Renato Barbosa:

Os seus partidários, tocados pelo entusiasmo de alguns casos, pretenderam alcançar do método aquilo que ele lhes não podia dar, imprecisas que eram as suas indicações, daí o contingente pouco animador das estatísticas, cujos resultados ficavam mesmo aquém daqueles que eram fornecidos pelos tisiólogos que se socorriam dos métodos clássicos. Não só se não fazia a necessária seleção, como também, praticado de começo nos doentes hospitalizados, havia o errado critério preferencial dos casos maus, de resto, sempre em proporções maiores, por entre os internados nestes serviços de assistência pública (BARBOSA, 1932, p. 25).

O médico atuante em Porto Alegre, Dr. Renato Barbosa, empenhou-se durante longo tempo, até o momento de reabilitar o pneumotórax que, embora não fosse tudo o que pretendiam alguns de seus defensores, no mínimo atenuava o sofrimento humano.

### **Considerações Finais**

Consoante às pesquisas realizadas, os caminhos seguidos pelo estado do RS (sul do Brasil) e a Itália não foram muito diferentes em se tratando do cuidado para com o tuberculoso, sobretudo no que se refere ao uso de substâncias medicinais. A Itália, como era de esperar em face do desenvolvimento do país, constituiu uma rede de apoio com maior antecedência, ao mesmo tempo em que proporcionou oportunidades para que alguns médicos desenvolvessem pesquisas, no intuito de buscar formas para, senão erradicar a doença, pelo menos aplacar seus efeitos. Em relação aos casos de adoentados, para a Itália o grande marco foi a Primeira Guerra Mundial, momento em que homens acabaram se contaminando pelas péssimas condições de vida a que se submetiam durante o conflito. No caso do Brasil, a pequena participação na guerra não trouxe um aumento no número de enfermos, que permaneceu constante em razão das precárias condições em que vivia a maior parte da população, as quais facilitavam o contágio das mais diferentes doenças, dentre elas, a tuberculose.

Foram muitos os médicos estrangeiros que estiveram no RS propondo alternativas de cura, tendo em vista a ampla liberdade profissional existente no estado. Em que pesem acreditarem em seus esforços, conforme o aqui exposto, eram chamados de charlatães, enquanto na Itália o adjetivo era usado para os diplomados que prometiam fazer o que a ciência não via como possível naquele momento. Alguns métodos por eles apresentados em terras brasileiras foram passageiros, ainda que saudados de forma efusiva pela imprensa; outros foram reproduzidos nos consultórios de clínicos locais, alguns dos quais, inclusive, tinham passado períodos na Europa realizando estudos sobre a moléstia.

Tanto Edoardo Maragliano quanto Carlo Forlanini fizeram escola no Rio Grande do Sul. Maragliano marcou sua trajetória por preconizar o uso de seu soro, o qual foi utilizado em consultórios de diferentes cidades do Brasil. Embora apresentasse novidade, no decorrer do tempo mostrou-se mais como um paliativo, dentre tantos outros propagandeados. Com relação ao pneumotórax artificial, foram muitos os procedimentos dessa natureza realizados em ambulatórios e hospitais. Mesmo que, em publicações científicas da época, seu uso apareça relacionado a pequeno número de tuberculosos - os quais teriam condições de se submeter ao procedimento -, há vários exemplos de pessoas que, com o seu uso, obtiveram êxito na preservação de suas vidas por um tempo mais longo do que o estimado para um mal incurável. Não obstante a controvérsia dos métodos, os estudos de Maragliano e Forlanini proporcionaram, em alguns períodos de maior incidência da epidemia, uma espécie de alento para curadores, que tinham à disposição as mais variadas opções terapêuticas, e, sobretudo, para os enfermos, que ao saberem de sua contaminação, temiam por seu futuro, pois se consideravam condenados a uma morte precoce e dolorosa.

## **Referências bibliográficas**

### **Fontes impressas**

BARBOSA, Renato. Contribuição ao estudo clínico do pneumotórax artificial. IN: *Archivos Rio Grandenses de Medicina*, Ano XI, agosto de 1932, n. 4, p. 25. Número especial sobre tuberculose. Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

*JORNAL Correio Mercantil*, 1890-1904 Acervo da Biblioteca Pública Pelotense.

*JORNAL Diário Popular*, 1890-1930. Acervo da Biblioteca Pública Pelotense.

LEGA dei Medici Socialisti Italiani. Il 1° convegno dei Médici socialisti italiani. Milano: Tip. A. Colombo, 1919. Biblioteca Nazionale Centrale di Roma.

LA LOTTA Nazionale contro la Tuberculosi, 1928, p. 7. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze.

LOTTA contro la tubercolosi, ano I, 1930, n. 5, p. 543. Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze.

RIVISTA d'Igiene e Sanità Pubblica, 1895, p. 681, Biblioteca Nazionale Centrale di Firenze.

## Estudos

ACHARD, L. *La cura della Tubercolosi Polmonare col metodo Forlanini*. Comunicazione fatta alla Società toscana d'Igiene nell'Adunanza del 19 Dicembre 1913. Firenze: Tipografia Fattori e Puggelli Già Claudina. Via dei Serragli, 51, 1914.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

CARITO, Diomede. *La lotta presente e futura contro la tubercolosi*. Sunto della comunicazione al VII Congresso Internazionale contro la Tuberculosi in Roma. Napoli: Tipografia. Angelo Trani, Via Medina, 1912.

CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHERUBINI, Arnaldo. *Preludi di Medicina Sociale in Italia (1850-1900)*. Roma: Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1980.

COSMACINI, Giorgio; DE FILIPPIS, Maurizio e SANSEVERINO, Patrizia. *La peste bianca*. Milano e la lotta antitubercolare (1882-1945). Milano: Franco Angeli, 2004.

DE-LUCA, Andrea. *Il Siero Maragliano in un caso di Tuberculosi Pulmonare a rapido decorso*. Anghiari: Tipografia Tiberina, 1897.

DESSERTINE, D. e FAURE, O. *Combattre la tuberculose (1900-1940)*. Lyon: Presses Universitaires, 2000.

DETTI, Tommaso. *Fabrizio Maffi: Vita di un medico socialista*. Milano: Franco Angeli/Storia, 1987.

\_\_\_\_\_. *Salute, Società e Stato Nell'Italia Liberale*. Milano: Franco Angeli/Storia, 1993.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1994, vol. 1.

FAURE, Olivier. O olhar dos médicos. In: CORBIN, Alain; COURTINE, Jean-Jacques e VIGARELO, Georges (Orgs.). *História do Corpo*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008, p. 13-56, vol. 2.

GARCIA, Paulo. Doenças contagiosas e hospitais de isolamento em Porto Alegre - 1889/1928. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da PUCRS. Porto Alegre, 2002.

GATTI, Francesco. *I Sanatori Popolari per la profilassi e per la cura della Tubercolosi*. Relazione al Vº Congresso Medico Interprovinciale tenuto in Bergamo nel settembre 1897.

GILL, Lorena. *O Mal do Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS) 1890-1930*. Pelotas: EDUCAT, 2007.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

\_\_\_\_\_. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

ILVENTO, Arcangelo. *I problemi della Tubercolosi*. Collana scientifico-sociale della Federazione Italiana Nazionale Fascista per la lotta contro la Tubercolosi. Roma, 1933.

LUSTIG, A. *La Cura della Tisi Polmonare col Pneumotorace Artificiale*. Bologna: Nicola Zanichelli Editore, 1922.

MAFFI, Fabrizio. *I Servizi Sanitari Militari e La Tubercolosi Nell'esercito*. Documenti socialisti intorno alla guerra. Milano: Libreria Editrice Avanti, 1917.

MAINARDI, Geraldo. Médicos italianos no Rio Grande do Sul. In: BONI, Luís de (Org.). *A presença italiana no Brasil*. Porto Alegre: Escola Superior de Teologia; Torino: Fondazione Giovanni Agnelli, 1996.

MENDES, Guido. *Tubercolosi e Sanatori* (Tratamento igienico- dietetico). Roma: Casa Editrice Cav. Luigi Pozzi, 1923.

PITTELLA, José. O processo de avaliação em ciência e a indicação de Carlos Chagas ao prêmio Nobel de Fisiologia ou Medicina. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Vol. 42, n. 1, Uberaba, Jan/Fev, 2009, 1-14.

SALVINI, Guido. *La Tubercolosi e L'Igiene*. Milano: Biblioteca della Università Popolare Milanese e della Federazione Italiana delle Bibliot. Popolari, 1920.

STELLA, Antonio. *La lotta contro la tuberculosi fra gli italiani nelle città di New York ed effetti dell'urbanismo pel Dott. Antonio Stella*. Roma: Stab. Tipografico di C. Colombo, 1912.

VALENTI, Adriano. La terapia medicamentosa della tubercolosi polmonare. In: DEVOTO, Luigi. *Tratado della Tubercolosi*. Milano: Casa Editrice Francesco Vallardi, 1932.

ZERRI, Paolo. La tubercolosi è malattia di interesse sociale che si può guarire e che si deve combattere. Sora: Tipografia P. Carlo Camastro, 1929.

ZORINI, Attilio; FEGGIS, Giusto e L'ELTORE. L'Istituto Carlo Forlanini. Nuova Edizione Aggiornata a cura Della Federazione contro la Tubercolosi. Roma, 1960.

ZUBIANI, Ausonio. *Il privilegio della salute*. Pavia: Tipografia e Legatoria Cooperativa, 1894.

\_\_\_\_\_. *La Cura Razionale dei Tisici e i Sanatori*. Milano, Libraio della Real Casa, 1898.

## Notas

---

<sup>1</sup> Todos os documentos utilizados foram traduzidos pela autora.

<sup>2</sup> Estima-se que 1,7 bilhões de pessoas estejam infectadas pelo bacilo em todo o mundo, o que corresponde a 30% da população mundial.

<sup>3</sup> Júlio de Castilhos foi Presidente do Estado entre julho e novembro de 1891, retornando entre os anos de 1893 e 1898.

<sup>4</sup> Não eram somente médicos diplomados no exterior aqueles abrigados pelo Estado, em termos profissionais, mas também práticos, espíritas, homeopatas, feiticeiros, enfim, curadores os mais diversos, que para atuar deveriam primeiro se registrar na Inspetoria e depois na Delegacia de Higiene do Estado.

<sup>5</sup> A discussão sobre o caráter contagioso de algumas moléstias está relacionada, sobretudo, ao nome de Girolamo Fracastoro (1478-1553). Quanto à tuberculose, Morgagni (1682-1771) teria reconhecido o caráter contagioso da moléstia; Villemin em 1865 teria ratificado a hipótese, enquanto Robert Koch, em 1882, a teria confirmado, com o isolamento do bacilo específico da doença.

<sup>6</sup> Os números são bastante variáveis a partir da leitura de cada documento, até porque se está trabalhando com dados relativos à morte e não à enfermidade, muitas vezes não declarada, porque não conhecida (era denominada tuberculose latente ou ignorada). Cherubini (1980, p. 168) fala em uma média de 55 mil mortes por ano (55.571 no ano de 1887, 57.695 em 1889, 54.739 em 1891 e 53.466 em 1893), embora diga que tal cifra é, em grande medida, inferior ao que existia, tendo em vista que na Alemanha o número de mortes girava em torno de 250 mil e na França oscilava entre 150 e 200 mil casos.

<sup>7</sup> Existiam leis anteriores, cuja atuação ficava, muitas vezes, circunscrita à denúncia da existência de casos de tuberculose, como a de 22 de dezembro de 1888, n. 5849, artigo 34, que dizia ser obrigação dos médicos a denúncia de casos constantes em hospícios de mendicância e de inválidos, nos orfanatos, nos cárceres, nos albergues, nas escolas, nos conventos, em casas de saúde, em lugares onde se produzisse leite ou ainda em qualquer situação seguida de morte ou de troca de abrigo do enfermo. Outras disposições seriam adotadas a partir de regulamentos, como o de 3 de fevereiro de 1901, que dispõe sobre normas de desinfecção, sobretudo em habitações coletivas.

<sup>8</sup> Algumas de suas produções estiveram relacionadas à Federação Italiana Nacional Fascista para a Luta contra a Tuberculose.

Recebido em março de 2012.

Aprovado em junho de 2012.