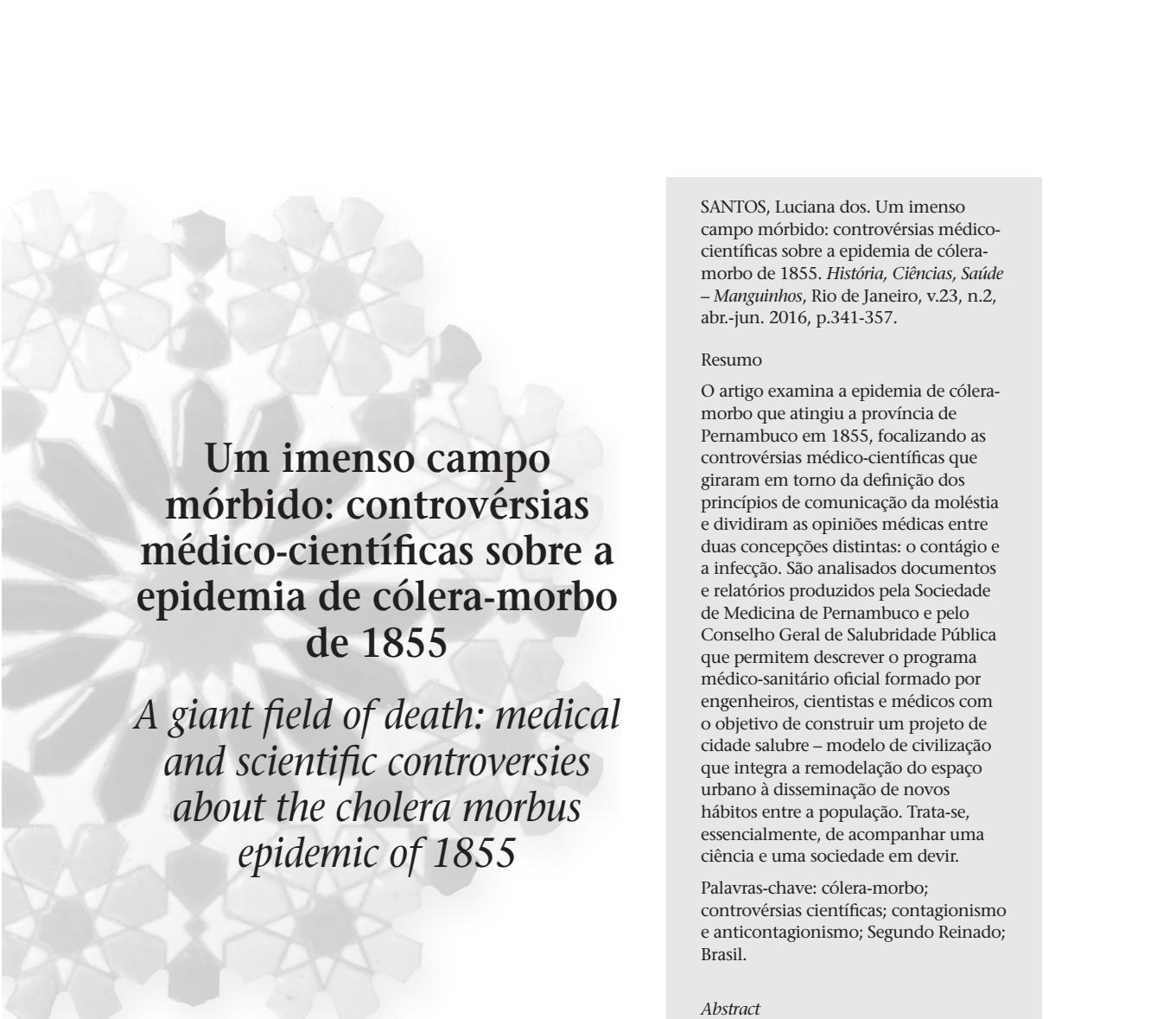


dos Santos, Luciana
Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 23, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 341-357
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386146270007>



Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855

A giant field of death: medical and scientific controversies about the cholera morbus epidemic of 1855

Luciana dos Santos

Professora, Departamento de Sociologia/
Universidade Federal de Pernambuco.
Av. Professor Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária
50670-901 – Recife – PE – Brasil
lsantos213@hotmail.com

Recebido para publicação em novembro de 2013.
Aprovado para publicação em novembro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200003>

SANTOS, Luciana dos. Um imenso campo mórbido: controvérsias médico-científicas sobre a epidemia de cólera-morbo de 1855. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.341-357.

Resumo

O artigo examina a epidemia de cólera-morbo que atingiu a província de Pernambuco em 1855, focalizando as controvérsias médico-científicas que giraram em torno da definição dos princípios de comunicação da moléstia e dividiram as opiniões médicas entre duas concepções distintas: o contágio e a infecção. São analisados documentos e relatórios produzidos pela Sociedade de Medicina de Pernambuco e pelo Conselho Geral de Salubridade Pública que permitem descrever o programa médico-sanitário oficial formado por engenheiros, cientistas e médicos com o objetivo de construir um projeto de cidade salubre – modelo de civilização que integra a remodelação do espaço urbano à disseminação de novos hábitos entre a população. Trata-se, essencialmente, de acompanhar uma ciência e uma sociedade em devir.

Palavras-chave: cólera-morbo; controvérsias científicas; contagionismo e anticontagionismo; Segundo Reinado; Brasil.

Abstract

The article examines the cholera morbus epidemic that afflicted the province of Pernambuco, Brazil, in 1855, focusing on the medical and scientific controversies about how the disease spread, which split medical opinion into two camps: contagion and infection. Documents and reports produced by the Society of Medicine of Pernambuco and the General Public Health Board were analyzed, based on which it was possible to describe the official medical and sanitation program, involving engineers, scientists, and physicians, designed to plan a salubrious city – a model of civilization that combined redeveloping the urban space and disseminating new habits amongst the local people. It is essentially an exercise in observing a science and a society as they take shape.

Keywords: cholera morbus; scientific controversies; contagionism and anticontagionism; Second Kingdom; Brazil.

Em 1855, no momento em que o cólera-morbo chega ao Brasil, os diagnósticos proferidos pela ciência médica diante do avanço da epidemia poderiam ser resumidos em uma única informação: “Não sabemos do que o mundo é feito”, afirmação que se traduzia, nas palavras do médico pernambucano Cosme de Sá Pereira (1822-1915) (1857, p.5), na constatação de que “todos lhe atribuem um miasma, porém não se vê, não se sente, não se toca, e não se conhece esse princípio”. Essa ideia implicava reconhecer diferentes elementos etiológicos para justificar o aparecimento da moléstia nos trópicos que, definida por sua “espontaneidade mórbida”, fazia com que os princípios envolvidos na sua comunicação pudessem ser associados com um número infinito de agentes patogênicos que podiam ser encontrados no ar, na água, no solo e nos miasmas que se desprendiam dos pântanos e das áreas alagadas da cidade, conformando o imenso campo mórbido desenhado pela epidemia.

Este artigo examina o evento do cólera-morbo na província de Pernambuco, em meados do século XIX, destacando as controvérsias médico-científicas que giraram em torno da definição nosológica da moléstia e que dividiram as opiniões médicas entre duas concepções distintas – o contágio e a infecção. Adicionalmente, apresenta o programa médico-sanitário oficial que reuniu engenheiros, cientistas e médicos com o objetivo de construir um projeto de cidade salubre, entendida como um modelo ideal de civilização que integra a remodelação do espaço urbano à disseminação de novos hábitos entre a população.

Ressalta-se como, no período analisado, passam a ser constituídas as primeiras instituições médico-científicas na província, naquele momento uma das mais prósperas do Império.¹ Nesse contexto, a Sociedade de Medicina de Pernambuco (1841) e o Conselho Geral de Salubridade Pública (1845) surgiram com o objetivo de constituir um espaço de debate e consenso entre cientistas, dedicando-se à elaboração de uma agenda de pesquisa científica adequada às particularidades da província, seguindo de perto o modelo instituído pela Academia Imperial de Medicina (1829), localizada na capital do Império e que, por sua vez, mostrava-se-ia, ao longo do século XIX, como referência da institucionalização do ensino, pesquisa e prática médica no país (Edler, 2003).

Para tratar da especificidade do contexto examinado, a análise apoia-se em estudos que escapam das dicotomias contagionismo/anticontagionismo e ciência/irracionalidade, presentes na historiografia médica clássica, para propor análises centradas na complexidade institucional, política e social que marcou o período que antecede a revolução pasteuriana (Hamlin, 1992; Lécuyer, 1986; Pelling, 1978). Para tanto, recorre-se a um exercício de antropologia simétrica que remete à possibilidade de abertura das caixas-pretas da medicina científica do século XIX (Latour, 1994) para revelar as histórias complexas que abrangeram as controvérsias, indagações, dúvidas e incertezas que cercaram o evento do cólera-morbo.

O argumento é que a moléstia, entendida como um flagelo estrangeiro na Europa, ao chegar a terras tropicais, levou à construção de diferentes percepções sobre seus agentes patogênicos. O que significa destacar como, de modo original, a ciência dos trópicos procurou adaptar o conhecimento adquirido em faculdades europeias – onde grande parte dos médicos e cientistas pernambucanos foi formada – às mazelas do clima e às particularidades das populações localizadas nas zonas quentes, conferindo à agência mórbida responsável pelo cólera-morbo diferentes concepções.

Ao focalizar o evento do cólera-morbo, este artigo apresenta-se como uma oportunidade de seguir os meandros de uma ciência e uma sociedade em virar, considerando que estamos diante de cientistas que trabalham para a definição nosológica da doença, encarregando-se da elaboração e gestão de programas que ultrapassam o campo médico-científico e passam a inferir sobre os ares, o clima, a topografia, os corpos e os espíritos dos indivíduos. O fio condutor da análise se constitui dos debates, as controvérsias e as polêmicas que envolveram o surgimento do flagelo nos trópicos e que permitem acompanhar hoje a produção de uma ciência moderna.

Um mal estrangeiro

Mesmo antes de chegar ao Brasil em 1855, o cólera-morbo suscitou uma série de reações pelas diversas regiões atingidas, emergindo como uma ameaça desconhecida e exótica. Moléstia originária da Índia – por esse motivo ficou conhecida pela denominação “mal dos Ganges”² –, seus primeiros registros datam da Antiguidade; no entanto, será com a intensificação do comércio marítimo que o cólera-morbo passará a ser conhecido no Ocidente, ao se mover de região a região, e alcançará, pouco a pouco, quase todas as partes do globo.

Conhecido pela rapidez com que se deslocava e pela brutalidade com que abatia suas vítimas, ao chegar aos principais centros urbanos da Europa, o flagelo passa a receber um interesse especial por parte dos governos, que mobilizam cientistas e instituições na tarefa de esquadrinhar as regiões afetadas e definir a natureza da moléstia, procurando desvendar seu modo de comunicação, elaborando programas de controle e propondo terapias (Bourdelaïs, Raulot, 1987). A emergência do cólera-morbo em países da Europa, como um problema individual e social, acionou, desse modo, um conjunto de medidas preventivas e terapêuticas, por meio de instituições públicas que se mobilizaram em torno de intervenções médicas e sociais destinadas à contenção e à neutralização do mal. Entretanto, a impossibilidade de identificar os princípios etiológicos da moléstia faria com que o cólera-morbo se impusesse sobre os recursos médicos disponíveis na época.

Desde o momento em que o primeiro ciclo epidêmico da moléstia aparece na Europa até a ocasião em que chega a terras brasileiras, o cólera-morbo provoca uma mudança significativa no pensamento médico-científico, considerando as características que tornaram o evento especialmente singular. Primeiramente, sua ocorrência data dos anos 1830, em um momento anterior ao surgimento de outros “flagelos sociais” – caso da disseminação da sífilis e da tuberculose, que só apareceriam sob a forma epidêmica anos mais tarde. Em segundo lugar, nota-se o terror causado pelo medo de contrair a doença, que, por sua vez, apresenta-se somente sob a forma epidêmica e nunca como manifestação endêmica, ou seja, ao longo de sua história sempre esteve ligada à ocorrência de surtos pandêmicos³ que se caracterizaram pela impressionante rapidez com que se propagavam. Por último, destacam-se as particularidades da ação da moléstia no organismo doente. Caracterizado por uma diarreia aguda, o cólera-morbo produzia – em um momento em que seu agente patogênico, seus princípios de comunicação e terapêuticas eficazes eram ignorados – um tipo de morte rápida e degradante, ocasionada por um processo de desidratação e perda de peso acelerado. Esse processo, que resultava na

modificação radical dos aspectos corporais, conferia aos pacientes uma aparência esquelética, os olhos afundados e a cor da pele azulada.⁴

É importante notar a esse respeito as repercussões que o cólera-morbo provocava mesmo antes de aportar em terras brasileiras, considerando que a população vislumbrava, por meio das notícias frequentes que chegavam ao país, o cenário de horror que a Europa experimentava nas primeiras décadas do século XIX. Observa-se, dessa maneira, como os relatos sobre a epidemia, inconsistentemente exibidos nos periódicos da época, davam conta de um flagelo estrangeiro e terrível, que se deslocava pelo continente europeu como um “viajante invisível” (Pereira, 1886, p.7), abatendo populações inteiras, comprometendo a economia e esvaziando cidades e povoados. O perigo estrangeiro, no entanto, progressivamente, convertia-se em um mal real em virtude do cenário existente nas principais cidades brasileiras onde os baixos índices de salubridade e higiene, a topografia e o “regime das populações” proporcionariam, segundo as autoridades médicas, condições ideais para a disseminação de epidemias das quais, até meados do século XIX, acreditava-se o país estar livre.

A cidade salubre

Confirmando os relatos dos viajantes e naturalistas que aportaram à cidade de Recife nas primeiras décadas do século XIX sobre a predisposição da topografia da cidade em prover condições ideais de salubridade à população, o então vice-presidente da Sociedade de Medicina de Pernambuco, em 1844, admirava-se com o fato de a província estar a salvo da avalanche de epidemias que acometia outros países, e mesmo algumas regiões do país naquele período. Para José Eustáquio Gomes (1783-1853), era mesmo surpreendente verificar como em um “clima ao mesmo tempo quente e úmido não se tenha desenvolvido alguns desses flagelos devastadores que têm ceifado milhares de vidas em diversas regiões do Velho Mundo” (Anais..., 1977, p.123).⁵ A constatação dessa configuração benéfica residiria, na opinião do médico, na diversidade natural que a cidade apresentava – a existência de rios, mar e abundância de ventos – que, de forma equilibrada, permitia a boa circulação dos ares e das águas, representando uma condição indispensável à manutenção das condições de salubridade.

Nesse contexto, embora existisse a percepção de que a cidade de Recife apresentava certa suscetibilidade em relação ao cólera-morbo ou outras doenças estrangeiras, as teses formuladas antes da chegada da doença ao Brasil consideravam que as características e configurações naturais do país representavam em si uma proteção contra a entrada da epidemia. Dessa forma, acreditava-se que, não só a província de Pernambuco, mas o Brasil estaria livre dos principais males que acometiam a Europa, entre eles a peste e o cólera-morbo.

Verifica-se, desse modo, como, nas primeiras décadas do século XIX, a visão sobre a cidade revelava a existência de condições naturais consideradas favoráveis à manutenção do equilíbrio atmosférico, o que se traduzia, nas palavras de José Eustáquio Gomes, em “um presente da dadivosa Natureza” (Anais..., 1977, p.61). Entretanto, ele ressaltava a ameaça que o adensamento populacional e o crescimento desordenado do espaço urbano representavam e que, ao longo do tempo, poderiam dar origem a agentes perturbadores desse idealizado equilíbrio atmosférico de que a cidade se orgulhava. Segundo o médico, a “ação contínua

do homem sobre a natureza" (p.61) – expressão que remetia a um impulso humano de dominação do território – poderia agravar os fatores que levariam, necessariamente, à quebra da harmonia sobre a qual repousariam as condições de salubridade desejadas. A cidade parecia, assim, transformar-se aos olhos do médico, que passava a enxergar nos pântanos, nos amontoados de lixo, nas edificações mal ventiladas e pouco iluminadas, no esgoto e em todo tipo de matéria orgânica em estado de putrefação uma fonte de perigo:

Todos se queixam que as afecções de certa ordem se têm tornado mais frequentes e mais graves depois de algum tempo, que certas moléstias, desconhecidas outrora, ou muito pouco conhecidas, se tenham propagado com espantoso desenvolvimento; mas ninguém lança vistas àquilo que parece ser a causa do mal, ou ao menos influí muito sobre o seu desenvolvimento. Enquanto a população da Cidade era pequena, e que o espaço que oferecia não era acanhado, como hoje já está pelo aumento das casas edificadas; enquanto as imundícies não se acumulavam em alguns lugares, a saúde pública era melhor; mas hoje, que o crescimento da população tem feito com que as casas se multipliquem em um espaço muito limitado pelos braços dos rios, embaraçando a circulação do ar; que algumas praias se acham acumuladas de toda sorte de imundícies, e que alguns lugares mal aterrados ainda, se cobrem nas grandes marés d'água que se secam com o calor do sol, deixando morrer peixes e insetos que nelas existem, e exalando miasmas que não podem ser salutíferos, é impossível que tantas coisas reunidas, não venham determinar que males que outrora não eram conhecidos, porque outrora estas coisas não existiam, ou existindo em um ponto muito diminuto (Coleção..., 1851, p.39).

Com efeito, se até as primeiras décadas do século XIX a cidade demonstrava possuir um equilíbrio favorável à saúde, em meados deste mesmo século, no entanto, processa-se uma inversão nessa perspectiva.⁶ De fato, quando são comparados os relatos de viajantes e cronistas, produzidos nas primeiras décadas, com as narrativas de naturalistas e médicos que descrevem as características da cidade no momento em que as grandes epidemias de febre amarela e cólera-morbo surgem na província de Pernambuco, ver-se-á que a positividade da exuberância natural atribuída aos trópicos seria progressivamente substituída por uma visão não tão otimista. A esse respeito, Joaquim de Aquino Fonseca (1818-1882) (1855a), primeiro presidente a dirigir o Conselho Geral de Salubridade Pública, corroborava a tese que atribuía à ação do homem a corrupção das condições de salubridade do espaço urbano.

Nesse ponto, é importante notar como o deslocamento de uma perspectiva positiva sobre as condições de salubridade da província se insere em um momento particular da história da cidade de Recife. A partir da década de 1840, a capital passa por transformações sem precedentes no seu plano urbanístico, particularmente, com as intervenções propostas pelo então presidente da província Francisco do Rego Barros (1802-1870), o barão da Boa Vista,⁷ que reuniu um grupo de profissionais formado por engenheiros, cientistas e médicos, dentre os quais se destaca a presença do engenheiro francês Louis Lérger Vauthier (1815-1901).

Ao chegar à capital da província em 1840 para integrar a Repartição de Obras Públicas, Vauthier foi encarregado de elaborar o Plano Geral de Melhoramentos da Cidade de Recife, peça fundamental para o desenvolvimento de um modelo urbanístico inédito que conectava os métodos da engenharia à prática da medicina higiênica. Como um projeto que visava ao embelezamento, à ordenação e à salubridade do espaço urbano, o Plano Geral de

Melhoramentos da Cidade de Recife ressaltava a importância da edificação de prédios públicos destinados a diversos fins – teatros, bibliotecas e hospitais, por exemplo –, a remodelação do conjunto arquitetônico, o aterro dos pântanos, o estabelecimento de cemitérios públicos, a canalização de água potável e a construção de linhas férreas (Marson, 1994; Freyre, 1940).

O programa de intervenção urbanística proposto por Vauthier repercutiu ainda no debate médico-científico que se desenvolveu em torno da idealização de uma cidade salubre. Em consonância com os objetivos traçados pelo engenheiro francês, Joaquim de Aquino Fonseca (1855a) elaborou as *Bases para um plano de edificação da cidade*, em que propõe os parâmetros necessários para se alcançar o que acreditava ser esse ideal, ressaltando, por sua vez, o significativo intercâmbio de ideias que se realizava entre médicos, cientistas e engenheiros. Observa-se, nesse sentido, o destaque que esse documento confere à proposta de construção de um modelo de “habitação higiênica” que, de acordo com Joaquim de Aquino Fonseca, deveria seguir parâmetros por meio dos quais seria possível definir o lugar mais apropriado para a edificação, os tipos de materiais usados na sua construção e os meios de prover uma iluminação e ventilação adequadas, entre outros fatores que, segundo ele, influiriam diretamente sobre a circulação dos elementos naturais, essencialmente, a água, o ar e a luz solar.

A compreensão da cidade passava então pela influência que a higiene, como disciplina totalizante, teve sobre o pensamento médico do século XIX e que pode ser sentida, por exemplo, no uso do termo “salubridade” para expressar a existência das condições favoráveis à manutenção da saúde. Com efeito, o conceito de “salubridade” e seu oposto, a expressão “insalubridade”, revelaram-se centrais para a reflexão sobre questões prementes que moveram o pensamento e a prática médica no período. Adicionalmente, nota-se como a dupla de conceitos salubridade/insalubridade será o ponto de convergência das práticas de saneamento desenvolvidas no período, conformando os indicadores por meio dos quais seria possível mensurar os potenciais perigos à saúde. O modelo inspirado na biologia, ao qual remete essa concepção, será aquele baseado no sistema sanguíneo e reposaria, por sua vez, no princípio fundamental da circulação ou movimento de elementos naturais: a água, o ar e a luz solar. Logo, esse princípio definiria como essencial o “imperativo do movimento do ar, da água e dos elementos”, a partir do suposto de que “o contrário de insalubre é o movimento” (Corbin, 2008, p.136).

A percepção dos problemas da capital da província, entretanto, não se limitava às características naturais da cidade ou às particularidades do seu desenho urbano. Sob o prisma da higiene, Recife passou a ser pensada como uma totalidade que conjugava aspectos naturais e humanos, resultando, por sua vez, em uma conformação singular e nada equilibrada. Avaliava-se, nesse sentido, o fato de a cidade sofrer com o atraso dos povos que se aglomeravam nas regiões centrais, disseminando sujeira e imundícies por todo o espaço público e degradando o nível de salubridade das habitações. A cidade passa, então, a partir de meados do século XIX, a ser objeto de um programa intensivo que procurou remodelar o plano urbano e conduzir um programa destinado à adequação da população ao modelo de nação próspera e civilizada (Fonseca, 1855a).

Do que o mundo é feito?

A ameaça de disseminação do cólera-morbo pelo continente americano, a exemplo do que ocorrera na Europa, levou o presidente da província de Pernambuco, José Bento da Cunha e Figueiredo (1808-1891), ainda em 1850, a propor um programa profilático específico para a contenção da moléstia. O programa, conduzido pelo Conselho Geral de Salubridade Pública, articulou, desse modo, uma estratégia de combate ao mal que se efetivaria basicamente em dois sentidos. No primeiro, considerava a importância do controle dos portos, argumento que remetia à origem estrangeira da moléstia que poderia ser importada dos países europeus por ela atingidos. Ponderava-se, nesse sentido, o fato de que os portos configuravam um importante acesso aos imigrantes que chegavam à cidade de Recife, vindos de diversas partes do mundo, e que poderiam trazer consigo “moléstias contagiosas”. Assim, era preciso, de acordo com a opinião do Conselho de Salubridade Pública, identificar os doentes, providenciar estabelecimentos reservados à quarentena daqueles que inspirassem suspeita de contaminação pela moléstia e realizar a desinfecção dos navios e de todo tipo de material com os quais as tripulações tivessem contato como, por exemplo, alimentos, roupas e objetos (Coleção..., 1851).

No segundo sentido, as preocupações da instituição médica visavam à necessidade de sanar os problemas de insalubridade da capital, de forma a evitar – caso a epidemia de fato chegasse à província – a disseminação rápida da doença, que certamente encontraria condições propícias para sua instalação. Entre as medidas preventivas propostas nessa direção, o Conselho Geral de Salubridade Pública indicava ações voltadas ao aterro dos pântanos e à limpeza, desinfecção e ordenação do espaço urbano; preconizava a educação do povo, o combate aos vícios e aos maus hábitos, a repressão à mendicância, à prostituição e ao charlatanismo, entre outras medidas.

Confirmando os temores do governo provincial e do Conselho Geral de Salubridade Pública, no entanto, o cólera-morbo chegou ao país em 1855, quando o navio Defensor, recém-chegado da cidade portuguesa do Porto, depois de deixar uma região supostamente devastada pelo cólera-morbo, aportou na cidade de Belém. Da província do Grão-Pará, de acordo com os relatos da época, o flagelo se moveria com uma rapidez impressionante, tomando em poucos meses todas as províncias do Norte e Nordeste para, logo em seguida, alcançar a capital do Império⁸ (Beltrão, 2004).

Diante da impossibilidade de se determinar a natureza do flagelo e à medida que a ameaça do cólera-morbo se tornava cada vez mais presente no país, observa-se como será definido um campo de controvérsias que se organiza a partir de dois pontos principais em torno dos quais orbitaram as disputas médicas. O primeiro desses pontos dizia respeito ao princípio de comunicação da doença que, por sua vez, apresentava duas teses concorrentes para explicar os mecanismos por meio dos quais se dariam os processos de adoecimento pela moléstia: de um lado, a tese que considerava o contágio; de outro, aquela que indicava a infecção.

Em relação ao segundo ponto em torno do qual se definiriam as disputas médicas, ele pode ser depreendido do primeiro e diz respeito às medidas profiláticas e terapêuticas que deveriam ser acionadas para a prevenção e tratamento do cólera-morbo. Nesse caso, ressaltavam-se, incialmente, o caráter “estrangeiro” da moléstia e, por consequência, o perigo

que a intensa circulação de homens e mercadorias operada nos portos representava para a importação da doença. Em outra direção, ponderava-se sobre a relevância das especificidades locais e a influência que as características naturais e sociais do país teriam sobre a conformação da moléstia nos trópicos. A esse respeito, destacavam-se as péssimas condições de salubridade do espaço público que, segundo a comissão médica oficial, poderiam originar meios propícios à propagação da moléstia.

Ressalta-se que, de acordo com o conhecimento médico da época, a ideia de contágio remete ao mecanismo de transmissão de agentes patogênicos que se apresentam quando se verifica a propriedade que têm certas moléstias de se comunicar de um a outro indivíduo pelo contato ou por intermédio do ar (Chernoviz, 1851, p.676-677). A doença entendida nesses termos seria, assim, classificada como contagiosa ou importada. A concepção de infecção, por sua vez, diria respeito a uma forma de comunicação de agentes etiológicos que se revelaria por meio de uma ação exercida na economia por miasmas morbíferos, resultando em toda moléstia que não se transmite senão mediante a intervenção de agentes ou, primeiro, tornados estranhos ao organismo, donde, aliás, saíram, e depois sofreram alterações químicas; ou, segundo, originados de outros focos completamente estranhos ao organismo humano (Chernoviz, 1851, p.227).

As controvérsias entre contagionistas e anticontagionistas que derivam dessa distinção entre infecção e contágio se mostrariam de forma mais acirrada, no entanto, no modo como cada uma dessas vertentes vai operacionalizar medidas de contenção contra o avanço do cólera-morbo. Os contagionistas, ou seja, os adeptos da teoria do contágio, vão identificar no controle dos portos – fundamentalmente na circulação de indivíduos – a forma mais apropriada de refrear o avanço do mal, enquanto os anticontagionistas, ou seja, os seguidores da vertente da infecção, moverão suas atenções para um vasto campo mórbido que envolverá desde a constituição atmosférica e topográfica da cidade aos costumes e hábitos de uma população racialmente e socialmente diversa.

Essa distinção fundamental no pensamento médico do século XIX estabeleceria, assim, duas maneiras de compreender as epidemias e reverberaria sobre uma multiplicidade de elementos que poderiam, em princípio, portar os agentes etiológicos do cólera-morbo. Em ambos os casos, esses agentes, ainda que imprecisos, poderiam ser identificados tanto nas coisas quanto nos indivíduos.

Nota-se, dessa forma, em relação ao contágio, como as medidas preventivas adotadas contra o cólera-morbo vão se restringir a formas de isolamento do doente: os cordões sanitários, as quarentenas e os sanatórios, ou seja, providências generalizáveis para uma diversidade de doenças conhecidas na época e que poderiam atingir indistintamente todos os indivíduos por meio do contato direto ou indireto; enquanto que no segundo contexto, ao considerar a singularidade da doença, implícita no conceito de infecção, as medidas que passam a ser açãoadas obedecem à busca por particularidades: a constituição atmosférica, os hábitos alimentares, os costumes, a conformação dos corpos, as índoies individuais e as raças.

A relevância que as teorias de contágio e infecção tiveram na literatura médica clássica, produzida sobre o período pré-pastoriano, pode ser observada na análise de Erwin Ackerknecht (1948). Nesse trabalho, o autor apresentou as querelas entre contagionistas e anticontagionistas, entre 1821 e 1867, a partir de disputas que se deram, essencialmente, no

plano político-econômico. A arena de conflitos descrita pelo autor, desse modo, opôs, de um lado, os contagionistas, como defensores de medidas intervencionistas – que o autor associou aos regimes autoritários ou paternalistas e cuja expressão se revelava pela adoção dos cordões sanitários, quarentenas e lazaretos – e, de outro, os anticontagionistas, aliados da burguesia comerciante e do liberalismo, que se opunham aos controles portuários, em favor de medidas preventivas de limpeza, saneamento e desinfecção.

A análise apresentada por Ackerknecht (1948), entretanto, será alvo de diferentes críticas que focalizaram, fundamentalmente, o caráter reducionista que as oposições entre contagionistas/anticontagionistas e conservadores/liberais enfatizavam. O estudo realizado por Margaret Pelling (1978), nesse sentido, mostra como os debates entre contagionistas e anticontagionistas não se resumiam à existência de ideologias médicas essencialmente distintas. Segundo a autora, a visão dicotômica que se produziu sobre o período revela, ao contrário, uma realidade mais complexa em que prevalece uma concepção multifatorial sobre a origem das doenças epidêmicas. Nesse ponto, verifica-se como, embora se possa constatar a predominância do anticontagionismo no contexto médico inglês da década de 1840, o “contagionismo contingente” nunca deixou de ser acionado para validar as teses produzidas sobre a comunicação do cólera-morbo. Assim, a compreensão desse debate aponta fundamentalmente para as intrincadas relações que podem ser observadas entre ciência e política, em detrimento de diferenças teóricas profundas entre os grupos adversários, considerando que esses grupos não mantinham uma visão homogênea ou inequívoca sobre os princípios etiológicos da moléstia.

Retomando os comentários apresentados por Joaquim de Aquino Fonseca (1855a) sobre as configurações naturais da capital de Pernambuco no momento em que a epidemia de cólera-morbo atinge a província, verificar-se-á como as assertivas do médico indicavam mudanças significativas na qualidade do clima e do ar respirado na cidade de Recife, que, progressivamente, via-se alterada pelos inúmeros focos pestilenciais que passavam a compor sua paisagem. Como já visto, essa formulação provocou um deslocamento expressivo na forma de conceber a cidade, contrapondo-se aos relatos dos viajantes que, no início do século XIX, exaltavam sua exuberância natural, conformada na sua constituição tropical e benignidade para a saúde.

Sublinha-se, nesse momento, como a concepção de um método científico racional era apoiada nos avanços que disciplinas como a estatística, a química e a física conferiam às práticas médicas, essencialmente, a partir da introdução de instrumentos de medição e mapas estatísticos que permitiriam, por sua vez, estabelecer um afastamento em relação às teorias vitalistas que se mostravam demasiadamente “hipotéticas” e, por isso, ultrapassadas (Edler, 2011). Observa-se, assim, como as mudanças operadas no pensamento e na prática médica, ao possibilitar a mensuração das condições climatéricas, passam a indicar uma transformação na percepção da qualidade do clima na cidade que conteria altos níveis de insalubridade, chegando a ser classificado pela comissão médica como insuportável.

De fato, com o estabelecimento de um programa de pesquisa científica que se inaugura com a aquisição de equipamentos destinados à realização das medições meteorológicas, entre os quais se destacavam o “barômetro e o termômetro, comparáveis com os mesmos instrumentos pertencentes ao Observatório de Paris” (Anais..., 1977, p.205), seria possível

aos cientistas e médicos pernambucanos acompanhar as mudanças que se processavam em relação ao clima e ao regime de chuvas e ventos e, consequentemente, mensurar a influência que esses fatores exerciam sobre as condições de salubridade existentes.

A esse respeito, o médico João Laudon (?-1843) – membro da Sociedade de Medicina de Pernambuco e um dos responsáveis pela produção desses índices – lançava a hipótese de que o alto grau de insalubridade da cidade poderia ser explicado pelas próprias características da constituição atmosférica local, sobretudo, nos elevados índices de calor e umidade. Adicionalmente, o médico advertia para os problemas que podiam ser identificados na paisagem urbana, dentre os quais destacava o aumento acelerado da população que se amontoava em habitações pequenas e mal ventiladas, agravando a qualidade do ar respirado, bem como o acúmulo desenfreado do lixo nas ruas e áreas pantanosas que, por sua vez, aumentava a produção de gases deletérios e acelerava os processos de contaminação do ar atmosférico (Anais, 1977).

A transformação processada na forma de apreender e avaliar as qualidades do clima e da constituição topográfica de Recife resultava em outra importante tese. Em relação a esse tema, Joaquim de Aquino Fonseca (1849) demonstrava como as mudanças descritas a partir da observação e mensuração das condições atmosféricas da cidade podiam facilmente ser correlacionadas com o surgimento de muitos males que acometiam a população, evidenciando a existência de relações estreitas com a extensão dos surtos epidêmicos. Consequentemente, seria possível identificar pontos de intersecção que conectavam a presença de condições atmosféricas adversas – associadas aos elevados índices de temperatura e umidade – com a proliferação de casos de contaminação por uma determinada moléstia.

Ainda sobre esse tema, sublinha-se que os apontamentos do médico alinhavam-se ao consenso que vinha se formando entre os cientistas, por meio do qual se estabelecia o pressuposto de que os índices de umidade e calor apresentados no Brasil revelavam um quadro de gravidade superior quando comparados àqueles existentes na Europa. Disso resulta que as diferenças assinaladas entre os índices atmosféricos presentes nessas duas regiões serviam como argumento para explicar as condições particulares de insalubridade atribuídas aos trópicos e, por consequência, esclarecer a razão pela qual as epidemias alcançavam grandes proporções ao chegar ao país.

O método de trabalho adotado por Joaquim de Aquino Fonseca (1849), a partir do modelo estatístico, permitia traduzir em números as condições atmosféricas da cidade que, por sua vez, poderiam ser correlacionados com as observações dos casos clínicos, compondo evidências sobre a natureza de determinada doença. Na intersecção desses dados, seria definido o que a medicina do século XIX denominaria “moléstias reinantes” ou “constituição médica local”, ou seja, um conhecimento que reunia o conjunto de moléstias desenvolvidas em determinadas condições ambientais e entre povos ou raças específicas e que, adicionalmente, mostrariam reincidências em uma região ou localidade particular ao longo do tempo (Lécuyer, 1986).

A confirmação dos relatos de que a epidemia de cólera-morbo teria adentrado o país pelo porto da cidade de Belém, entretanto, reacenderia as controvérsias entre contagionistas e anticontagionistas, e os portos voltariam a ser concebidos como um dos pontos mais vulneráveis para a disseminação de flagelos estrangeiros. A esse respeito, o presidente da província, José Bento da Cunha e Figueiredo, pouco a pouco, convencia-se da predominância

dos mecanismos de importação da moléstia, descartando as teses propostas por Joaquim de Aquino Fonseca, que procuravam atribuir às condições de insalubridade da cidade a efetivação da propagação do flagelo. Para o presidente da província, porém, a tese que versava sobre o contágio ou importação do mal se mostrava como a mais aceitável.

A perspectiva adotada pelo presidente da província e outros médicos adeptos da tese contagionista esclarecia o processo por meio do qual o cólera-morbo – entendido como um mal estrangeiro – teria passado de regiões tão distantes como a Índia ao continente europeu e, em seguida, atingido as Américas e o Brasil. Todavia, a constatação de que a aplicação de medidas de prevenção – baseadas na adoção de protocolos de controle sobre a circulação de pessoas e mercadorias nos portos – produzia pouco efeito sobre o avanço da moléstia no país faria com que Joaquim de Aquino Fonseca jamais se convencesse da exclusividade das teses contagionistas.

De fato, as hipóteses formuladas pelo médico levariam à conciliação entre as teses de contágio e infecção, a partir da ideia de que a moléstia, em um primeiro momento, teria sido introduzida no país por meio de circulação e contato de indivíduos com lugares ou pessoas contaminadas. Posteriormente, ao encontrar um ambiente favorável ou condições propícias para seu desenvolvimento, o flagelo ganharia força e se espalharia em uma determinada região ou localidade, conformando-se, por assim dizer, em um “mal endêmico”.

Nota-se, a esse respeito, que a ambiguidade presente na explicação formulada por Joaquim de Aquino Fonseca expressa a incerteza que se disseminava no meio acadêmico da época sobre as verdadeiras causas do cólera-morbo. Desse modo, pode-se entrever como a divisão estabelecida entre contagionistas e anticontagionistas não representava uma disputa tão rígida como o enunciado médico fazia crer. O próprio título “contagionista convicto” que muitos doutores utilizaram para definir a posição que cada um ocupava no debate que se travava no âmbito das academias e instituições médicas é expressivo nesse sentido. Em verdade, a natureza e a forma de transmissão do cólera-morbo eram objeto de constantes controvérsias, dúvidas e incertezas, conforme indica o comentário do médico Cosme de Sá Pereira (1886, p.20):⁹

Até então a opinião reinante aqui entre os médicos era anticontagionista; eu pertencia a ela: depois de tais fatos e de outros muitos, me fiz contagionista convicto, por fatos que se passaram, não na Rússia, não na Índia, não na China, mas sim no interior desta Província, sobretudo na capital – Pernambuco.

Como, então, é possível entender essa indefinição que se instala no pensamento médico da época? Sobre esse tema, Joseph François Xavier Sigaud (1796-1856) (2009), médico francês que se estabeleceu no Rio de Janeiro nas primeiras décadas do século XIX, tornando-se um dos fundadores da Academia Imperial de Medicina, defendia a tese de que epidemias como a de cólera-morbo seriam resultado da migração do mal de um continente a outro, ou seja, em relação ao modo de comunicação da doença, o cólera-morbo se enquadrava na categoria de moléstia contagiosa que passava do doente ao indivíduo saudável, particularmente, pelo contato imediato.

Apesar de definir o cólera-morbo como um mal importado, o médico francês ponderava que as condições climáticas e topográficas locais poderiam ser mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento das moléstias epidêmicas, o que reforçava a influência que a constituição

natural – e o regime das populações – exercia sobre os processos de adoecimento, conforme pressuposto na concepção ambientalista das doenças, própria do neo-hipocratismo que permeou o pensamento médico da época (Lécuyer, 1986). De modo complementar, essa percepção sobre a doença repousaria na ideia de que os princípios etiológicos de um flagelo ou de um evento epidêmico específico deveriam ser estudados obedecendo a uma determinada jurisdição territorial e suas características tanto ambientais quanto sociais.

As considerações formuladas por François Sigaud (2009) sobre os mecanismos de comunicação das moléstias epidêmicas ajudavam a compatibilizar duas visões que, aparentemente, nas controvérsias médicas do século XIX, pareciam ser absolutamente excludentes: o contágio e a infecção. Atento para essas questões, Joaquim de Aquino Fonseca (1855b) ilustrou sua tese, indicando como o cólera-morbo, na sua origem, seria de natureza infecciosa, como as febres dos charcos, as febres perniciosas ou, ainda, a febre amarela. Ao deixar seu lugar de origem, no entanto, ela passaria a ser transportada com as caravanas de viajantes e, posteriormente, alcançaria todos os continentes a partir da circulação marítima.

Essa explicação era, por fim, exemplificada por duas situações distintas. A primeira relatava casos empíricos que comprovavam o contágio que se daria por meio do contato direto, de pessoa para pessoa, ou pelo contato indireto, mediante roupas ou objetos pessoais dos doentes, por exemplo. Nesse contexto, admitia-se, ainda, que a contaminação pelo cólera-morbo poderia se realizar por meio de uma atmosfera infectada pela doença, em aglomerações, cortiços e casas mal ventiladas ou em qualquer outro lugar público fechado, por exemplo.

O segundo exemplo relatava como a disseminação da moléstia poderia ocorrer mediante as correntes de ar. Nesse caso, o princípio de comunicação do cólera-morbo se caracterizaria essencialmente por sua “imprevisibilidade” ou por sua “espontaneidade mórbida”. Ora apareceria aqui, ora ali; em alguns momentos acometia populações inteiras, em outros restringia-se a uma rua ou um conjunto de casas. A imprevisibilidade, como característica fundamental da moléstia, justificava-se pelo comportamento das correntes de ar infectadas, que seguem sem uma direção definida, podendo atingir vastos contingentes humanos ou desviar-se de importantes centros urbanos, de acordo com o seu curso.

Na formulação de sua tese, Joaquim de Aquino Fonseca procurava respaldo para suas formulações nas particularidades do clima tropical e, mais especificamente, nas características topográficas e naturais da cidade de Recife, que, rodeada de todos os lados por uma imensidão de água, com diversas áreas alagadas, mostrava-se ainda mais suscetível ao aparecimento dos miasmas. Uma vez a doença instalada, o processo de fermentação das matérias emitidas pelos corpos doentes se realizava rapidamente, contaminando o ar e as regiões pantanosas com uma diversidade de miasmas contagiosos, o que, consequentemente, de acordo com o médico, manteria vivos os mecanismos de comunicação da moléstia.

Conforme já indicado, ressalta-se como, no contexto da epidemia de cólera-morbo do século XIX, não é possível identificar uma oposição radical entre contágio e infecção ou uma incompatibilidade essencial entre essas duas teorias. Como explica Christopher Hamlin (1992), o pensamento médico da época admitia diferentes tipos de causalidade para descrever o surgimento das doenças epidêmicas, destacando dentre esses, as causas predisponentes e as causas imediatas ou excitantes nas suas explicações. Nota-se, assim, como as referências a essas duas formas de causalidade no enunciado de contagionistas e anticontagionistas se

mostravam quase sempre complementares, mas dificilmente se revelavam como processos excludentes.

Para outros cientistas e médicos pernambucanos, entretanto, a hipótese apresentada por Joaquim de Aquino Fonseca impunha a tarefa de determinar com mais exatidão a natureza e os modos por meio dos quais se dariam os processos de adoecimento pelo cólera-morbo. A partir desse propósito, observa-se como Cosme de Sá Pereira, médico que sucedeu Joaquim de Aquino Fonseca no posto de diretor do Conselho Geral de Salubridade Pública em 1856, elaborou um programa de pesquisa sobre as formas de comunicação da doença, acompanhando *in loco* os casos clínicos que conseguia compilar. Para tanto, reuniu dados relativos ao número de indivíduos contaminados em diferentes pontos da província, a partir de uma rede de informação constituída por médicos, missionários, padres, juízes, delegados, que lhe permitiu esquadriñar o espaço dos sertões, lugar que julgava propício para o cumprimento desse tipo de tarefa.

O plano de investigação definido por Cosme de Sá Pereira (1886, p.15) partiria da hipótese de que a comunicação do cólera-morbo se realizava por meio de uma entidade mórbida específica e dotada de características ímpares. De acordo com esse médico, a doença apresentava um ciclo de vida bem definido: nascia, crescia e morria, deixando, por vezes, suas “sementes para reaparecer quando se oferecessem as condições favoráveis ao seu desenvolvimento”.

Examinando as redes que conectavam os casos registrados de cólera-morbo, Cosme de Sá Pereira notava como o mal era suscetível de ser transportado e se mostrava capaz de se reproduzir em lugares tão distantes uns dos outros e entre um grande número de pessoas. Essa constatação, por sua vez, faria com que o médico reavaliasse a importância do ar e dos miasmas – enfatizada na tese de Joaquim de Aquino Fonseca – na disseminação do cólera-morbo. Disso resulta que o papel desempenhado pelo ar, de acordo com Cosme de Sá Pereira, deveria ser considerado mais pelo seu caráter dissipador do que transmissor da doença, considerando o efeito atenuante que ele exercia sobre os eflúvios coléricos ao enfraquecer o poder de disseminação do flagelo.

Uma condição, entretanto, deveria ser levada em conta nesse contexto. O efeito dissipador exercido pelo ar se mostrava relevante apenas quando observado em grandes extensões, em lugares amplos e sem obstáculos que permitissem o movimento livre dos ventos. Consequentemente, o ambiente do quarto de um doente acometido pelo cólera-morbo conteria, por princípio, um ar viciado e, por isso, impregnado de emanações gasosas que se constituíam de inúmeras partículas suspensas que poderiam comunicar a doença. Essa distinção permitiria explicar, por exemplo, como nos sertões existiam condições radicalmente opostas àquelas examinadas no plano urbano, onde a concentração de construções e a aglomeração de pessoas potencializavam o poder de disseminação do mal.¹⁰

Na conclusão do seu estudo, Cosme de Sá Pereira (1886, p.21) formulou a tese de que o cólera-morbo se mostrava “mais germinante que infectante”, ou seja, infectante no sentido de se comportar como um agente que, uma vez introduzido no organismo, corrompia os humores, porém não se reproduzia – diferentemente do que ocorreria com um elemento germinante que, corrompendo ou não os humores do corpo, produziria novas combinações que resultavam em matérias com a mesma propriedade. Cosme de Sá Pereira distinguiria,

dessa forma, as doenças que se originavam do ambiente ou dos miasmas daquelas de natureza contagiosa. As primeiras, segundo ele, eram sazonais, considerando que se manifestavam e se repetiam de acordo com as diferentes estações do ano. As doenças contagiosas, ao contrário, atingiam o indivíduo uma única vez, matando-o ou tornando-o imune. Por fim, concluiu sua tese afirmando que a comunicação do cólera-morbo se realizava a partir do “homem ou sua bagagem”, recorrendo à analogia que compara o fósforo em ignição ao doente acometido pela moléstia, para ilustrar suas ideias:

o colérico assemelhava-se ao fósforo em ignição, porque abrasa ou infecciona aqueles que o tocarem, e aquele que não quiser ser queimado, ou infeccionado deve deles se afugentar, ou evitar o seu contato; o cólera latente, isto é, oculto na bagagem do homem, assemelha-se ao fósforo que se conserva em caixa à espera de um pequeno contato, de um atrito ou fricção para desenvolver seu incêndio, ou sua força infeccionante (Pereira, 1886, p.34).

Para Cosme de Sá Pereira (1886), o toque era o dispositivo-chave que acionaria o contágio do cólera-morbo que, por sua vez, dependeria da força de propagação do foco patogênico para conformar o campo mórbido da epidemia.

Considerações finais

Os debates em torno do estabelecimento de um princípio que explicasse os mecanismos da comunicação do cólera-morbo oscilaram entre as teses de contágio e infecção. Nesse contexto, ainda que o programa médico-científico desenhado em Pernambuco, em meados do século XIX, tenha estabelecido medidas de prevenção ao flagelo, tomando como ponto de partida preferencial o conceito de infecção, a teoria do contágio jamais deixou de prover uma explicação plausível para o surgimento e disseminação do cólera-morbo nos trópicos. A esse respeito, observa-se como a importância que o anticontagionismo assumiu no enunciado médico do século XIX não pode ser relacionada com o suposto triunfo das teorias infeccionistas, mas revela a existência de intensas disputas que se desenvolveram em um contexto institucional, político e social mais amplo e complexo (Pelling, 1978).

Nessa mesma direção, os embates que opuseram ciência e irracionalidade somente podem ser compreendidos quando examinamos o contexto em que foram fundadas as primeiras instituições médico-científicas do país. Assim, verifica-se como as discussões que se estabeleceram entre um método baseado na observação de fatos objetivos, próprio do contagionismo, e explicações socialmente informadas, supostas no anticontagionismo, apenas fazem sentido quando são focalizados os esforços que visaram conferir autoridade à profissão e legitimidade às suas práticas (Edler, 2003).¹¹

No plano das políticas públicas de saúde, por sua vez, sublinha-se como a concepção de miasma – ainda que não permitisse equacionar a incógnita que girou em torno da definição de uma causa precisa para as epidemias – serviu de parâmetro para a fixação de um programa médico-sanitário oficial, conformado com a necessidade de prover o ideal de uma cidade salubre que uniria engenheiros, cientistas e médicos com o objetivo de consolidar um projeto civilizatório comum. Esse programa, por sua vez, teria um alcance tão grande quanto o campo

mórbido delineado pela doença, seguindo-a por uma rede extensa: a constituição atmosférica, a topografia, os hábitos alimentares, os costumes, os vícios e as raças.

A materialização desse programa médico-sanitário com dimensões gigantescas – ainda que pouco efetivas – possibilitaria aos cientistas do século XIX seguir o “fio de Ariadne da epidemia” (Latour, 2001), ligando elementos aparentemente díspares: o navio que chegara recentemente da Europa às prostitutas das áreas centrais da cidade; o sistema de canalização de água ao padrão urbano de moradia; as práticas charlatãs de cura aos hábitos dietéticos da população, e assim por diante.

A construção da imagem idealizada de uma cidade salubre – vislumbrada no *Plano Geral de Melhoramentos da Cidade de Recife* (1840), concebido com a participação do engenheiro Louis Lérger Vauthier (Marson, 1994; Freyre, 1940), e no documento *Bases para um plano de edificação da cidade*, elaborado por Joaquim de Aquino Fonseca (1855a) – permitiu, desse modo, a definição de um programa amplo de intervenção sobre espaço público, que não se restringiria ao embelezamento do conjunto arquitetônico e ordenação da capital da província, mas refletiu, também, sobre o clima, a topografia, os costumes e os hábitos da população. Nesse contexto, Recife foi o cenário onde a medicina acadêmica de meados do século XIX pode se consolidar como disciplina oficial, ao se ligar à rede de instituições científicas fundadas no período, bem como ao se articular com o Estado para propor seus programas médico-sanitários que visavam conter as epidemias, remodelar o espaço urbano e prover um modelo de civilização para a província de Pernambuco.

O pressuposto compartilhado por engenheiros, cientistas e médicos era de que esse projeto comum, pautado pela ideia de salubridade, reforçaria os mecanismos por meio dos quais se alcançariam o desenvolvimento e o progresso almejados, ao incidir tanto sobre a paisagem quanto sobre os hábitos e costumes da população, em consonância com o discurso de civilização dos povos e construção da nação que perpassa o período do Segundo Reinado.

Adicionalmente, a cidade ofereceu aos médicos do século XIX matéria para suas reflexões sobre a constituição natural dos trópicos – o clima e as feições topográficas – e a composição social e racial da população. A lógica desse programa, desenhado com fito de construir a cidade salubre, obedeceria, no entanto, à indefinição que a espontaneidade mórbida da epidemia imprimia ao evento. A proliferação de medidas sanitárias adotadas – desinfecção, remodelação urbanística e mudanças de hábitos – correspondeu, desse modo, à amplitude do campo mórbido desenhado pelo cólera-morbo.

AGRADECIMENTO

Este artigo é resultado da tese de doutorado que defendi no Departamento de Antropologia Social da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas/Universidade de São Paulo, intitulada *Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura: a epidemia de cólera-morbo em Pernambuco (1855)*, que contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para sua realização. Agradeço especialmente à minha orientadora, Marta Rosa Amoroso, o incentivo e o apoio ao trabalho.

NOTAS

¹ A importância que a província de Pernambuco assume no período analisado decorre da posição estratégica da sua capital, Recife, que servia à época como ponto de interligação entre as províncias do “norte agrário”. Sublinha-se, desse modo, como ao longo do século XIX, seu porto ocupou o segundo lugar, entre os demais

do Império, em termos de volume de importação e exportação, sendo responsável pelo escoamento da maior parte da produção agrícola produzida na região (Mello, 1999).

² As teses que julgaram o cólera-morbo um mal de origem estrangeira, e não uma moléstia endêmica, permitiram a definição de uma série de termos para nomear a doença, entre eles, as designações “mal dos Ganges” e “mal asiático”.

³ No caso da sífilis, por exemplo, nota-se que, apesar de se tratar de uma doença conhecida no país desde o período colonial, somente em finais do século XIX essa moléstia ganharia relevância no cenário nacional, mobilizando um conjunto de intervenções médicas e sociais destinadas à neutralização do mal. De forma semelhante ao que ocorreu com o cólera-morbo em meados do século XIX, como nos mostra Sérgio Carrara (1996), a emergência do que se considerou ser uma epidemia de sífilis no Brasil em finais desse mesmo século fez com que se organizasse um campo de pesquisas e debates sobre a etiologia, manifestações, terapêuticas e modos de prevenção relativos à moléstia, o que, por sua vez, teria motivado a organização de uma especialidade médica – a “sifilografia” – bem como uma rede de especialistas – os “sifilógrafos”.

⁴ Daí a origem do termo *la peur bleue*, em francês, para nomear a doença.

⁵ De acordo com François Sigaud (2009), ainda que se possa notar a importância do papel exercido pelo clima e as configurações sociais sobre a conformação de algumas doenças epidêmicas nos trópicos, o relativo isolamento do Brasil em relação aos países europeus, durante o período colonial, mostrou-se decisivo para manter o país livre das principais epidemias que atingiram a Europa na primeira metade do século XIX, entre as quais, destacou a febre amarela, o cólera e a peste.

⁶ A esse respeito, Lorelai Kury (1994) mostra como o pensamento médico de meados do século XIX foi perpassado por noções contraditórias de natureza, opondo, em alguns casos, a exuberância do clima tropical a uma influência que se demonstrava negativa sobre a saúde.

⁷ Francisco do Rego Barros, o barão da Boa Vista, permaneceu à frente do governo da província de Pernambuco de 1837 a 1844.

⁸ Conforme as estatísticas da época, ao longo do período em que vigorou a epidemia, entre 1855 e 1862, estima-se que, em todo o país, o número de mortes provocadas pelo cólera-morbo chegou a ultrapassar a soma de duzentos mil. Na região Nordeste, uma das mais afetadas, a província de Pernambuco registrou 37.586 casos fatais, a Bahia 36 mil, e a Paraíba o total de trinta mil vítimas.

⁹ As posições radicais sublinhadas por contagionistas e anticontagionistas fazem pouco sentido quando se examinam os estudos médicos produzidos sobre o cólera-morbo nesse período. A esse respeito, Jane Felipe Beltrão (2004) analisa cerca de vinte teses sobre o cólera-morbo produzidas no âmbito da Academia Imperial de Medicina, entre 1838 e 1872. *Grosso modo*, segundo a autora, essas teses tinham como objetivo principal definir a natureza da comunicação da moléstia, o que se realizava a partir da questão-chave: “Seria a cólera-morbo contagiosa?” Embora a maioria desses estudos tomasse partido por uma ou outra teoria, a resposta final dada à pergunta era invariavelmente: “Não sabemos!”

¹⁰ Ressalta-se, nesse ponto, o consenso existente entre médicos e acadêmicos pernambucanos de que o clima no interior da província se mostrava mais salubre e favorável para o tratamento de diversas doenças, ideia que opunha, por sua vez, as condições de salubridade do campo à insalubridade da cidade. Sobre o tema, ver Fonseca (1849).

¹¹ As disputas que giraram em torno da legitimidade e autoridade médica não se restringiram, no entanto, ao plano interno da disciplina, mas se estenderam para os conflitos que se estabeleceram entre medicina oficial e outras práticas de cura. Como explica Isabelle Stengers (2002), a emergência da medicina científica valeu-se da conciliação de dois aspectos fundamentais na sua conformação: a racionalidade científica – manifesta nos seus laboratórios, instrumentos e mapas estatísticos – e a denúncia das práticas de cura charlatãs. Sobre os embates entre medicina oficial e práticas tradicionais de cura em Pernambuco no período focalizado neste artigo, ver Santos (2012).

REFERÊNCIAS

ACKERKNECHT, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, v.22, p.562-593. 1948.

ANAIAS... *Anais da Medicina Pernambucana, 1842-1844.*

Recife: Governo de Pernambuco/Secretaria de Educação e Cultura. (Edição fac-similar). 1977.

BELTRÃO, Jane Felipe. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/Universidade Federal do Pará. 2004.

BOURDELAIS, Patrice; RAULOT, Jean-Yves. *Une peur bleue: histoire du choléra en France, 1832-1854*. Paris: Payot. 1987.

CARRARA, Sergio. *Tributo a Vénus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.

CHERNOVIZ, Pedro Napoleão. *Dicionário de medicina popular*. Rio de Janeiro: Eduardo e Henrique Laemmert Editores. 1851.

COLEÇÃO... *Coleção dos Trabalhos do Conselho Geral de Salubridade Pública da Província de Pernambuco, 1845-1851*. Recife: Tipografia S. Caminha. 1851.

CORBIN, Alan. *Le miasme et la jonquille: l'odorat et l'imaginaire social XVIII^e-XIX^e siècles*. Paris: Flammarion. 2008.

EDLER, Flavio Coelho. *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2011.

EDLER, Flavio Coelho. *A medicina no Brasil Imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica*. *Anuario de Estudios Americanos*, t.60, n.1, p.139-156. 2003.

FONSECA, Joaquim de Aquino. *Bases para um plano de edificação da cidade*. Recife: Tipografia S. Caminha. 1855a.

FONSECA, Joaquim de Aquino. *Medidas preventivas para a cólera-morbo na província de Pernambuco*. Recife: Tipografia S. Caminha. 1855b.

FONSECA, Joaquim de Aquino. *Algumas palavras acerca da influência benéfica do sertão de Pernambuco sobre a tísica pulmonar e da causa mais provável dessa afecção na Capital da mesma província*. Recife: Tipografia S. Caminha. 1849.

FREYRE, Gilberto. *Um engenheiro francês no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio. 1940.

HAMLIN, Christopher. *Predisposing causes and public health in early nineteenth-century medical thought*. *Social History of Medicine*, v.5, n.1, p.43-70. 1992.

KURY, Lorelai. *Entre nature et civilisation: les médecins brésiliens et l'identité nationale (1830-1850)*. *Cahiers du Centre de Recherches Historiques*, v.12, p.159-172. 1994.

LÉCUYER, Bernard-Pierre. *L'hygiène en France avant Pasteur 1750-1850*. In: Salomon-Bayet, Claire (Org.). *Pasteur et la révolution pastorienne*. Paris: Payot. p.65-139. 1986.

LATOUR, Bruno. *Pasteur: guerre et paix des microbes*. Paris: La Découverte. 2001.

LATOUR, Bruno. *Jamais fômos modernos*. Rio de Janeiro: Editora 34. 1994.

MARSON, Izabel. *O engenheiro Vauthier e a modernização de Pernambuco no século XIX: as contradições do progresso*. In: Bresciani, Maria Stella (Org.). *Imagens da cidade: séculos XIX e XX*. São Paulo: Anpuh; Marco Zero; Fapesp. p.35-59. 1994.

MELLO, Evaldo Cabral de. *O norte agrário e o Império*. Rio de Janeiro: Topbooks. 1999.

PELLING, Margaret. *Cholera, fever and English medicine 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press. 1978.

PEREIRA, Cosme de Sá. *Reminiscência do cólera em Pernambuco nos anos de 1855 a 1856*. s.l.: s.n. 1886.

PEREIRA, Cosme de Sá. *Relatório do estado sanitário da Província de Pernambuco no ano de 1856*. Recife: Tipografia de M.F. de Farias. 1857.

SANTOS, Luciana dos. *Controvérsias em torno das práticas e terapias de cura: a epidemia de cólera-morbo em Pernambuco, 1855*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

SIGAUD, Joseph François Xavier. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste Império*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1844. 2009.

STENGERS, Isabelle. *A invenção das ciências modernas*. São Paulo: Editora 34. 2002.

