

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

CARLOS LEONARDO BAHIENSE DA SILVA

**DOUTORES E CANHÕES: O CORPO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA GUERRA
DO PARAGUAI (1864-1870)**

Rio de Janeiro

2012

CARLOS LEONARDO BAHIENSE DA SILVA

DOUTORES E CANHÕES: O CORPO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA GUERRA DO PARAGUAI (1864-1870)

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol

Rio de Janeiro

2012

Ficha catalográfica

S586 Silva, Carlos Leonardo Bahiense da
Doutores e canhões: o corpo de saúde do Exército Brasileiro na
Guerra do Paraguai (1864-1870) / Carlos Leonardo Bahiense da
Silva – Rio de Janeiro : s.n., 2012.
359 f .

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) -
Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.
Bibliografia: f. 294-326

1. Serviços de Saúde. 2. História. 3. Militares. 4. Cirurgia
Geral. 5. Cólera . 6. Guerra do Paraguai. 7. Brasil.

CDD 355.345

DOUTORES E CANHÕES: O CORPO DE SAÚDE DO EXÉRCITO BRASILEIRO NA GUERRA DO PARAGUAI (1864-1870)

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em de .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jaime Larry Benchimol (COC/FIOCRUZ) - Orientador

Prof. Dr. Renato Luis do Couto Neto e Lemos (IFCS/UFRJ)

Prof. Dr. Ricardo Henrique Salles (UNIRIO)

Prof. Dr. Kaori Kodama (COC/FIOCRUZ)

Prof. Dr. Magali Romero Sá (COC/FIOCRUZ)

Suplente:

Prof. Dr. Flávio Coelho Edler (COC/FIOCRUZ)

Rio de Janeiro

2012

Dedicatória

Para meus pais, Enedina Muniz da Silva e José Carlos Bahiense da Silva, que muito lutaram para que eu tivesse uma educação de qualidade. Para meu irmão, José Ricardo Bahiense da Silva, ave-saudade que fez ninho em meu coração.

Agradecimentos

No começo do curso de história no Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, da UFRJ, Manoel Luiz Salgado Guimarães, meu então professor de metodologia e vice-diretor da instituição, a quem muito devo do ponto de vista da reflexão historiográfica, ofereceu-me uma bolsa para trabalhar na biblioteca da faculdade. Passei muitas tardes, com meu grande amigo Marquinhos, me deleitando entre incontáveis livros. Em uma delas, folhee a dissertação premiada de Flávio dos Santos Gomes, publicada pelo Arquivo Nacional, sobre quilombos no Rio de Janeiro oitocentista, e li nos agradecimentos: “torcida ganha jogo”. Flávio está correto.

Por trás de uma tese de doutorado existem muitos torcedores. José Carlos Bahiense da Silva, “o velhote”, e Enedina Muniz da Silva, pais queridos, eram os mais vibrantes. Mas também muitos amigos. Ricardo Pinto dos Santos, vulgarmente conhecido como Bull, André Ricardo Botelho, Marcos Roberto Magalhães, o supracitado Marquinhos, Ricardo Sibanto, Filipe Rego, Marcelo Kropf, Leandro Lima, Pedro Munhoz, Allister, e Ricardo “Capistrano de Abreu” (os três últimos da COC). A todos meus sinceros agradecimentos. Walter, Paulo Roberto, e João Gilberto, “o bruxo de Araruama”, amigos que fiz quando trabalhei como professor de história contemporânea na Universidade Veiga de Almeida (UVA), em Cabo Frio, me ofereceram generosamente pistas e indicações de pesquisa. Graças a João li sobre a teoria das representações sociais de Serge Moscovici. Não fiz uso dela nesse texto, porém ajudou-me a pensar a história. Aos três um agradecimento fraternal.

Trabalhar com Jaime Benchimol é um privilégio. Jaime é daqueles que realmente lê o texto, lapida, burila, corrige, oferta alternativas e leituras. É um intelectual estimulante e generoso com o conhecimento. Lembro-me dele a buzinar em meu ouvido enquanto eu redigia: “Léo, o grande painel! O grande painel”. Se esta obra acadêmica tem algum mérito devo a ele. Renato Lemos acompanhou desde o começo a pesquisa. Não só participou da qualificação, como me indicou a leitura das cartas que Benjamin Constant escreveu do teatro de guerra. Estas foram fundamentais para a compreensão da epidemia de cólera, em 1867, em Corrientes. Tânia Pimenta também integrou a banca de qualificação, e deu preciosas informações para que o trabalho pudesse se concretizar.

Gilberto Hochman ministrou, no decorrer do doutoramento, um excelente curso de História e historiografia da Saúde Pública. Aprendi muito com ele. O mesmo devo dizer em relação a Luiz Otávio e Flávio Edler. Com Luiz estudei detalhadamente a “Revolução Científica do século XVII, e li várias obras de história da ciência. Com Flávio aprendi sobre a neurastenia e neurose de guerra, bem como assimilei a noção de doença no contexto pré-bacteriano.

Agradeço ainda aos vários funcionários de arquivos, bibliotecas, e museus que frequentei nos últimos anos. Na biblioteca da COC, sou particularmente grato ao Carlos, que sempre atendeu diligentemente meus pedidos.

Durante a pesquisa contei com a ajuda de Patrick Monteiro e Eduardo Cavalcante no processo de recolhimento e digitalização das fontes primárias. Eduardo foi imprescindível. Tenho clareza de que sem sua colaboração esta tese não teria chegado ao fim. Pude contratar os dois auxiliares graças à bolsa de estudos que ganhei da FIOCRUZ. Por isso meu agradecimento à instituição.

Christiane Kumakola, “kumazinha”, acadêmica em história na Unirio, e minha dedicada namorada, responsabilizou-se pela pesquisa iconográfica. Me apoiou em todo o processo. Aturou minhas recorrentes variações de humor, e acessos de raiva. O arco-íris de seu olhar ilumina minha vida. Espero fazê-la tão feliz quanto ela me faz.

SUMÁRIO

Introdução	15
1 - Reflexões e contratempos: o corpo de saúde do exército como objeto de análise	15
2 - Micro-história, médicos e Guerra do Paraguai	18
3 - O som das batalhas: velha e nova história militar	23
Capítulo 1 - Doutores no <i>front</i>	35
1.1 - Em luta contra a agonia: o médico Eduardo Augusto Pereira de Abreu e a reforma do corpo de saúde do exército	35
1.2 - Ordem e asseio: a questão higiênica nos hospitais militares brasileiros	75
1.3 - Entre doentes e ofícios (I): conflitos entre militares médicos e não-médicos em um contexto de guerra	110
1.4 - Entre doentes e ofícios (II): outros conflitos – médicos, enfermeiros e demais integrantes do corpo de saúde do exército	122

Capítulo 2 - Gangrena e guerra: a cirurgia militar brasileira no teatro de operações platino	145
2.1 - “Um espetáculo doloroso”: o drama de Júlio José das Chagas	146
2.2 - Fuzis e projéteis em cenários conflagrados	150
2.3 - Sangue e pólvora: ferimentos por armas de fogo e suas complicações	164
2.4 – Outras histórias de amputações	194
Capítulo 3 - “Maldita epidemia”: a cólera na Guerra do Paraguai	229
3.1 - “A morte sob os olhos e no coração”: a Coluna Expedicionária de Mato Grosso e a Retirada da Laguna.....	229
3.2 - “Cenas de desumanidade”: a peste de Ganges em Corrientes	263
Considerações finais	290
Bibliografia.....	294
Anexo - Bases de uma Escola de Medicina Militar (por Manoel Feliciano Pereira de Carvalho).....	327

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Teatros de guerra - Uruguai e Paraguai, 1864/1865 (AHEX).

Figura 2: Planta do território paraguaio – da passagem do Paraná à rendição das forças de Humaitá, 1868 (AHEX).

Figura 3: Marchas dos corpos do exército e das colunas paraguaias, 1865 (AHEX).

Figura 4: Planta topográfica – fortificações de Humaitá e passagem de divisão encouraçada (*Vida Fluminense*, 1868).

Figura 5: Grande movimentação no pátio do Hospital da Marinha de Assunção (IHGB).

Figura 6: Sacerdote no Hospital da Marinha de Assunção (IHGB).

Figura 7: Fonte d'água no pátio do Hospital da Marinha de Assunção (IHGB).

Figura 8: Um dos corredores do Hospital da Marinha de Assunção (IHGB).

Figura 9: Fachada da instituição hospitalar (IHGB).

Figura 10: Ferramentas cirúrgicas usadas para se cortar tendões (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).

Figura 11: Instrumentos de amputação (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).

Figura 12: Métodos cirúrgicos para a secção de ossos (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).

Figura 13: Instrumentos cirúrgicos variados (TOOTMHG).

Figura 14: Inalador de clorofórmio criado, em 1867, por Ferdinand Junker (TOOTMHG).

Figura 15: Sala de cirurgia original do Hospital Saint Thomas, em Londres (TOOTMHG).

Figura 16: Amputação realizada no Saint Thomas na era pré-anestésica, 1775-1776 (TOOTMHG).

Figura 17: “A recompensa da crueldade”. Iconografia satírica sobre dissecação, 1751 (TOOTMHG).

Figura 18: General Osório ferido (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).

Figura 19: Três feridos após a ofensiva de Paysandú no interior de uma enfermaria (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 20: Homem com pedra nas mãos, ajuda na edificação do Asilo dos Inválidos da Pátria (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 21: Veterano com braço direito e pernas amputadas (DORATIOTO, Francisco. *Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002).

Figura 22: Tenente Mariz e Barros no momento da intervenção cirúrgica sem anestesia (*Semana Illustrada*, 1866, FBN).

Figura 23: Cemitério de Corrientes em que Mariz e Barros foi sepultado (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

Figura 24: Mariz e Barros no braços do povo. Encenação de como o tenente seria recebido no Brasil caso não tivesse morrido na Argentina (*Semana Illustrada*, em 1865 -?-, FBN).

Figura 25: Pedro II visita uma enfermaria de coléricos, provavelmente, durante a epidemia de 1855 (IHGB).

Figura 26: Caxias e López assustados com a presença da cólera na guerra (DORATIOTO, Francisco. *Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002).

Figura 27: Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, cirurgião-mor do exército (1864, IHGB).

Figura 28: José Ribeiro de Souza Fontes. Assumiu a chefia do corpo de saúde do exército, em 1867, após o falecimento de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho (1865, IHGB).

Figura 29: Policarpo Cesário de Barros, cirurgião-mor de brigada (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).

Figura 30: Platão José Alves Rigaud, 2º cirurgião (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 31: Manoel José de Oliveira, cirurgião de brigada (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 32: Brás Martins dos Guimarães Bilac, 1º cirurgião do hospital militar de Corrientes (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).

Figura 33: Medicina e espada: esforço dos Aliados contra o inimigo (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 34: “Em três dias nos quartéis, em quinze no acampamento, em três meses em Assunção”. Bartolomeu Mitre e a mobilização argentina para a guerra (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 35: Assinatura do acordo que criou a Tríplice Aliança (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 36: Joanna Francisca Leal Souza, voluntária da pátria (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 37: Catalina, índia (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 38: Correntinos em trajes típicos (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

Figura 39: “As Termópilas Brasileiras” (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 40: Manuel Pedro Drago nomeado, em 1865, presidente da província do Mato-Grosso. Comandante da coluna expedicionária que protagonizou a “Retirada da Laguna”. (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 41: *Dr. Semana* – personagem criada pela revista *Semana Illustrada* – aplaude os soldados que embarcam para o envolvimento no conflito no sul do país (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 42: *Tamandaré* – canhoneira após a batalha de Curupaity (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

Figura 43: Derrota paraguaia em Jataí (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 44: Batalha naval de Riachuelo (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

Figura 45: Francisco Solano López, “equilibrista-mor” (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 46: “O tirano do Paraguai” (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Figura 47: “Profecia” (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

RESUMO

O trabalho que o leitor tem em mãos versa sobre o corpo de saúde do exército brasileiro na Guerra do Paraguai. Analisa como o conflito provocou um debate em torno da necessidade de se reformar o serviço de saúde. Mostra como as experiências na Guerra da Crimeia e na Guerra Civil Americana integraram tal discussão. Analisa também a cirurgia em campo de batalha, atentando para as influências teóricas dos médicos militares, instrumentos e métodos utilizados. Por último, tematiza a epidemia de cólera de 1867, enfatizando, particularmente, o estrago provocado por tal epidemia em Corrientes e durante o episódio conhecido como "Retirada da Laguna".

palavras-chave: corpo de saúde do exército brasileiro - hospitais militares - cirurgia – cólera.

ABSTRACT

The work that the reader has in hand is about the health of the body of the Brazilian army in the War of Paraguay. Analyzes how the conflict has led to a debate on the need to reform the health service. Shows how the experiences in the Crimean War and the Civil War joined this discussion. It also analyzes the surgery on the battlefield, noting the theoretical influences of military doctors, instruments and methods used. Finally, discuss the cholera epidemic of 1867, emphasizing in particular the damage caused by such an epidemic in Corrientes and during the episode known as "Retirada da Laguna."

Keywords: body health of the Brazilian army – military hospitals – surgery – cholera

Centenas de corpos frescos e ensanguentados de homens, duas horas antes transbordantes dos mais variados desejos e esperanças elevadas ou mesquinhas, jaziam, os membros rígidos, sobre o vale orvalhado e ferido ...¹

¹ TOLSTÓI, Liev. *Contos de Sebastopol*. São Paulo: Hedra, 2011.

Introdução

Reflexões e contratempos: o corpo de saúde do exército como objeto de análise

A leitura de *Maldita Guerra: nova história da Guerra do Paraguai*, de Francisco Monteoliva Doratioto, publicado, em 2002, fascinou-me da primeira a última página. Fichei todo o livro, li e reli o texto várias vezes, consultando acuradamente suas notas e cronologia. A obra mostra como a Guerra do Paraguai (também denominada Guerra da Tríplice Aliança, e entre os paraguaios, Grande Guerra) não foi uma decorrência do imperialismo inglês. O governo britânico, ao contrário, esforçou-se, por meios diplomáticos, para evitá-la. A versão do “conluio inglês” foi disseminada, em terras brasileiras, no final dos anos de 1970, fundamentalmente, pelo livro *Genocídio Americano*, de Júlio José Chiavenatto, que, inspirado no marxismo, moldou o pensamento acadêmico sobre o conflito (1979). Não demorou para que esta distorcida interpretação, presente em livros didáticos e em aulas de história do Brasil dadas em escolas públicas e particulares, alcançasse o senso comum.

Maldita Guerra tornou-se uma obra importante também por outro motivo: a história social da conflagração ganhou novos contornos. Além dos escravos negros (objeto do trabalho de Ricardo Salles² e Jorge Prata³), mulheres, crianças, índios, sacerdotes, comerciantes, doentes, médicos, soldados anônimos, enfim, uma multiplicidade de agentes sociais, irromperam nas linhas de Doratioto. Ao ler sobre as doenças que grassaram no confronto, decidi que meu tema para o projeto de doutorado seria a cólera na Guerra do Paraguai.

Paulo Roberto de Araújo, historiador e exímio conhecedor dos arquivos do Rio de Janeiro, ofereceu-me uma dica preciosa: cruzara com documentos inéditos sobre questões médicas na conflagração, que integravam o acervo do Arquivo Histórico do Exército (AHEX), no Palácio Duque de Caxias, e disse que eu deveria analisá-los. No ano de 2007, frequentei regularmente este arquivo. Embora contasse com a boa vontade de alguns funcionários, havia nele extrema desorganização que prejudicava a pesquisa. Tive a oportunidade, certa vez, de descer em uma espécie de porão, e vislumbrei várias caixas empoeiradas com manuscritos sobre a atuação do

2 SALLES, Ricardo. *Guerra do Paraguai: escravidão e cidadania na formação do exército*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

3 SOUSA, Jorge Prata. *Escravidão ou morte: os escravos brasileiros na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

exército brasileiro, durante os períodos imperial e republicano, que só muito lentamente começavam a ser catalogadas. Fui tomado pela impressão de que novas reflexões sobre a vida militar naqueles períodos seriam favorecidas pelo cotejamento de tal documentação.

Doratioto e os memorialistas da Guerra do Paraguai, especialmente visconde de Taunay⁴ e Dionísio Cerqueira⁵, mostraram que a cólera grassou, em 1867, e ceifou, em alguns cenários, muitos combatentes. Contudo, para a minha surpresa, os códices e outros manuscritos do AHEX mencionavam apenas incidentalmente a enfermidade epidêmica. Por outro lado, pareceu-me promissor um material riquíssimo sobre outras dificuldades experimentadas pelo corpo de saúde do exército. Eram relatórios, ofícios, atas, ordens do dia, que expunham a ausência de remédios, víveres, água, vestimentas, papéis, sabões, instrumentos cirúrgicos etc.. Além disso, mencionavam a carência de pessoal do corpo de saúde do exército e a precariedade dos hospitais, informações que não havia encontrado em qualquer outro texto⁶. Tão ou mais interessante foi o rosário de documentos que descortinou tensões e animosidades, a envolver militares médicos e não-médicos, estudantes, farmacêuticos, e enfermeiros. A Guerra da Tríplice Aliança mexeu com o emocional e o estado de ânimo dos membros do corpo de saúde, exemplo particular do que ocorria com o conjunto das forças militares.

Em 2010, pesquisei o impacto da primeira epidemia de cólera, em 1855, que atingiu o Brasil. Considerei necessário analisar esta crise epidêmica para compreender a atuação do flagelo em 1867. Acreditava que a experiência de 1855, principalmente no Rio de Janeiro e na Bahia (onde se encontravam as faculdades imperiais de medicina), influenciara os doutores que enfrentaram a cólera na Guerra do Paraguai. Havia feito um mergulho profundo na devastação provocada pela doença na capital imperial, sobretudo entre os negros (escravos e forros). Entretanto, a documentação do AHEX, confrontada com outros arquivos, me fez ampliar o objeto de estudo. Além da cólera, estudaria o corpo de saúde do exército, seu padrão de funcionamento, estrutura, e influências. Interessava-me sobretudo compreender a raiz das disputas e conflitos entre os médicos, e entre estes e os militares não-médicos durante a Guerra da Tríplice Aliança.

A análise das fés-de-ofício e requerimentos dos doutores favoreceram a realização de tal tarefa. Estes documentos mostraram, respectivamente, a trajetória dos médicos militares (ingresso no exército, transferências, reforma etc..), e seus pedidos e demandas ao longo da carreira. Através deles pude recuperar a trajetória de alguns doutores que integravam o serviço de saúde do exército.

4 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *A Retirada da Laguna: episódio da Guerra do Paraguai*. São Paulo: melhoramentos, 1975 (1874); TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *Memórias*. São Paulo: Iluminuras, 2004.

5 CERQUEIRA, Dionísio. *Reminiscências da Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980.

6 O trabalho de Marcelo Augusto Moraes Gomes representa uma exceção, cf. GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *"A espuma das províncias": um estudo sobre os Inválidos da Pátria e o Asilo dos Inválidos da Pátria na Corte (1864-1930)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006 (Tese de doutorado), 3 volumes.

A reconstrução de suas vidas foi estimulada pela reflexão de Celso Castro, Vitor Izecksohn, e Hendrik Kraay, que chamaram a atenção para uma lacuna historiográfica: o desconhecimento da “origem social” dos militares no Brasil (soldados e oficiais). Os autores julgaram que “somente a pesquisa sistemática nas fés-de-ofício permitirá aos historiadores obterem um quadro mais completo do corpo de oficiais” (Castro, Izecksohn, Kraay, 2004, pp. 28-29). Quando não encontrei informações sobre um médico importante para a compreensão de um contexto específico, procurei-o no *Diccionario Bibliographico Brasileiro*, *Almanak Laemmert*, ou em periódicos da época, mais especificamente, *Jornal do Commercio e Diário do Rio de Janeiro*.

No AHEx, alguns ofícios mencionavam o desgaste de instrumentos cirúrgicos usados no decorrer da conflagração. Esse problema indicava que, provavelmente, ocorriam muitas amputações nos hospitais militares. Lendo a bibliografia secundária sobre a Guerra da Crimeia e a Guerra Civil Americana (sobre esta li também fontes primárias), observei um alto número de intervenções cirúrgicas, e uma preocupação dos médicos com tal questão. Era pouco provável que na Guerra do Paraguai fosse diferente. Minhas dúvidas se dissiparam quando obtive uma cópia no AHEx da excelente obra *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*, de Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo, chefe do corpo de saúde da marinha. Nela nota-se o drama de soldados e oficiais que tiveram seus corpos despedaçados por balas minie e baionetas. Rostos, peito, braços, mãos, e pernas, que expunham sangue e ossos estilhaçados dos combatentes, em suma, o terrível sofrimento engendrado pela guerra.

O texto trata da prática da cirurgia, realizada pelos médicos da armada, durante a Intervenção no Uruguai, em 1864, e na Guerra do Paraguai, entre 1864 e 1869. Apresenta descrição detalhada de diversas operações. Ademais, menciona as principais enfermidades que irromperam no conflito, e a estrutura dos hospitais da marinha. Após a leitura das linhas do cirurgião-mor da armada, entendi que não podia me furtar de analisar as intervenções cirúrgicas na Guerra da Tríplice Aliança. O tema era inquietante e colocava muitas questões: quais as ferramentas cirúrgicas usadas pelos doutores? Quais os métodos de operação? Os facultativos militares entendiam ser melhor operar imediatamente ou em um segundo momento? Quais as correntes teóricas que orientavam os doutores? Os cirurgiões da Guerra da Crimeia e da Guerra de Secessão exerceram influência sobre eles?

Durante a produção do texto, deparei-me com o livro *Sangue e entranhas: a assustadora história da cirurgia*, de Richard Hollingham, o melhor trabalho em português sobre o assunto (2011). No final do livro, Hollingham indica a visita ao *The Old Operating Theatre Museum and Herb Garret* (Velho Museu de Salas de Cirurgia com Herbarium no Sótão), em Londres. Em Janeiro deste ano, fui a capital inglesa, e assim que cheguei visitei o *The Old Operating*. Aí encontrei uma desconfortável mesa de madeira onde se davam as operações no começo do século XIX,

instrumentos cirúrgicos da época, medicamentos antigos, objetos que desfraldam a história da assepsia e da anestesia, dentre eles um inalador de clorofórmio (anestésico usado na Guerra da Tríplice Aliança), feito por Ferdinand Junker, originalmente, em 1867. Esta experiência foi importante não apenas para concluir o capítulo sobre cirurgia, mas também para o entendimento da dramática situação dos soldados, como Júlio José das Chagas, que tiveram membros amputados ao longo do conflito.

Apesar do foco do trabalho ser o corpo de saúde do exército, a *Historia médico-cirúrgica* obrigou-me a pesquisar minimamente o serviço de saúde da marinha. Identifiquei os principais atores, e tratei deles quando se envolveram em eventos importantes para a compreensão das vicissitudes subjacentes à cirurgia em tempos de guerra. No entanto, tenho clareza de que é necessário um estudo de maior fôlego sobre o corpo de saúde da armada. Nem sequer fui ao Arquivo da Marinha, portanto, eis a indicação para futuras pesquisas.

Defini, então, o objeto de estudo em três eixos: a) o corpo de saúde do exército; b) a cirurgia militar; c) a epidemia de cólera de 1867. Usei muito a bibliografia internacional sobre a história da medicina militar. As guerras do Paraguai, Secessão, e Crimeia representam fenômenos históricos congêneres. Os doutores e estudantes que foram para o teatro de operações militares leram obras de médicos que lutaram nos Estados Unidos e na Europa Oriental. As considerações sobre higiene militar da enfermeira Florence Nightingale, que participara da Guerra da Crimeia, também tiveram influência sobre facultativos e acadêmicos. Médicos, como George Guthrie e Jean Dominique Larrey, que atuaram nas Guerras Napoleônicas, eram bem conhecidos dos doutores militares no Brasil.

Micro-história, médicos e Guerra do Paraguai

A Escola dos Annales⁷, criada, em 1929, originalmente como revista, revolucionou o campo historiográfico. Peter Burke a considerou a “Revolução Francesa da historiografia” (1997). Marc Bloch e Lucien Febvre, principais expressões dos Annales, promoveram um ataque frontal à história metódica ou positivista (Falcon, 1997, p. 66 e seguintes). Os autores franceses criticavam tal perspectiva historiográfica por enfatizar a descrição da vida de reis e príncipes, “indivíduos histórico-mundiais”, na acepção hegeliana (Ginzburg, 2011, p. 350). Não se atentava para os escravos, servos, camponeses, mendigos, homossexuais, mulheres, operários, doentes, e outros

7 Para uma análise recente sobre a Escola dos Annales, cf. DELACROIX, Christian; DOSSE, François; GARCIA, Patrick. *Correntes históricas na França: séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012, capítulos 3, 4, 5 e 6.

agentes sociais, cujas opções, desejos e frustrações foram relegadas ao esquecimento. A história era a história dos Napoleões e Césares. Uma descrição acrítica, cronológica, e eminentemente política, que esforçava-se para separar a história, vista como ciência, da ficção e da arte (Falcon, *op. cit.*). Luis Carlos Soares e Ronaldo Vainfas flexibilizaram este ponto ao indicarem que nem toda história produzida no século XIX era política. A preocupação com o tema da política dominava as narrativas nacionais e os compêndios de história geral. Importantes historiadores do oitocentos, no entanto, interessaram-se pela problemática de uma história das civilizações.

A historiografia positivista, também denominada historicizante, acreditava ser possível recuperar a realidade, reconstruir os fatos “tal como eles realmente se passaram”, como sugeria a famosa frase de Leopold von Ranke (*idem*). Ao reunir o maior número possível de documentos, mais próximo da verdade encontrava-se o historiador. O objeto de estudo era uma espécie de *puzzle*, bastando o historiógrafo usar as peças certas para que o real se desenhasse diante de seus olhos. Obviamente, Ranke e outras referências da história metódica foram atacados antes de 1929 (“a revolta antipositivista”), mas a Escola dos Annales sistematizou o ataque, e produziu uma nova agenda historiográfica (*idem*).

Inaugurava-se a “história-problema”, onde uma ou mais questões deviam orientar a análise do historiador. Os trabalhos de Febvre expressavam, por excelência esta tendência inovadora, sobretudo sua obra sobre Rabelais, publicada, em 1942, cujo título era sintomático, *O problema da incredulidade no século XVI: a religião de Rabelais* (2009). A operação historiográfica devia levar em conta o cotejamento das fontes primárias (caracterizadas, especialmente, pela diversidade) e secundárias. A história, como menino travesso, devia transpor muros e jardins do conhecimento, e capturar conceitos e métodos da antropologia, sociologia, psicologia, linguística, e outras disciplinas. Categorias e metodologias não deviam ser incorporadas de forma artificial, como mero simulacro. Reconceitualizações e intervenções intelectuais inéditas eram bem-vindas como instrumentos de reconstrução do passado. A interdisciplinaridade tornava-se um mecanismo por meio do qual os pesquisadores realizariam novas reflexões, abordagens, e aportes teóricos; um meio para instigar a criatividade e a imaginação dos historiadores, sem, evidentemente, que se deixassem levar pela tentação do invencionismo.

Os Annales, entretanto, promoveram a proscricção da história política. Marc Bloch, Lucien Febvre, e seus discípulos (Fernand Braudel, por exemplo) valorizavam obras de história social, ou história social da cultura. Bloch, em *Os Reis Taumatugos*, publicado, em 1924, antes, portanto, da criação da revista, preocupou-se com o fenômeno do “toque real” (1993). O autor mostrou como, ao longo de séculos na Inglaterra e na França, os reis eram tidos como detentores de poderes miraculosos. O poder monárquico, de acordo com uma tradição que remontava ao século XII, era capaz de curar as vítimas de escrófulas (inflamações dos gânglios linfáticos, como identificou-se

posteriormente, em função do bacilo da tuberculose).

Após lecionar na Argélia e no Brasil (trabalhou na USP, entre 1935 e 1937), Braudel, orientado por Febvre, publicou, em 1949, *O Mediterrâneo e Felipe II* (Burke, *op. cit.*, p. 46 e seguintes). Monumental trabalho sobre a política externa do monarca habsburgo, com cerca de 600 000 vocábulos, *O Mediterrâneo* divide-se em três partes: 1ª) uma história de tempo geográfico, de lentas transformações, onde o autor analisou a relação entre indivíduo e ambiente; 2ª) uma história da economia e sociedade; 3ª) o tempo breve dos acontecimentos, da política propriamente dita. Na última parte, Braudel investigou a política e as guerras de Felipe II, destacando personagens sociais como o duque de Alba, conselheiro do rei; Don Garcia de Toledo, comandante naval; Don Juan da Áustria e seu comando vitorioso na batalha de Lepanto. Contudo, ao trazer os indivíduos à baila, a interpretação braudeliana ofertou pouca autonomia a eles. Suas ações parecem moldadas por estruturas enraizadas na tessitura social, e modificadas muito lentamente na longa duração. Em busca de uma “história total”, Braudel apequenou o papel dos homens.

O Mediterrâneo teve boa acolhida, nos anos de 1950, junto a alguns representantes da historiografia italiana, interessados no nascimento da idade moderna na península itálica; lembremos que Braudel enfatizou tal península, recolhendo documentos em Gênova, Florença, Palermo, e Veneza (Lima, 2012, p. 209). Porém, o espaço diminuto reservado à ação humana e a dependência dos atores diante das estruturas e reminiscências geraram suspeitas em outros historiadores da Itália (*idem*). A desconfiança em face ao modelo braudeliano favoreceu, em parte, o nascimento da micro-história⁸.

Temerário é procurar uma origem para a micro-história. Foi o próprio Bloch que ensinou a várias gerações, que o historiador não se deve deixar seduzir pelo “mito das origens” (2001). Variados fios compuseram o tecido da microanálise. Certamente, o mais importante foi caracterizado pela fundação, em 1966, da revista *Quaderni storici delle marche* (Lima, *op. cit.*, p. 211). Os primeiros coordenadores dos *Quaderni storici* foram Alberto Caracciolo e Pasquale Villani, pesquisadores influenciados pelo marxismo, renovado por Antonio Gramsci, e pelos *Annales* (*idem*). Nos anos subsequentes, a revista atraiu novos, criativos e intelectualmente inquietos colaboradores, dentre eles, destacavam-se: Edoardo Grendi, Giovanni Levi, e Carlo Ginzburg (*idem*).

Grendi formou-se na *London School of Economics*, instituição que enfatizava o debate

8 Sobre o impacto da micro-história na historiografia, cf. LIMA, Henrique Espada. *A micro-história italiana: escalas, indícios e singularidades*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006. Jacques Revel disse que a micro-história não era “uma técnica, menos ainda uma disciplina, ao contrário do que por vezes tentou-se fazer dela: uma opinião historiográfica ávida ao mesmo tempo de novidades e certezas. Deve na verdade ser compreendida como sintoma: como uma reação a um momento específico da história social, da qual propõe reformular certas exigências e procedimentos”, cf. REVEL, Jacques. “A história ao rés-do-chão” (prefácio) in: LEVI, Giovanni. *A herança imaterial: trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

interdisciplinar. Detinha um repertório intelectual vasto, que ia da antropologia econômica e social (destaque para nomes como Karl Polanyi e Fredrik Barth) à história social britânica de Eric Hobsbawm e E. P. Thompson (*idem*, pp. 211-212). Coube ao genovês Edoardo Grendi lançar as bases para uma discussão cujo foco fosse a “microanálise social”.

O historiador genovês apresentou o método microanalítico em artigo publicizado, em 1977, nos *Quaderni storici*⁹. O texto é parte de um debate sobre história social que ocorria na revista. Grendi se opôs a “simplificação ideológico-política da análise marxista como princípio historiográfico” (2009, p. 19). Rechaçou igualmente os esquemas explicativos da história econômica. Ademais, negou categorias da história social tidas como detentoras de uma lógica própria, de uma racionalidade endógena - “classes”, “estratificação”, “estrutura social” (*idem*, pp. 19-20). Grendi preconizou “a recondução da história a uma contextualização e a uma vocação analítica em que o objeto da análise [fosse] basicamente indicado pela série ou a rede das relações pessoais” (*idem*, p. 35). Donde a proposição do autor de se observar a tessitura social a partir de uma “escala reduzida” (sugeriu uma “aldeia camponesa” ou “bairro urbano”). Edoardo Grendi concluiu o argumento do artigo: “a história social é a história das relações entre grupos e pessoas” (*idem*, p. 36).

Dentre todos os micro-historiadores, Carlo Ginzburg tornou-se o mais conhecido; uma espécie de historiador *pop*¹⁰. Ginzburg nasceu, em 1939, em Turim, Itália. Leone Ginzburg, seu pai, atuou no movimento antifascista e foi um intelectual brilhante: editor, tradutor, professor de línguas eslavicas e literatura russa. Por conta de suas posições e atividades políticas, Leone foi torturado e morto pela Gestapo em uma prisão de Roma. Deixou Carlos, mais dois irmãos, e Natalia Ginzburg, sua esposa. Com a morte do marido, Natalia trabalharia na editora italiana Einaudi, que Leone ajudara a fundar. Após a Segunda Guerra Mundial, Natalia se tornaria uma das principais referências da literatura italiana. Prescindível dizer que a família intelectualizada exerceu grande influência sobre Carlo Ginzburg. O historiador notabilizou-se pela produção, em 1976, do livro *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. Nele, através da análise da trajetória de Menocchio, um moleiro do Friul, acusado de heresia por construir uma cosmogonia particular, Ginzburg tentou entender, em um movimento da micro à macro-história, a cultura popular do século XVI.

O texto foi gestado em meio a polêmicas travadas com seus pares, especialmente, François Furet, para quem a história das classes populares, nas sociedades pré-industriais, só podia ser

9 Este artigo foi publicado no Brasil em 2009, cf. GRENDI, Edoardo. “Microanálise e história social” in: OLIVEIRA, Mônica Ribeiro de; ALMEIDA, Carla Maria Carvalho de. *Exercícios de micro-história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

10 Sobre a trajetória de Carlo Ginzburg, cf. LIMA, Henrique Espada. “Carlo Ginzburg” in: LOPES, Marco Antônio; MUNHOZ, Sidnei J.. *Historiadores de nosso tempo*. São Paulo: Alameda, 2010.

recuperada por meio da estatística (Ginzburg, 2007, p. 263). Ginzburg julgou, anos após a publicação da obra, que, provavelmente, *O queijo e os vermes* devesse ao clima político da Itália de meados dos anos de 1970 (*idem*, p. 264). Entrementes, as raízes do trabalho já estavam presentes em sua paixão pela literatura. Clássicos como *Guerra e Paz*, de Leon Tolstói, orientaram seu pensamento acerca da escrita da história (*idem*, pp. 265-266). Aí o literato russo, após passar pelas batalhas de Austerlitz e Borodin, abriu caminho para redesenhar o confronto em Waterloo pelos olhos de Fabrício del Dongo (*idem*).

O historiador têm pelo menos três méritos. Em primeiro lugar, mostrou que, elaborada criticamente, a narrativa (personagens sociais, trama, desfecho) era uma forma não apenas interessante, mas eficaz de se reconstruir o passado; a bem da verdade, Ginzburg (diferente de outros historiadores) vê quadros estatísticos, gráficos e tabelas como um outro tipo de narrativa igualmente legítima (1989, p. 184). Em segundo lugar, esclareceu que a historiografia também é feita de agentes sociais anônimos, como Menocchio. Nesse sentido, sua contribuição foi fundamental para que mais historiadores se arrogassem a tarefa de extrair do anonimato, do baú da história, outras pessoas comuns. E por último, disseminou a micro-história, enquanto metodologia, leia-se, uma abordagem dos eventos pretéritos que tem como esteio a escala reduzida, o micro, um indivíduo, uma comunidade.

Jacques Revel aprofundou o tema, ao argumentar que o micro não tem qualquer predominância sobre o macro (1998, p. 20). Revel entendeu que a interpretação historiográfica não deve se limitar ao deslocamento que vai do nível menor ao maior. Na realidade, o historiador deve modular escalas de observação, de maneira que tal modulação favoreça novas perguntas e questionamentos ao objeto de análise.

O método micro-histórico foi importante por outro motivo: iluminou o indício, o vestígio, o rastro, como sendo “janelas” para se acessar o passado. A partir de tal perspectiva, Ginzburg disse, em um outro texto, que a morfologia da história baseia-se no “paradigma indiciário”. Diferente das disciplinas galileanas, cujos critérios de cientificidade são fornecidos pela matemática, quantificação e repetibilidade dos fenômenos, a história, como outras disciplinas indiciárias, tem por base “casos, situações e documentos individuais” (1989b, p. 156). De acordo com o pesquisador italiano, “mesmo que o historiador não possa deixar de se referir, explícita ou implicitamente, a séries de fenômenos comparáveis, a sua estratégia cognoscitiva, assim como os seus códigos expressivos, permanecem individualizantes - mesmo que o indivíduo seja um grupo social ou uma sociedade inteira” (Ginzburg, 1989b, pp. 156-157).

À luz da micro-história, analisei o corpo de saúde do exército durante a Guerra do Paraguai. Procurei refazer as trajetórias e biografias dos integrantes do serviço de saúde, sobretudo dos doutores militares. Esforcei-me para não reconstruí-las “ilusoriamente”, quer dizer, de maneira a

descortinar atitudes e comportamentos que não se coadunassem com os atores sociais presentes na documentação. Recuperei historiograficamente o mundo dos médicos militares, tensionado pela guerra, de forma a evidenciar as alianças e, principalmente, os conflitos protagonizados por eles. Os médicos e seus pacientes foram colocados em seus contextos, muitas vezes, extremado. Por exemplo, desenhei para o leitor as condições, geralmente ruins, dos hospitais militares na Guerra da Tríplice Aliança, de sorte a mostrar a difícil situação dos doutores, que exerciam seu ofício com seriedade, e dos doentes.

Quando tratei da cólera durante a “Retirada da Laguna”, através das linhas de Taunay, explicito o panorama em que se encontravam médicos do exército e os combatentes enfermos, que morriam, em vários casos, em poucas horas ou dias. Como bem ressaltou, Moacir Assunção, autor do mais recente livro sobre a Guerra do Paraguai, fosse o Brasil tão rico quanto os Estados Unidos, e tivesse as mesmas condições cinematográficas, o episódio seria tema de diversos filmes (2012, pp. 10-11). Peço paciência ao leitor para a recriação de algumas batalhas e cenas de guerra. Quando fiz este exercício não tencionava entender o *modus operandi* do corpo de saúde do exército. Digo isso porque, de acordo com as informações constitutivas das fontes, os casos cirúrgicos presentes no texto, em sua maioria, tiveram médicos da marinha como figuras centrais. Ao recriá-las tentei inserir o combatente na configuração social em que foi ferido, muitas vezes trágica, de forma a esmiuçar, em um segundo momento, como ocorreu a intervenção cirúrgica, o método utilizado, as partes do corpo atingidas, as dificuldades com as quais se depararam os doutores etc..

Persegui, às vezes obsessivamente, sinais e indícios que me revelassem mais sobre os médicos militares. Confrontei fés-de-ofício, requerimentos, jornais, cartas e outros documentos em busca de pistas que favorecessem a construção biográfica dos facultativos. Investiguei silêncios e não-ditos. Tomei cuidado para não baixar a guarda para o positivismo. Ao mesmo tempo, procurei não “forçar o indício”, de sorte a não enquadrá-lo artificialmente na narrativa. Daí o uso, com alguma recorrência de palavras como “talvez”, “provavelmente”, “aparentemente”.

O som das batalhas: velha e nova história militar

Desde os tempos mais remotos, a guerra inquietou os homens. Ato de coragem em campo de batalha foram evocados a cada geração. Os especialistas no mundo antigo mostraram que as primeiras narrativas históricas foram dominadas pela temática da guerra. A obra de Tucídides sobre a Guerra do Peloponeso, onde os deuses foram ignorados em favor de uma narração centrada em

fatos humanos, é apenas um dos exemplos¹¹. As batalhas de Maratona, Salamina, Termópilas, eventos integrantes das Guerras Médicas¹², incentivaram a produção de relatos laudatórios. O mesmo ocorreu em relação à ofensiva de Alexandre, o Grande, e seus macedônios sobre o Império Persa de Dario III¹³. As guerras de Júlio César¹⁴, que lançaram as bases para o Império Romano, e as Guerras Púnicas¹⁵ também receberam a atenção dos cronistas.

A Idade Média trouxe a história providencialista, ou seja, um tipo de narração dos acontecimentos onde Deus era o protagonista, cabendo aos combatentes um papel secundário, coadjuvante (Soares e Vainfas, 2012, pp. 115-116). As crônicas sobre as Cruzadas, a Guerra das Duas Rosas¹⁶, e a Guerra dos Cem Anos¹⁷ expunham esta característica. Na Época Moderna veio à baila relatos de enfrentamentos militares cujo interesse era glorificar a figura dos reis (*idem*, p. 116). Textos sobre as campanhas de Luis XIV exprimiam tal objetivo. Estes relatos apologeticos existiam antes, contudo, foram favorecidos pela invenção da prensa móvel, por volta de 1440, pelo germânico Joahannes Gutenberg. O invento possibilitou a impressão dos livros (*idem*).

Houve a elaboração de importantes trabalhos, que mesclavam a “arte de governar” com estratégia de guerra (*idem*, pp. 116-117). Destaque, no mundo ocidental, para os escritos de Nicolau Maquiavel (*O príncipe e A Arte da Guerra*). Segundo Felix Gilbert, “Maquiavel ocupa uma posição ímpar no campo do pensamento militar porque suas ideias se baseiam numa aceitação do elo existente entre as mudanças que tiveram lugar na organização militar e nos revolucionários acontecimentos ocorridos nas esferas social e política” (2001, p. 28). As obras do pensador

11 TUCÍDIDES. *História da Guerra do Peloponeso*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2001. Para outras interpretações da Guerra do Peloponeso, cf. KAGAN, Donald. *A Guerra do Peloponeso: novas perspectivas sobre o mais trágico confronto da Grécia Antiga*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006; HANSON, Victor Davis. *Uma guerra sem igual: como atenienses e espartanos lutaram na Guerra do Peloponeso*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.

12 Sobre as Guerras Médicas, cf. HOLLAND, Tom. *Fogo persa: o primeiro império mundial e a batalha pelo ocidente*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2008; STRAUSS, Barry. *A batalha de Salamina: o combate naval que salvou a Grécia e a civilização ocidental*. Rio de Janeiro: 2007. A narrativa de Strauss das batalhas das Termópilas e Salamina é muito rica, uma vez que o autor preocupou-se em registrar detidamente as diferenças entre os grupos beligerantes, fossem gregos ou persas.

13 Para uma primeira informação sobre as guerras de Alexandre, o Grande, cf. STONEMAN, Richard. *Alexandre, o Grande*. Lisboa: Edições 70, 2008. Texto ágil, que aborda vários aspectos dos conflitos de Alexandre, sobretudo suas estratégias, por exemplo, a empregada no cerco de Tiro. Para uma leitura mais densa da vida do líder militar macedônio, cf. DROYSEN, Johann Gustav. *Alexandre, o Grande*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2010.

14 Foram as guerras de Júlio César que fortaleceram sua imagem, e geraram insatisfação em Pompeu Magno e Marco Crasso. Sobre a vida de César, cf. GOLDSWORTHY, Adrian. *César: a vida de um soberano*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2011.

15 Sobre as estratégias militares nas Guerras Púnicas, armamentos, uso de elefantes, cf. GOLDSWORTHY, Adrian. *A queda de Cartago: as Guerras Púnicas, 265-146 a.C.* Lisboa: Edições 70, 2009.

16 Sobre a Guerra das Duas Rosas, cf. SANTIUSTE, David. *Edward IV and the Wars of the Roses*. South Yorkshire: Pen & Sword, 2010; ROYLE, Trevor. *The Wars of the Roses: england's first civil war*. London: Abacus, 2010. Para uma análise detalhada da ascensão da dinastia Tudor e a construção do estado moderno inglês, consequências da Guerra das Duas Rosas, cf. PENN, Thomas. *Winter King: Henry VII and the dawn of Tudor England*. New York: Simon & Schuster, 2011.

17 Para uma leitura preliminar da Guerra dos Cem anos, cf. SEWARD, Desmond. *A brief history of The Hundred Years War: the English in France, 1337-1453*. London: Robinson, 2003. Para a deflagração do combate e os interesses de Eduardo III, cf. ORMROD, W. Mark. *Edward III*. New Haven/London: Yale University Press, 2011.

florentino influenciaram o rei prussiano Frederico II, no século XVIII, e Napoleão Bonaparte, estrategista militar que ascendeu ao poder na França com o golpe do Dezoito Brumário, em 1799, governando o país até 1815, quando foi derrotado na batalha de Waterloo (Soares e Vainfas, *op. cit.*, p. 116).

Em 1772, o jesuíta Joseph-Marie Amiot traduziu para o francês *A Arte da Guerra* do chinês Sun Tzu, o mais antigo tratado militar da história (*idem*, p. 117). Tzu escreveu seu manual por volta de 500 a. C., contexto em que os conflitos na China, sobremaneira ritualizados, começavam a assumir uma feição mais profissional. Guerras ferozes necessitavam da preparação dos exércitos e emprego de ações estratégicas. Posições, táticas, manobras, espões eram elementos cruciais em uma conflagração, que, de acordo com o general Tzu, precisava ser rápida (2005). Assim, evitava-se o desgaste de um confronto longo e duradouro. Mao Zedong orientou suas ações contra os japoneses durante a Segunda Guerra Mundial, e durante a Revolução de 1949 por meio das considerações de Sun Tzu (Soares e Vainfas, *op. cit.*, 117).

Da guerra, uma profunda e sofisticada análise da guerra, enquanto fenômeno histórico, viria a ser produzida, no século XIX, pelo general prussiano Carl von Clausewitz¹⁸. Nascido em 1780, na cidade de Burg, aproximadamente cem quilômetros ao sudoeste de Berlim, Clausewitz era filho caçula de uma família burguesa. Muito jovem participara de escaramuças (aos 12 anos viu, em 1793, a campanha que culminou com a expulsão dos franceses da Renânia). Requereu seu ingresso na escola militar de Berlim, sendo, em 1801, aceita a solicitação. Aí foi muito influenciado por Gerhard von Scharnhorst, filho de um sargento da cavalaria da reserva, combatente arrojado e especialista em temáticas militares. Formou-se, três anos depois, como um dos primeiros alunos de sua turma. Em 1805, escreveu um artigo em que contestou a interpretação de Heinrich Dietrich von Bülow, principal estudioso alemão das Guerras Napoleônicas daqueles tempos. Bülow propôs uma análise dos conflitos através de uma espécie de matemática aplicada. Clausewitz, expondo a abordagem realista que caracterizaria seus textos, opôs-se a este modelo sob o argumento de que desconsiderava “as ações do inimigo e os efeitos físicos e psicológicos da luta armada” (Paret, 2001, p. 263). Bülow foi declarado louco no ano seguinte, e faleceu em 1807 (Strachan, 2008).

Após se envolver ativamente nas Guerras Napoleônicas, Clausewitz tornou-se chefe do estado-maior das forças prussianas na Renânia. Em 1818, foi promovido ao posto de major-general, e assumiu, com certo desânimo, a direção da escola militar de Berlim. Naquela altura, tinha 38 anos de idade. Dois anos antes, voltou-se ao estudo da história e estratégia militares, interrompido por

18 Para uma informação inicial acerca da trajetória de Clausewitz, cf. HOWARD, Michael. *Clausewitz: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2002; PARET, Peter. “Clausewitz” in: PARET, Peter. *Construtores da estratégia moderna: de Maquiavel à Era Nuclear*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2001, tomo 1. A melhor biografia do oficial prussiano, de longe, é a do próprio Paret, cf. PARET, Peter. *Clausewitz and the State: the man, his theories, and his time*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

conta da ameaça representada pela *Grande Armée*. Dedicou-se a produzir vários trabalhos sobre conflagrações e uma biografia de Scharnhorst, bem como uma história da Prússia. Em 1819, começou a redigir *Da guerra*, e nos oito anos seguintes, elaborou seis partes da obra, que deveria ter ao todo oito (chegou a esboçar os livros VII e VIII). Em uma nota de 10 de julho de 1827, amplamente discutida pelos clausewitzianos, considerou as partes já feitas incompletas, e esperava revisitá-las.

Considero os primeiros seis livros já passados a limpo como uma massa ainda bastante informe, que tem absolutamente de ser remodelada a fundo. Esta remodelação porá sobretudo mais em relevo os dois gêneros de guerra. Todas as ideias terão então um sentido mais nítido, uma orientação precisa, uma aplicação mais definida. Esses dois gêneros de guerra são os seguintes: um tem por fim *abater o adversário*, seja para aniquilá-lo politicamente, seja para desarmá-lo apenas, obrigando-o a aceitar a paz a qualquer preço; no outro, *bastam algumas conquistas na fronteira do país*, quer se queira conservá-las, quer se queira utilizá-las como moeda de troca no momento da paz. Será preciso naturalmente respeitar os gêneros intermediários, mas a natureza inteiramente diferente deverá surgir por toda a parte e marcar a separação entre os elementos inconciliáveis.

Além desta diferença de fato será preciso sublinhar expressamente e exatamente a opinião também tão necessária na prática segundo a qual a guerra não é *outra coisa senão a continuação da política de Estado por outros meios*. Este ponto de vista por toda a parte exprimido, introduzirá bastante mais unidade nas nossas investigações, e tudo será bem mais fácil de distinguir¹⁹.

Peter Paret, principal biógrafo de Clausewitz, que problematizou o processo de produção de *Da guerra* (embora não fosse o único a fazê-lo), reconheceu que o oficial prussiano sofreu influência da filosofia²⁰ (2001, *op. cit.*, p. 267 e seguintes). Quando jovem, Clausewitz assistiu as aulas de Johann Gottfried Kiesewetter, um disseminador das ideias de Immanuel Kant. Além disso, posteriormente, estudou textos sobre teoria da estética e outros assuntos relacionados à filosofia por julgar importante para a compreensão da guerra. Paret também lembrou que o próprio Clausewitz ofereceu indicações de que sua obra foi escrita, tendo como modelo *O espírito das leis*, de Charles de Montesquieu (*idem*, p. 259). Apesar de ter lido trabalhos filosóficos, *Da guerra*, segundo o biógrafo, deve muito mais ao contexto cultural e intelectual em que Clausewitz inseria-se

19 CLAUSEWITZ, Carl von. *Da guerra*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

20 Sobre o pensamento de Clausewitz, cf. GAT, Azar. *A history of military thought: from the Enlightenment to the Cold War*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

(excetuando-se, obviamente, sua experiência como militar). Hew Strachan, também um estudioso de Clausewitz, mostrou que, a despeito da influência de Kant, em substância, *Da guerra*, expressa uma perspectiva hegeliana, especialmente em razão da centralidade que o prussiano concedeu ao estado em sua análise (*op. cit.*, p. 91 e seguintes). Strachan recordou que Friedrich Hegel era apenas dez anos mais velho que Clausewitz, e que, nos anos de 1820, os dois integravam os mesmos círculos sociais em Berlim (*idem*).

A ênfase dispensada ao estado, em sua teoria sobre a guerra, foi criticada por John Keegan. O ex-professor da Real Academia Militar de Sandhurst afirmou que a fama de *Da guerra* veio tardiamente; apenas quarenta anos após sua publicação entre 1832 e 1835 (2002, p. 37). Isso ocorreu graças aos “dons mágicos de comando” de Helmuth von Moltke, chefe do estado-maior prussiano, que em um tempo curto derrotou austríacos e franceses, respectivamente, na Guerra das Sete Semanas e na Guerra Franco-Prussiana (*idem*). Quando o público quis saber as razões de sua eficácia militar, Moltke disse que lia a Bíblia, as obras de Homero, e *Da guerra*. Na avaliação de Keegan, “a fama póstuma de Clausewitz estava garantida” (*idem*).

O historiador britânico questionou a máxima clausewitziana de que a guerra é a continuação da política. Asseverou que a “política não desempenhou papel algum digno de menção na condução da Primeira Guerra Mundial” (*idem*, p. 38). Julgou que conflito foi uma “aberração cultural monstruosa” incentivada pela própria tese de Clausewitz (*idem*). Ainda que não fosse o causador da Primeira Grande Guerra (como Karl Marx também não determinou a Revolução Russa), o oficial teve “responsabilidade” na transformação da Europa, a partir de 1914, em uma “sociedade de guerreiros” (*idem*, pp. 38-39). Keegan esforçou-se para explicitar a dimensão cultural da guerra que Clausewitz não levou em consideração. Esclareceu que os samurais e os zulus, por exemplo, ao enfrentarem seus inimigos não ofertavam primazia à política em prejuízo da cultura.

Keegan exagerou na argumentação ao afirmar que a guerra é “sempre uma expressão de cultura, com frequência um determinante de formas culturais e, em algumas sociedades, é a própria cultura” (*idem*, p. 28). John A. Lynn disse que a interpretação hiperbólica de Keegan decorre da influência que o historiador britânico sofreu dos trabalhos de Victor Davis Hanson²¹ (Lynn, 2008). Professor da Universidade Estadual da Califórnia, Hanson, segundo Lynn, defende que os gregos antigos inauguraram uma tradição guerreira que moldou o pensamento militar ocidental ao longo de 2500 anos (*idem*). Hanson valorizaria a ideia de que os cidadãos reconhecem seus “direitos e responsabilidades” em um sistema constitucional; reconhecimento este que formaria uma espécie de “militarismo cívico” (*idem*).

A despeito das limitações, a obra de Clausewitz apresenta conceitos e reflexões que

21 Cf. HANSON, Victor Davis. *Por que o Ocidente venceu: massacre e cultura – da Grécia antiga ao Vietnã*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

possibilitam lançar luz sobre a Guerra da Tríplice Aliança, especialmente o livro I (“A natureza da guerra”). A guerra como continuação da política estatal, principal tese presente em *Da guerra*, facilita a compreensão da postura do governo monárquico em face à geopolítica da Bacia Platina. A intervenção das tropas brasileiras no Uruguai, em 1864, representou uma dupla estratégia para garantir a hegemonia do estado brasileiro na região: a) transformava o território uruguaio em uma área de influência, por meio da condução ao poder do Partido Colorado, aliado político da monarquia; b) representava uma antecipação ao projeto expansionista de Solano López de se assenhorar do porto de Montevideú, com objetivo de favorecer suas relações mercantis com a Europa.

A atitude do governo monárquico levou López a apreender, no rio Paraguai, o navio brasileiro *Marquês de Olinda* (afirmou que a apreensão ocorreu porque a embarcação transportava armas; contudo, tratava-se de uma falsa assertiva). O ditador fez mais. Proibiu a livre navegação na Bacia do Prata e, em seguida, começou a guerra, ao invadir, em dezembro de 1864, o Mato-Grosso. Objetivando alcançar o Uruguai, as tropas paraguaias atacaram a Argentina, ao sul, mais especificamente a província de Corrientes. A partir desta ofensiva, no ano seguinte, firmou-se a Tríplice Aliança, acordo que previa uma aliança militar entre Brasil, Argentina e Uruguai, que só seria desfeita após a morte ou captura de Solano López. Foram necessários cinco anos até que o ditador fosse lançado no estômago pelo cabo Francisco Lacerda, mais conhecido como Chico Diabo, em Cerro Corá (Lillis & Fanning, 2009, p. 186).

Clausewitz desenvolveu categorias particularmente úteis para a compreensão da Guerra do Paraguai e outras conflagrações: “acaso”, “sentido de orientação”, “fricção” etc.. Chamou a atenção para a importância dos comandantes conhecerem a fricção que pode se apresentar em campo de batalha, ou seja, os riscos que subjazem uma situação aparentemente banal, podendo transformá-la perigosamente. Tais riscos podem ser produzidos pelos combatentes que, como peças integrantes de uma “máquina militar”, conservam “sua própria fricção” (Clausewitz, 2003, p. 84). Segundo Clausewitz, “o batalhão é sempre a agregação de um certo número de homens em que o mais insignificante é capaz, por pouco que o acaso intervenha, de provocar uma parada ou uma irregularidade” (*idem*).

Contudo, a fricção pode ser proveniente de uma variável externa, o tempo, por exemplo. Nas palavras do oficial prussiano, “certas vezes, o nevoeiro impede de descobrir o inimigo no tempo desejado, um canhão de partir no momento favorável e uma mensagem de chegar ao oficial que comanda. Outras vezes, a chuva impede um batalhão de chegar, um outro de chegar no tempo desejado porque em lugar de marchar durante três horas marchou talvez oito, a cavalaria de carregar eficazmente porque se enterra no terreno amolecido” (*idem*, pp. 84-85). No final do capítulo VII, do livro I, Clausewitz, em duas linhas, definiu o conceito: “a fricção, ou aquilo que assim se denomina,

é pois o que torna difícil tudo o que parece fácil” (*idem*, p. 86). As doenças que incidiram durante a Guerra da Tríplice Aliança produziram, em consonância com as reflexões do general prussiano, fricção? Sem dúvida. Contudo, a epidemia de cólera de 1867 e outras crises epidêmicas não podem ser circunscritas, do ponto de vista analítico, a um quadro de desgaste friccional. A cólera devastou batalhões e ceifou milhares de vidas. O próprio Clausewitz sentiu seu potencial destrutivo, visto que foi morto pela moléstia, em novembro de 1831, aos 51 anos.

Na época de Carl von Clausewitz, a história militar, em vários países, destacou-se pelas narrativas laudatórias de generais, que eram apresentados como infalíveis, verdadeiros heróis. Eram narrações que bajulavam os líderes militares do passado, apresentando um “bizarro tipo de identificação do autor com o tema” (Keegan, 2000, p. 28). Tais autores não expunham qualquer postura crítica ao tentarem recuperar historiograficamente oficiais militares. O principal objetivo era a heroificação de seus personagens sociais; postura aceitável em obras literárias, mas não em textos historiográficos. Muitas biografias de Luis Alves de Lima e Silva, o duque de Caxias, apresentam esta característica (Doratioto, 2008). Não situam o duque em seu contexto histórico, ignorando o desgaste da imagem do militar, no Rio de Janeiro, ao abandonar a Guerra do Paraguai antes de sua conclusão. Igualmente desconsideram o fato de que Manoel Luiz Osório, o marquês de Herval, tinha mais apelo popular, após a Guerra da Tríplice Aliança, do que Caxias (*idem*). Da mesma maneira jogam um véu sobre a construção mítica em torno de Lima e Silva. Tal construção começou na década de 1920, por ocasião da fragilização das noções de hierarquia e disciplina no interior do exército, provocada pelo Movimento Tenentista, foi reforçada pelo Estado Novo, e teve seu ponto de culminância durante a Ditadura Militar.

Ao questionar a heroicização dos líderes militares, constitutiva da historiografia militar do oitocentos, não estou desconsiderando atos de coragem em tempos de guerra. Para além da mitologia, Leônidas e seus espartanos agiram com bravura ao enfrentarem, até a morte, o exército de Xerxes no desfiladeiro das Termópilas. Lendo as páginas de Francisco Doratioto sobre a vida do general Osório é difícil não crer que tratava-se de um homem de coragem (*idem*). No entanto, os relatos oitocentistas desumanizam os oficiais, silenciando em face aos seus medos, dúvidas e equívocos. Como resultado produziu-se um conjunto de textos inverossímeis, acrílicos, e muito distantes da realidade.

Em função da proximidade entre elementos políticos e militares, quando a Escola dos Annales proscreeu a história política, por associação, o mesmo ocorreu com a “velha” história militar (Paret, 1992). Apesar disso, a historiografia militar não deixou de existir (Soares e Vainfas, *op. cit.*, p. 120). Obteve, paradoxalmente, uma especialização sem precedentes. Historiadores militares, muitos deles veteranos, redigiram trabalhos com um perfil mais técnico, voltados para temáticas como logística e armamentos. Ademais, há pelo menos meio século, no Brasil e em outras

nações, as Forças Armadas produziram um aparato de pesquisa e ensino da história militar para suas Academias e cadetes. Este aparato cumpria também uma outra função: assessorar os comandos (*idem*). Soares e Vainfas recordaram a existência, nos Estados Unidos, do “historiador do Estado-maior” (*idem*). Nos últimos anos, no Brasil, historiadores profissionais têm desempenhado este papel; Francisco Carlos Teixeira da Silva, professor titular de história moderna e contemporânea da Universidade Federal do Rio de Janeiro, é um deles; tive oportunidade de assistir um dos seus cursos sobre a “Revolução em Assuntos Militares e a Guerra do Iraque”²² na Escola de Comando e Estado-Maior do Exército.

Os estudiosos reconheceram que o livro *A face da batalha*, de John Keegan, publicado originalmente em 1976, tornou-se uma das principais expressões do que denominou-se “nova” história militar. Keegan registrou a importância de não se igualar as experiências de combate. Noutras palavras, as batalhas apresentam singularidades que devem ser levadas em consideração durante a análise. Termópilas e Stalingrado não podem ser interpretadas da mesma forma apenas porque em ambas houve um cerco. O autor afirmou ainda que, apesar de receberem o mesmo treinamento, o comportamento dos integrantes dos batalhões, em uma escaramuça, não é idêntico. Uma batalha produz reações diferentes; tais especificidades não devem ou não deveriam escapar da investigação do pesquisador.

Stephen Morillo e Michael F. Pavkovic sublinharam que a nova história militar preocupa-se com as relações entre guerra e sociedade²³ (2011, pp. 50-53). Este campo historiográfico procura lançar luz sobre novos agentes sociais - “atores não-estatais” (*idem*, p. 51). No caso da Guerra do Paraguai, ressaltou a relevância de se revisitar a questão da participação dos escravos; os trabalhos de Salles e Prata, apesar de inovadores, não esgotaram o assunto. O envolvimento de mulheres, sacerdotes, índios, comerciantes, precisam ser analisados. Alguns trabalhos já foram feitos²⁴, mas é preciso avançar. Izecksohn tem realizado importantes progressos em relação à temática do recrutamento no contexto da conflagração²⁵. A influência da Guerra da Tríplice Aliança na Proclamação da República, e o desempenho dos membros do exército nela não é um tema

22 Sobre o tema cf. SILVA, Francisco Carlos Teixeira. “Lições de guerra: o Iraque e o terrorismo na era da assimetria global” in: SOARES, Luiz Carlos; SILVA, Francisco Carlos Teixeira (org.). *Reflexões sobre a guerra*. Rio de Janeiro: 7 Letras/Faperj, 2010. Silva elaborou uma tipologia das guerras do século XX fundamental para os interessados no assunto, cf. SILVA, Francisco Carlos Teixeira (org.). *Enciclopédia de guerras e revoluções do século XX: as grandes transformações do mundo contemporâneo – conflitos, cultura e comportamento*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004 (Introdução).

23 Jeremy Black também atentou para este ponto, cf. BLACK, Jeremy. *Rethinking military history*. New York: Routledge, 2004.

24 Sobre as mulheres na guerra, cf. DOURADO, Maria Teresa Garritano. *Mulheres comuns, senhoras respeitáveis: a presença feminina na Guerra do Paraguai*. Campo Grande: Editora da UFMS, 2005.

25 Cf. IZECKSOHN, Vitor. “Recrutamento militar no Rio de Janeiro durante a Guerra do Paraguai” in: CASTRO, Celso; IZECKSOHN, Vitor; KRAAY, Hendrik. *Nova história militar brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004; IZECKSOHN, Vitor. “Resistência ao recrutamento para o Exército durante as guerras Civil e do Paraguai. Brasil e Estados Unidos na década de 1860” in: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 27, 2001.

inexplorado²⁶. Importante seria perscrutar quais as posições sociais que os ex-combatentes passaram a ocupar com a implementação do novo regime. Uma pesquisa fundamental, não contemplada por meu texto, embora haja indicações, é a situação social dos médicos militares no pós-guerra.

Morillo e Pavkovic registraram que a nova história militar enfatiza a problematização dos conceitos. Por exemplo, “cavalaria” na Guerra dos Cem Anos não tem o mesmo sentido na Primeira Guerra Mundial. Além de tematizar categorias, a historiografia militar renovada trouxe à tona assuntos inéditos ou de pouco destaque, dentre eles, como reconheceu Mark Harrison, a medicina militar²⁷. Malgrado existam muitos trabalhos acadêmicos sobre história das práticas médicas no Brasil, poucos têm a medicina militar como objeto. Textos sobre a medicina e Guerra do Paraguai são ainda mais raros. A tese de doutorado de Marcelo Augusto Moraes Gomes sobre o Asilo dos Inválidos da Pátria é uma feliz exceção (Marcelo Santos Rodrigues, em sua tese, também tratou do Asilo, mas apenas tangencialmente). *Doutores e canhões* procura ajudar a preencher tal lacuna historiográfica.

Se são escassas as obras acadêmicas sobre a questão médica na Guerra da Tríplice Aliança, sobre outros enfrentamentos militares estamos diante de uma floresta virgem. Quais as doenças que eclodiram durante as Guerras Holandesas no Brasil? Como se davam as operações cirúrgicas na Guerra da Cisplatina? Quais os principais problemas médicos que se apresentavam nas intervenções militares brasileiras na Bacia Platina? Essas são apenas algumas perguntas que carecem de respostas.

Já foi dito que John Keegan vislumbra a guerra “sempre” como expressão da cultura. Ainda que haja exagero nessa asserção, a perspectiva do historiador britânico me fez refletir sobre os médicos militares em sua interface com a sociedade brasileira. Através da leitura de *Raízes do Brasil*, de Sérgio Buarque de Holanda, entendo que o comportamento dos doutores na Guerra do Paraguai foi informado pelo “bacharelismo”, conceito que sugere uma valorização do trabalho intelectual (“que não suja as mãos e não fatiga o corpo”) em detrimento do esforço braçal (2002, pp. 82-83). Tal valorização, herança da colonização portuguesa, dava-se menos por uma paixão pelo exercício especulativo do que por uma vontade de reconhecimento social e status. Desde os tempos coloniais, o anel de grau e o diploma de bacharel funcionavam como símbolos sociais que substituíam os títulos honoríficos (*idem*).

O trabalho manual, associado à escravidão, instituição profundamente entranhada no tecido social brasileiro, era objeto de desprezo. Defendo, nesse texto, que a Guerra da Tríplice Aliança exigiu dos doutores militares um tipo de labuta braçal, consequência do alto número de doentes e

26 Cf. COSTA, Wilma Peres. *O exército, a Guerra do Paraguai e a crise do império*. Campinas: Unicamp, 1996.

27 Cf. HARRISON, Mark. “Medicine and the management of modern warfare: an introduction” in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999.

feridos, para a qual os médicos não estavam habituados. Donde a existência de atitudes desleixadas e irresponsáveis dos facultativos em relação aos pacientes ao longo do conflito.

Não há qualquer juízo de valor em tal reflexão. Chamo a atenção apenas para o fato de que o comportamento dos doutores do corpo de saúde do exército refletia representações e códigos culturais inscritos na sociedade brasileira de meados do século XIX. Como os médicos unionistas, no contexto da Guerra Civil Americana, provavelmente, expressavam uma maior identificação com o trabalho manual (mas também com o intelectual) em função do enraizamento da ética protestante no norte dos Estados Unidos. Insensato, entretanto, seria absolutizar a análise e apregoar que “todos” os doutores, reféns da cultura do bacharelismo, adotaram o mesmo *modus operandi* na Guerra do Paraguai, leia-se, não trataram dos enfermos com dedicação. Nas páginas seguintes, veremos alguns médicos cuidando com zelo de seus enfermos. Não me parece, contudo, que esta postura fosse a regra.

A nova história militar não estabeleceu como prerrogativa, que o historiador que dedica-se a estudar conflitos militares tenha que necessariamente ter tido (como Clausewitz) uma experiência prévia em campanhas. Em *A face da batalha*, no começo do capítulo 1, Keegan, a partir de sua trajetória pessoal, tratou da questão:

Nunca participei de uma batalha, nem estive perto de qualquer uma, jamais ouvi o seu fragor de longe, nem vi os seus resultados. Interroguei pessoas que participaram de batalhas, dentre elas o meu pai e o meu sogro. Percorri campos de batalha na Inglaterra, na Bélgica, na França e na América; encontrei, amiúde, pequenas relíquias das batalhas ... Li sobre batalhas, claro, falei acerca de batalhas, ouvi conferências e palestras sobre batalhas e, nos últimos quatro ou cinco anos, assisti na tela da televisão o desenrolar de batalhas ou, aparentemente, o seu desenvolvimento. Vi muitas outras batalhas, mais antigas, mas ainda deste século, em documentários cinematográficos, algumas das quais convincentemente autênticas, bem como muitos filmes dramatizados e incontáveis imagens estáticas de batalhas: fotografias, pinturas, esculturas, com um grau de realismo variável. Mas numa batalha nunca estive. E cada vez me convenço mais de que faço muito pouca ideia de como poderá ser uma batalha²⁸.

Em seu recente livro, o jornalista Moacir Assunção asseverou que a Guerra do Paraguai foi um “conflito total” (2012, p. 22). Com o conceito, Assunção julgou a Guerra da Tríplice Aliança

28 KEEGAN, John. *A face da batalha*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2000, p. 17.

como um tipo de conflagração em que “todos os recursos” das nações envolvidas foram mobilizados (*idem*). Considero, ao contrário, a noção de “conflito total” ou “guerra total” contraproducente para a compreensão da Guerra do Paraguai. É desmedido dizer que a totalidade dos recursos foram usados na conflagração. Como disse David A. Bell, “mesmo um conflito termonuclear de grandes proporções não envolveria a mobilização de todos os recursos de uma sociedade!” (2012, p. 21).

Bell redimensionou a categoria, alargando-a, de modo a inseri-la em um contexto político e cultural mais abrangente. Segundo o autor, as modificações intelectuais provocadas pelo Iluminismo, e a radicalização política e ideológica, entre 1789 e 1792, fizeram com que lideranças francesas vissem a guerra como um “extremo insodável”, cujo desfecho seria uma “vitória total” ou “derrota total” (*idem*, pp. 21-23). Tais lideranças passaram a usar uma retórica agressiva (que transcendeu-as) mesmo antes do enfrentamento militar, em 1792, entre França e Áustria. Este discurso demonizou combatentes inimigos e populações civis, tidas igualmente como adversárias não-respeitáveis (*idem*). Nasceria aí a “Primeira Guerra Total” (1792-1815), que anteciparia, em escala menor, os horrores das Guerras Mundiais do século XX.

Mesmo a reformulação que Bell faz do conceito²⁹ não o torna uma ferramenta intelectual útil, a meu juízo, para a compreensão da Guerra da Tríplice Aliança. O governo imperial não adquiriu tal repulsa aos soldados inimigos, menos ainda aos civis. O Brasil monárquico não moveu uma guerra de extermínio contra a população paraguaia. Seus aliados também não.

O texto dividi-se em três capítulos. No primeiro, mostro o contexto em que ocorreu a formação e estruturação do corpo de saúde do exército, esclarecendo como as epidemias de febre amarela e cólera de 1850 e 1855, respectivamente, favoreceram esse processo. Os conflitos na Bacia Platina também impulsionaram a montagem do serviço de saúde. Indico ainda como os problemas médicos na Guerra do Paraguai evidenciaram suas fragilidades, havendo um debate em torno da necessidade de reformá-lo. A conflagração igualmente gerou uma discussão acerca da importância de se melhorar os hospitais militares. Desenvolvo o ponto, destacando organização e funcionamento deles, bem como suas diferenças. Além disso, exploro as tensões entre os integrantes do corpo de saúde do exército, focalizando os doutores. Analiso aqui as animosidades entre médicos e não-médicos, e explico como o decreto nº 1900 (7 de março de 1857) abriu espaço para estes rancores.

No segundo capítulo, mostro como o tétano e a gangrena atingiram os combatentes, e como os doutores interpretaram tais enfermidades. Analiso detalhadamente as intervenções cirúrgicas, e

29 Para aprofundar a discussão em torno do conceito de “guerra total”, cf. NEELY Jr. Mark E.. “Was the Civil War a Total War?” In: FÖRSTER, Stig; NAGLER, Jörg (eds.). *On the road to Total War: the American Civil War and the German Wars of Unification, 1861-1871*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

ênfatiso os métodos e instrumentos utilizados. Estas intervenções simbolizavam um *processo*, portanto, uma experiência dinâmica, não-estática, cuja base era a relação entre médicos e pacientes, existindo uma certa autonomia dos doentes em face aos doutores, ainda que estes representassem o lado mais forte daquela relação. Se a Guerra do Paraguai ensejou um debate acerca das condições do corpo de saúde do exército e dos hospitais militares, da mesma forma produziu uma discussão sobre as operações cirúrgicas. Os médicos se perguntavam se a cirurgia devia ser realizada logo após o ferimento ou em um momento posterior. Este debate não nasceu com a Guerra da Tríplice Aliança. Era uma polêmica antiga, a envolver médicos dos grandes centros europeus e norte-americano. Por último, ofereço indícios e pistas de como a Guerra da Tríplice Aliança promoveu avanços médicos.

No terceiro capítulo, analiso a a saga da coluna expedicionária brasileira, que marchou de São Paulo até Mato-Grosso, com o objetivo de libertar esta província dos paraguaios. Atentei para os problemas médicos durante a trajetória, sobretudo a presença da cólera. Explicitei o estrago provocado pela epidemia, e os remédios usados para combater a doença. Aqui destaquei dois pontos: 1º) os medicamentos nem sempre eram receitados por doutores; 2º) os coléricos, em busca da cura, estavam ávidos por medicamentos, inclusive, homeopáticos. Donde concluí que, como na questão cirúrgica, os enfermos não se comportaram passivamente, a aguardar as determinações dos doutores. Esclareci ainda o impacto da cólera na província de Corrientes, comparando a experiência da população correntina com crises epidêmicas ocorridas alhures.

1) Doutores no front

[Digo] a V. Exa. [marquês de Paranaguá] que tenho lutado com grandes dificuldades, e tenho sido obrigado a ter ainda mais paciência do que teve Jó, para dirigir o pessoal médico recém-chegado, porque sem tirocínio do serviço médico militar (que é uma especialidade), sem disciplina e subordinação, cometiam faltas que pretendiam sustentar como acertos. Se é difícil comandar um corpo de soldados, veja V. Exa. quanto não subirão as dificuldades comandando-se um corpo composto de sábios, no qual o que sabe menos tem o título de Doutor em Medicina e por isso não querendo ceder de suas opiniões.

Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do corpo de saúde do
exército brasileiro³⁰

Em luta contra a agonia: o médico Eduardo Augusto Pereira de Abreu e a reforma do corpo de saúde do exército

Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu casou-se, em 17 de fevereiro de 1855, com Rita Tomásia Nabuco de Araújo³¹. Era filha de José Tomás Nabuco de Araújo, senador do império, e Joana Paula de Castro de Gama Nabuco de Araújo. Assumiu, de acordo com o costume, o sobrenome do marido. Tornou-se, então, senhora Nabuco de Abreu. Tomásia deu-lhe cinco filhos: Eduardo Augusto Pereira de Abreu (o mais velho), Pedro de Alcântara Nabuco de Abreu, Maurilo Tito Nabuco de Abreu (o caçula que, como o pai, escolhera a medicina como profissão), Maria das Dores Nabuco de Abreu Bourgerth (casada com Oscar de Castro Álvares Bourgerth, médico como o

30 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. Biblioteca Nacional (BN), seção manuscritos, 34-A.004.002 n° 043.

31 Sobre a trajetória de Eduardo Augusto Pereira de Abreu e sua família, cf. Arquivo Histórico do Exército (AHEx), E 3-213, requerimento de Eduardo Augusto Pereira de Abreu; Instituto Histórico Geográfico Brasileiro (IHGB), coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 830.68; Arquivo Nacional (AN), inventários, ano 1893, caixa 2742; BLAKE, Sacramento, volume 2, pp. 243 e 479. Dr. Abreu produziu, durante a Guerra do Paraguai, um texto sobre educação física militar. Nele discutia as condições físicas dos homens que estavam sendo recrutados para a conflagração. Analisei este trabalho, com a colaboração do professor Victor Andrade de Melo, em artigo publicado em 2011, cf. SILVA, Carlos Leonardo Bahiense; MELO, Victor Andrade de. “Fabricando o soldado, forjando o cidadão: o doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu, a Guerra do Paraguai e a educação física no Brasil” in: *História, ciências, saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 18, n.2, abr.-jun. 2011.

sogro e o cunhado) e Rita de Cássia Nabuco de Abreu. Tomásia despediu-se da vida primeiro que o dr. Abreu. Na ausência da mulher este dividiu seu amor entre os filhos e a medicina.

O chefe daquela família nasceu no Rio de Janeiro, em 1832. Era filho do comendador Plácido Antônio Pereira de Abreu, natural da freguesia de Nossa Senhora da Ajuda, Lisboa, e Ana da Cunha Abreu, nascida em Vila de Sabará, bispado de Mariana. Recebeu, em agosto daquele ano, os santos óleos das mãos do reverendo Reginaldo José Antunes no oratório da residência do comendador. Eduardo Augusto Pereira de Abreu teve uma vida bastante ativa: formou-se pela faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; foi vereador na capital imperial; 2º cirurgião do corpo de saúde do exército e 1º cirurgião honorário do mesmo corpo. Participou da Guerra do Paraguai³² como secretário e assistente de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, cirurgião-mor do exército. Contudo, permaneceu no *front* por um tempo curto: pouco mais de dois meses (6 de agosto a 13 de outubro de 1865). Por que um período tão breve? Os registros oficiais informavam que o médico apresentava problemas de saúde.

O facultativo retornou de Montevideú junto com oficiais e soldados enfermos. Foi submetido a uma inspeção médica no Rio de Janeiro. O diagnóstico dizia o seguinte: “tumores hemorroidais externos, dartos sífilíticos, exortose sobre o parietal, endurecimento sífilítico do testículo esquerdo”³³. As hemorroidas podiam ser submetidas a uma intervenção cirúrgica, mas as demais moléstias eram incuráveis. Nessas circunstâncias, Abreu pediu exoneração do corpo de saúde do exército. O doutor, provavelmente, não estava adoentado. Outro fator impulsionou a sua exoneração. Abreu entendia que seus conhecimentos médicos e suas potencialidades acadêmicas não eram exploradas pelo cirurgião-mor do exército. Ele era, em realidade, subaproveitado. Uma carta enviada pelo doutor ao conselheiro Nabuco de Araújo sustenta tal asserção.

Montevideú, 14 de setembro de 1865.

Exmo. Mano e amigo, [estimo] sua saúde bem como da Maninha e sobrinhos ... Eu vou indo bem de saúde, porém, completamente aborrecido com a Comissão e mais que resolvido a

32 Para uma discussão inicial acerca da Guerra do Paraguai, cf. SCHEINA, Robert L. *Latin America's Wars: the age of the caudillo, 1791-1899*. Washington D.C.: Brassey's Inc., 2003, v. 1, capítulo 29 (“The War of the Triple Alliance, 1864-1870”); DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. “Guerra do Paraguai” in: MAGNOLI, Demétrio (organizador). *História das guerras*. São Paulo: Contexto, 2006; IZECKSOHN, Vitor. “A Guerra do Paraguai” in: GRINBERG, Keila & SALLES, Ricardo (organizadores). *O Brasil Imperial, volume II, 1831-1870*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. Para uma visão mais profunda, cf. DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Maldita Guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. TASSO FRAGOSO, Augusto. *História da guerra entre a Tríplice Aliança e o Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1956, 5 volumes.

33 AHEX, E 3-213, requerimento de Eduardo Augusto Pereira de Abreu.

retirar-me do Corpo de Saúde. Colocando-me em posição falsa, represento um papel que não me agrada e que se tal soubesse cá não viria, como sabe o Assistente do Cirurgião-Mor trata com o chefe de organizar o serviço de saúde e recebe dele instruções para fazer executar e com poderes especiais, posição que sempre ocupei na Corte. Chegando aqui vejo-me, [contudo, obrigado] a representar o papel de Amanuense, [porque] o Cirurgião-Mor [Manoel Feliciano Pereira de Carvalho], para agradecer as autoridades brasileiras quer tudo fazer por si. Pedi-lhe que me entregasse uma Enfermaria no Hospital Militar onde eu [poderia] não só prestar serviços, como igualmente praticar a medicina, respondeu-me que não o podia fazer. À vista disto, e não tendo a quem apelar, continuei a servir por prudência, resolvido, porém, a dar parte de doente se sua irmã ... não me [obter] uma licença. Tendo ela ... sucesso, mais serviços prestarei eu lá do que aqui, que não me ocupo senão em tirar cópias de ofícios, papel para mim insignificante e para que não nasci. Justificados os desejos que tenho de retirar-me, e que com franqueza lhe refiro, peço que me consiga do Conselheiro Saraiva a sobredita licença³⁴.

Abreu, lançando mão de relações de compadrio presentes no Brasil desde os tempos coloniais, conseguiu livrar-se rapidamente do conflito. O argumento de que estava descontente com o trabalho de amanuense não convence o historiador. Dr. Abreu representava uma elite médica que vivia confortavelmente na capital monárquica, a frequentar o mundo das artes e da cultura livresca (peças teatrais, concertos, bibliotecas públicas). Mais ainda. Os integrantes de tal elite tinham acesso à esfera política e logravam obter (uma vez mais graças ao vil apadrinhamento) cargos governamentais.

O médico simbolizava ainda um grupo social privilegiado (evidentemente não o único) que mantinha em torno de si escravos negros. E justamente em razão do cativo, homens como Abreu expunham um preconceito contra o trabalho manual. Viam-no como algo indigno, inadequado aos de sua classe. Thomas Ewbank, cronista inglês que esteve em terras brasileiras, em 1846, notou este preconceito. “A inevitável tendência da escravidão por toda parte é tornar o trabalho uma atividade desonrosa; e os resultados disso são altamente maléficos, pois tal tendência inverte a ordem natural e destrói a harmonia da sociedade”. O cronista explicava o motivo. Suas tintas: “A escravidão negra é regra no Brasil, e os brasileiros se retraem como que horrorizados ante qualquer emprego manual. Dentro do espírito das classes privilegiadas de outros países, dizem os brasileiros que não nasceram para trabalhar, mas para mandar. Pergunte-se a um jovem brasileiro de família respeitável porém em más condições econômicas, porque não aprende um ofício e passa a ganhar sua vida com

³⁴ Carta de Eduardo Augusto Pereira de Abreu ao Conselheiro Nabuco de Araújo, IHGB, coleção Senador Nabuco de Araújo, Guerra do Paraguai, lata 362, pasta 2.

independência, e, nove vezes em dez, ele tremerá de indignação, e perguntará se se quer insultá-lo! "Trabalhar!? Trabalhar!?" - redarguiu um deles. - "Temos os negros para isso!"³⁵.

A labuta pesada exigida dos médicos durante a Guerra do Paraguai, sobretudo a necessidade de cuidar de um número expressivo de enfermos e feridos - muitas vezes sem condições materiais básicas (padiolas, remédios, anestésicos, instrumentos cirúrgicos) -, fez Abreu abrigar-se sob o escudo do apadrinhamento político. O temor sempre presente de perder a vida ou de sofrer um ferimento grave, provavelmente, também levou o facultativo a recorrer a pessoas ilustres e influentes do Rio de Janeiro imperial para deixar a conflagração. Certamente dr. Abreu não foi o único caso. No entanto, não é correto afirmar que todos os médicos enviados para a guerra foram envolvidos pela teia do preconceito em relação ao trabalho exercido com as mãos. O conflito engendrou também uma atmosfera de camaradagem entre seus participantes (médicos, engenheiros, soldados); um clima de coleguismo decorrente das vicissitudes comuns, das experiências difíceis como enfermidades, batalhas aguerridas, amputações e outras. Influenciados por tal atmosfera houve doutores que efetivamente colocaram a mão na massa, leia-se, realizaram cirurgias, edificaram hospitais, solicitaram a remoção de doentes, pleitearam medicamentos etc.. Estas duas noções integravam o imaginário social das forças militares brasileiras em combate, como verá o leitor nas páginas seguintes. Porém, julgo que a primeira predominou sobre a segunda.

Por ocasião do falecimento de Carvalho, em 1867, José Ribeiro de Souza Fontes tornou-se o novo cirurgião-mor. Fontes requisitou a reintegração de dr. Abreu ao serviço de saúde do exército em virtude de sua experiência e “por ser um médico merecedor da mais alta confiança, atenções e elogios”³⁶. Abreu não voltou ao Rio da Prata nem a quaisquer sítios do teatro de guerra. Eleito vereador no Rio de Janeiro, em 1869, solicitou a rescisão do contrato de 2º cirurgião e a demissão do cargo de secretário do corpo de saúde. Todavia, no final daquele ano, uma vez mais, retornou ao corpo em questão. Desta feita como encarregado da enfermaria de menores do Arsenal de Guerra. O Arsenal localizava-se no antigo calabouço, lugar criado para oferecer alternativa aos castigos exagerados perpetrados por senhores em seus cativos, onde pagavam uma taxa (cento e sessenta réis por cem açoites) para que os escravos pudessem ser punidos “moderadamente” (Coaracy, 2008, p. 186). O habitantes da Corte logo se habituaram a ver chicotes a macular carnes negras no calabouço.

Dr. Abreu, em alguns momentos, usou sua influência para zelar pelo próximo. Modificou, de maneira positiva, a trajetória dos meninos Eduardo Teles de Magalhães e Jacinto Cândido Teles de Magalhães em um momento particularmente delicado de suas vidas.

35 EWBank, Thomas. *A vida no Brasil ou diário de uma visita no país do cacau e das palmeiras*. Rio de Janeiro: Conquista, volume 1, 1973, p. 179.

36 IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 830.68.

Ilmo. Exmo. Sr. Conselheiro Ministro da Guerra

O Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu, vem respeitosamente implorar de V. Exa. a Graça de mandar que sejam admitidos no Arsenal de Guerra da Corte³⁷ como Menores, os órfãos Eduardo Teles de Magalhães e Jacinto Cândido Teles de Magalhães, filhos legítimos de Cândido Teles de Magalhães ...

Os referidos menores são órfãos de mãe e tem de idade de 8 a 10 anos, e acham-se atualmente abandonados do seu pai, que desapareceu do Rio de Janeiro ao longo do tempo, ignorando-se o seu destino. Desprotegidos da fortuna, sem meios para viverem e educar-se, verdadeiros desvalidos, vem o Suplicante em nome destes infelizes implorar a caridade do Governo Imperial por ser um destes órfãos seu afilhado, esperando ser atendido em tão justo pedido.

[Espera receber mercê]

Rio de Janeiro, 11/01/1879

Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu³⁸

A solicitação foi atendida pelo ministro Manoel Luiz Osório³⁹, o marechal do exército marquês do Herval. Osório determinou a Aires Antônio de Moraes Âncora, tenente coronel do exército e diretor do Arsenal, que admitisse os irmãos Magalhães na instituição logo que surgisse uma vaga. Não foi a primeira vez que Abreu fez isso. Quatro anos antes, pleiteara o ingresso de Severino, fluminense, pardo, com pouco mais de 10 anos de idade, na Companhia de Menores do Arsenal de Guerra. Esse pedido também fora aceito⁴⁰.

Dr. Abreu foi nomeado, em 1878, 2º cirurgião do Hospital Militar da Corte, onde trabalhou

37 Havia no Arsenal de Guerra uma escola de aprendizes. Era para esta escola que o doutor Abreu tencionava enviar os irmãos Magalhães. Thomas Ewbank, cronista inglês que esteve, em 1846, em terras brasileiras, descreveu a escola de aprendizes nos seguintes termos: “Na oficina-escola, duzentos rapazes, de seis a treze anos, brancos, pretos, mulatos e índios formavam com suas mesas de trabalho uma única peça, como que modelada de granito. Aprendem leitura, escrita, aritmética e desenho. Aos quatorze anos, cada um escolhe o ofício que prefere seguir, dos que são praticados no arsenal. Este ofício então lhe é ensinado e o rapaz é engajado na artilharia. Desta maneira, o serviço público tem assegurado um suprimento de carpinteiros, serralheiros, seleiros, fundidores, maquinistas etc.”. EW BANK, Thomas. *Op. cit.*, p. 82.

38 AHEX, E 3-213, requerimento de Eduardo Augusto Pereira de Abreu.

39 Sobre a trajetória de Osório, cf. MAGALHÃES, J.B. *Osório: símbolo de um povo, síntese de uma época*. Rio de Janeiro/São Paulo/Belo Horizonte: Livraria Agir Editora, 1946; DORATIOTO, Francisco. *General Osório: a espada liberal do Império*. São Paulo: Companhia das Letras: 2008.

40 AHEX, E 3-213, requerimento de Eduardo Augusto Pereira de Abreu.

por oito anos. Morreu na manhã de 21 de outubro de 1892, aos 60 anos, vítima de septicemia. Seus amigos e parentes prestaram-lhe as últimas homenagens no Cemitério de São Francisco Xavier.

Abreu, como o cirurgião-mor Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, tinha paixão pelos livros. À noite, ao se recolher em um dos cômodos da casa da rua Riachuelo número 15, talvez, trouxesse nas mãos um tratado de medicina. Ou, simplesmente, o pensamento, como ave de plumagem cambiante, lhe conduzisse aos tempos vividos com Tomásia. Para além da capacidade imaginativa do historiador, o importante é registrar que, em meio a Guerra do Paraguai, dr. Abreu tornou-se um crítico do corpo de saúde do exército. Propôs, em mais de uma ocasião, uma reforma do referido corpo. Entretanto, suas considerações provinham menos de uma experiência concreta (em função do período diminuto que permaneceu em campo de batalha) do que da leitura de documentos e jornais sobre as condições do *front*.

Interesso-me em mostrar como a Guerra da Tríplice Aliança estimulou um debate em torno da organização do serviço de saúde do exército que, aliás, continuou após o silêncio dos canhões, estendendo-se aos anos iniciais da República. Dr. Abreu é parte desse processo histórico. Mais do que isso. Suas proposições ajudam a descortinar uma discussão que inquietou a classe médica daquele período. Antes de apresentar o projeto reformista de Abreu, mostrarei a estrutura e o funcionamento do corpo de saúde.

Organizou-se o serviço de saúde do exército⁴¹ a partir do decreto de abril de 1849, cuja produção ficou sob a responsabilidade do ministro e tenente coronel Manuel Felizardo de Souza e Melo. Nascido no Rio de Janeiro, em 1806, Melo formou-se em matemática pela Universidade de Coimbra. Teve intensa atuação política no Brasil imperial: foi presidente das províncias do Ceará, Maranhão, Alagoas, São Paulo e Pernambuco. Também foi deputado pela província fluminense (*idem*). O 1º artigo do decreto explicitava os cargos do serviço e suas respectivas patentes, a saber: 1 cirurgião-mor do exército (coronel); 2 cirurgiões-mores de divisão do exército (tenentes-coronéis); 6 cirurgiões-mores de brigada (majores); 32 primeiros-cirurgiões (16 poderiam ser graduados capitães e os demais, tenentes); 64 segundos-cirurgiões (32 poderiam ter a graduação de tenentes, e os outros, de alferes).

O 2º artigo determinava que o cirurgião-mor fosse reconhecido como o chefe do corpo de saúde do exército. O decreto do ministro Melo apresentava um problema: discorria apenas sobre o

41 Sobre o serviço de saúde do exército, cf. TOLEDO, Elisa Adriano. “Aspectos da formação do corpo de saúde militar no Brasil: conflitos e contradições” in: *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (2): 419-438, 2005; MOURA, Aureliano Pinto de. “O serviço de saúde do exército brasileiro da colônia ao império” in: *Revista de medicina militar*, ano XLI, n. 6, pp. 345-353. TEIXEIRA, Roberto C. da Motta. “Aspectos históricos da medicina militar na Guerra da Tríplice Aliança” in: *Problemas de medicina militar*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, v. 2, 1968. MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *História do serviço de saúde do exército brasileiro (1808-1911)*. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, v.1, 1963. SILVA, Arthur Lobo da. *O serviço de saúde do exército brasileiro: história evolutiva desde os seus primórdios até os tempos atuais*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1958.

quadro de oficiais (nada mencionava acerca da tropa).

No biênio 1849-1850, o Brasil sofreu muito com a epidemia de febre amarela. O mal amarílico atingiu no Rio de Janeiro 42 90658 pessoas⁴³. Destas 4160 foram ceifadas pela enfermidade⁴⁴. No entanto, algumas estimativas sublinhavam a morte de 14 ou 15 mil indivíduos na capital monárquica (Cooper, 1975, p. 679). Robert Christian Berthold Avé-Lallemant foi marcado profundamente pelas cenas aterrorizantes produzidas pela febre amarela. Avé-Lallemant nasceu em 1812, em Lübeck, Alemanha. Estudou medicina em Paris e em algumas regiões alemãs (Berlim, Heidelberg e Kiel). Viajou para o Brasil após a conclusão do curso e exerceu sua profissão em terras brasileiras de 1837 a 1855. Sua vida foi longa: morreu aos 72 anos em sua cidade natal (Ribeiro, 1992, p. 80). Tinha consciência, desde jovem, de quanta dor e sofrimento uma epidemia levava aos habitantes de uma cidade. Quando a cólera invadiu a Europa pela primeira vez, em 1826, pôde observar os estragos que provocou. Seu relato sobre a trajetória da epidemia no Rio de Janeiro é dramático: “A princípio caminhava muito devagar, porém caminhava com passo certo, quase de uma casa para outra ...”⁴⁵. A doença alcançou a rua da Misericórdia e as áreas vicinais. Contudo, não permaneceu aí. Espalhou-se vagarosamente para as regiões praieiras. Atingiu as praias da Saudade e da Gambôa. Mesmo “o beira-mar mais limpo da cidade, a praia do Flamengo, do Catete e Botafogo já forneciam alguns casos”.

Malgrado seguisse lentamente, de maneira repentina, “sua marcha torna-se muito rápida”. Segundo o médico: “Desde a rua da Direita até o campo da Aclamação a febre amarela percorre as ruas compridas ... Sem cerimônia ataca tudo, prostra tudo sobre o leito dos sofrimentos; há casas que nenhum indivíduo fica intacto; nenhuma idade; nenhum sexo dá um privilégio, uma isenção. Mas, coisa maravilhosa, se assim a epidemia não reconhece diferenças, se exerce o socialismo mais genuíno, o verdadeiro comunismo, sua companheira formidável, a morte, é muito mais eclética,

42 Para uma análise do Rio de Janeiro oitocentista, cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. “Rio de Janeiro: da urbe colonial à cidade dividida” in: PINHEIRO, Augusto Ivan de Freitas (organizador). *Rio de Janeiro: cinco séculos de história e transformações urbanas*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2010. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990a; BERNARDES, Lysia M. C.. “Evolução da paisagem urbana do Rio de Janeiro até o início do século XX” in: ABREU, Maurício de Almeida (organizador). *Natureza e sociedade no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria de Cultura Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992; CARVALHO, Delgado de. *História da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1988; COARACY, Vivaldo. *Memórias da cidade do Rio de Janeiro – quatro séculos de história*. Rio de Janeiro: Documenta História, 2008; LOBO, Eulália Maria Lahmeyer. *História do Rio de Janeiro: do capital comercial ao capital industrial e financeiro*. Rio de Janeiro: IBMEC, 2 volumes, 1978; ENDERS, Armelle. *A história do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2009.

43 REGO, José Pereira. *História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850*. Rio de Janeiro: Typ. Nacional de Francisco de Paula Brito, 1850, p. 159.

44 REGO, José Pereira. *História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850*. Rio de Janeiro: Typ. Nacional de Francisco de Paula Brito, 1850, p. 159.

45 AVÉ-LALLEMANT, Robert. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. De Francisco de Paula Brito, 1851, p. 9.

muito mais caprichosa”⁴⁶. Referir-se-ia à predileção da enfermidade por estrangeiros. Morreram portugueses, franceses, alemães, italianos (a ópera italiana se calara em virtude do falecimento de alguns de seus integrantes).

Muitos empregados de casas comerciais morreram ou adoeceram. “Havia casas de comércio que por pouco ou mais tempo ficavam inteiramente fechadas”. Um guarda-livros de uma casa alemã escreveu as seguintes palavras para um interlocutor na Europa: “Sou o único neste instante que não está doente em casa”. Não durou muito tal exclusividade: logo após produzir aqueles vocábulos, conheceu o mundo dos mortos. Toussaint-Samson, francesa que, com o esposo, vivenciou os horrores da praga amarela, exporia o seu drama: “Chegados havia apenas três meses, sem conhecer ninguém na cidade, quase não vendo os parentes com quem nos hospedáramos ao chegar, sem médico, sem criado, com muito pouco dinheiro e um filho de dezoito meses que eu acabara de desmamar, assim era nossa situação. Meu marido teve de ficar acamado, e eu o tratava como tratava a mim mesma. Aquele que se sentia melhor levantava-se para cuidar da alimentação da criança que, felizmente, não foi atingida”⁴⁷. Marido e mulher sobreviveram à moléstia. Entretanto, nem todos os estrangeiros tiveram a mesma sorte do casal. O mal amarílico devastou inúmeros imigrantes.

Os populares, diante do impacto provocado pela febre amarela no Rio de Janeiro, compreenderam a epidemia por uma perspectiva religiosa. Diziam que, em razão do comportamento desregrado e pecador dos cariocas, Deus (revelando toda a sua ira) enviara a praga amarela para puni-los. Com o objetivo de aplacar a cólera divina, as irmandades organizaram procissões de penitência em louvor a São Roque, São Sebastião e demais santidades⁴⁸. A população esperava conter o mal amarílico através das rezas e preces (Chalhoub, 1996, p. 63). Toussaint-Samson relata

46 AVÉ-LALLEMANT, Robert. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. De Francisco de Paula Brito, 1851, p. 9.

47 TOUSSAINT-SAMSON, Adèle. *Uma parisiense no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Capivara, 2003 (1883), p. 95.

48 Jean Delumeau explicita como, do ponto de vista do imaginário, os indivíduos associavam a ofensiva epidêmica (rápida e inesperada) às flechas do Senhor encolerizado. “Porque são Sebastião morrera crivado de flechas”, diz o historiador, “as pessoas convenceram-se de que ele afastava de seus protegidos as da peste”. DELUMEAU, Jean. *A história do medo no ocidente 1300-1800*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, 116. Os santos eram tidos como protetores; contudo, também podiam ser vingativos. Pelo menos esta era a visão dos devotos de São Benedito que viviam no Rio de Janeiro. No ano de 1849, o andor de São Benedito não figurou na “procissão das cinzas”, realizada anualmente (tal procissão marcava o começo da Quaresma). Uma multidão participava do cortejo que destacava-se (entre outras cousas) pelos “andores imponentes e ricamente ornados ...”. Naquele ano, entretanto, a tradicional padiola ornamentada com a imagem do santo não estava presente. De acordo com Vivaldo Coaracy, “... alguns Terceiros, mais suscetíveis às distinções de pigmento, cismaram que 'branco não carrega negro nas costas, mesmo que seja Santo'. A esdrúxula noção contaminou, por imitação ou timidez, a confraria e São Benedito não teve quem lhe levasse o andor”. COARACY, Vivaldo. *Memórias da cidade do Rio de Janeiro: quatro séculos de história*. Rio de Janeiro: Documenta Histórica, 2008. Quando a febre amarela começou a grassar na capital monárquica, algumas beatas não tardaram a disseminar a ideia de que a enfermidade nada mais era do que uma vingança de São Benedito. O santo não perdoara tamanho desprezo. De acordo com Cláudia Rodrigues o fato dos crioulos e africanos resistirem mais à praga amarela do que os brancos (brasileiros e estrangeiros) pode ter fortalecido a imagem do “santo vingador” junto a alguns cariocas. RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997, pp. 43-44.

que “... grandes procissões percorriam a cidade todos os dias para pedir a Deus o fim do flagelo”⁴⁹. Figuras ilustres da sociedade fluminense engrossavam a massa dos lamentadores. Em abril de 1850, a Irmandade do Senhor dos Passos organizou uma procissão que contou com a presença do próprio monarca – os ministros da guerra, da fazenda e da justiça também estavam presentes no evento religioso (Rodrigues, 1997, p. 46).

Naquelas circunstâncias dramáticas, o governo criou a Junta de Higiene Pública, renomeada, em 1851, Junta Central de Higiene Pública. Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul formaram suas próprias juntas (Fonseca, 2008, pp. 40-42). O objetivo da Junta Central era evitar novas crises epidêmicas. Enviava comissões a outras províncias caso demandassem algum tipo de auxílio. Seus componentes eram: um presidente (indicado pelo governo); um inspetor do Instituto Vacínico do Império; uma comissão de engenheiros formada por quatro oficiais; e dois cirurgiões-mores da marinha e do exército.

Em 1855, outra doença epidêmica disseminou o terror em terras brasileiras: a cólera⁵⁰. Inédita no Brasil até então, matou 130940 pessoas em várias partes de seu território⁵¹. Na Bahia faleceram em torno de 30000 indivíduos⁵². Foi impressionante a desorganização social provocada pela peste de Ganges⁵³ em algumas cidades baianas. O médico José Lobo Vianna, referindo-se a

49 TOUSSAINT-SAMSON, Adèle. *Uma parisiense no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Capivara, 2003 (1883), p. 93. A imigrante francesa nos dá mais detalhes: “À frente da procissão, caminhavam meninas vestidas de branco. Quando se chegava a uma praça pública, um banco era imediatamente levado para o meio da praça e nesse banco subia uma das meninas, que recitava em voz alta a prece, que todos repetiam depois dela”. O som enfadonho se espalhava pelas ruas do Rio de Janeiro. Nas palavras de Toussaint-Samson: “Nada mais lúgubre que essas litâneas, salmodiadas num tom monótono e as únicas a vir romper, de tempos em tempos, o triste silêncio que pairava sobre a cidade!”. *Idem*.

50 Sobre a crise epidêmica de 1855, cf. DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia na Bahia do século XIX*. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 1993 (Dissertação de Mestrado); BELTRÃO, Jane. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Pará: Editora Universitária do Pará/Goeldi Editoração, 2004; DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *Cólera: representações de uma angústia coletiva: a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Campinas: Unicamp, 1997, 2 volumes (Tese de Doutorado); NETO, Amâncio Cardoso dos Santos. *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cólera (1855-1856)*. Campinas: Unicamp, 2001 (Dissertação de Mestrado). Antônio Correa de Lacerda, médico português (que vivera no Grão-Pará), em uma conferência realizada na Sociedade de Medicina de Marselha, em 1832, argumentou que a cólera já existia, endemicamente, em sua terra de origem e na província grão-paraense antes daquele ano. No Grão-Pará observara 'muitos doentes enfraquecidos por diarreias e disenterias esporádicas que se transportassem para esse momento [1832] em alguns lugares devastados pela Cholera-morbus, se deveria considerá-lo atingidos por essa mesma doença', cf. SANJAD, Nelson. “Cólera e medicina ambiental no manuscrito 'Cholera-morbus' (1832), de Antônio Correa de Lacerda (1777-1852)” in: *História, ciências, saúde – Manguinhos*, vol. (3), set.-dez., 2004. No trabalho *Annals of cholera from the earliest periods to the year 1817*, de 1884, MacPherson afirmava que a cólera esteve presente no Brasil em 1658. Tal informação nos é dada por Dhiman Barua, cf. BARUA, Dhiman. “History of cholera” in: BARUA, Dhiman & GREENOUGH III, William B.. *Cholera*. New York: Plenum Medical Book Company, 1992. Os relatos sobre a presença da cólera em terras brasileiras antes de 1855 são episódicos. A moléstia, aparentemente, não grassou entre nós antes daquela data.

51 ALBUQUERQUE JÚNIOR. Estevão Cavalcanti de. *These*. Rio de Janeiro: Typographia universal Laemmert, 1856, p. 37.

52 ALBUQUERQUE JÚNIOR. Estevão Cavalcanti de. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal Laemmert, 1856, p. 37.

53 Há tempos a moléstia reinava endemicamente em Bengala, propagando-se com alguma regularidade daí para outras partes da Índia, por meio, sobretudo, de peregrinações e festas religiosas às margens do rio Ganges. Donde a doença tornou-se também conhecida como *Peste de Ganges*, cf. LEWINSON, Rachel. *Três epidemias: lições do passado*. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2003, p. 112.

Cachoeira e Santo Amaro, registrou: “os míseros doentes desamparados por seus amigos e parentes morriam no mais completo abandono. Centenares de cadáveres apodreciam insepultos no interior das casas e a emigração aumentava-se cada dia a mais pelo terror, desânimo, tumulto, horror e desamparo”⁵⁴. Propagaram-se boatos segundo os quais a enfermidade era contagiosa. O pânico se assenhoreou dos habitantes de Cachoeira, inclusive dos facultativos, os primeiros a abandonar a área.

No Rio de Janeiro (o município neutro incluso), a cólera fez 9288 vítimas fatais⁵⁵. Foi terrível a situação vivenciada pelos habitantes de Vila Iguaçú⁵⁶. Nos vocábulos de um homem das camadas populares: “De dia em dia mais se aumenta nosso horror; as mortes já tem sido numerosas, pois montam ao número de 50 os que nesta tão diminuta povoação tem sucumbido aos golpes da epidemia. Todas as embarcações que entretém o comércio da vila estão paradas, ou seja por causa da mortalidade dos escravos que as tripulam, ou por se acharem enfermos outros; e então além da peste, estamos ameaçados da cruel fome! Que desgraça! Nem médicos, nem remédios para os pobres, e nem autoridades já temos”⁵⁷.

Os moradores de Vila Iguaçú, durante a ofensiva da cólera, como ocorrera seis anos antes ao longo da epidemia de febre amarela também procuraram conforto na religião. Uma matéria estampada no *Jornal do Commercio* (cujo autor se autodenominava “um pecador”), em 18 de setembro de 1855, dizia: “Os habitantes desta vila estão nimiamente aterrorizados pela ira divina, que parece querer punir nossas culpas”⁵⁸. O texto, após mencionar a alta mortalidade de escravos, sobretudo entre os que navegavam em direção à Corte e passavam pela Ilha do Governador, registrava: “Todas essas noites têm havido fervorosas preces, percorrendo as ruas da vila as imagens da igreja matriz; e o povo [em] geral descalço acompanha seu digno vigário, jovem ainda, mas dotado de reconhecidas virtudes ...”⁵⁹.

Os escravos, como afirmava “um pecador”, eram as principais vítimas⁶⁰. Contraíam a

54 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857, pp. 16-17.

55 ALBUQUERQUE JÚNIOR. Estevão Cavalcanti de. *These*. Rio de Janeiro: Typographia universal Laemmert, 1856, p. 37.

56 No final do século XVIII, a região do Iguaçú era composta pelas seguintes freguesias: Nossa Senhora do Marapicu, Santo Antônio de Jacutinga, São João de Meriti, Nossa Senhora da Piedade de Iguaçú e Nossa Senhora do Pilar do Iguaçú – parte daquela região se transformara, em 1883, no município de Iguaçú (ou Vila Iguaçú). Sobre a região de Iguaçú, cf. GOMES, Flávio dos Santos. *História de quilombolas: mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro, século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006, pp. 27-31

57 “Correspondências – Vila Iguaçú” in: *Jornal do Commercio*, 29 de setembro de 1855.

58 “Vila de Iguaçú” in: *Jornal do Commercio*, 18 de setembro de 1855.

59 “Vila de Iguaçú” in: *Jornal do Commercio*, 18 de setembro de 1855.

60 Ao analisar a epidemia de 1832 na Virgínia, Todd L. Savitt reconheceu que a cólera era mais destrutiva no homem negro do que no branco. SAVITT, Todd L.. *Medicine and slavery: the diseases and health care of blacks in Antebellum Virgínia*. Chicago: University of Illinois Press, 1981, pp. 226-240. Kenneth F. Kiple chegou a mesma conclusão ao perscrutar a atuação do flagelo colérico, em 1850, na região do Caribe. A mortalidade cativa foi elevada ali (em Cuba, naquele ano, morreram entre 24 mil e 34 mil escravos negros). KIPLE, Kenneth F.. “Cholera and race in the Caribbean” in: *Journal of Latin American studies*, 1985. Para informações sobre a relação entre doença e escravidão conferir KARASCH, Mary C.. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000; SHERIDAN, Richard B.. *Doctors and slaves: a medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

doença com mais frequência do que os brancos e morriam mais frequentemente que eles. A tese de Kenneth Kiple e Virginia King lançam luz sobre esta problemática (1981, pp. 155-156). Na compreensão dos autores, os estudos mostraram que a acidez estomacal dos homens lograva destruir o vibrião colérico. A diminuição da acidez do estômago, ao contrário, possibilitava o desenvolvimento do bacilo da cólera. Segundo Kiple e King, as condições de trabalho no sul dos Estados Unidos (área caracterizada pela presença de *plantations*) favoreceram a multiplicação do microorganismo no intestino dos escravos. De acordo com os pesquisadores, uma grande quantidade de água consumida de uma única vez, facultava uma redução temporária da acidez estomacal. A redução era suficiente para que o vibrião alcançasse, incólume, o intestino delgado dos cativos. Neste local a bactéria crescia demograficamente.

Pode-se concluir, baseado em tais reflexões, que a água ingerida pelos escravos (mas também por homens de cor livres e empobrecidos) a partir dos rios próximos às fazendas do interior fluminense não era apenas contaminada; o líquido consumido em grandes goles também reduzia a acidez do estômago e possibilitava o progresso do flagelo colérico nos pretos. A teoria de Kiple e King pode ser aplicada à Corte imperial. Registre-se que a epidemia de 1855 irrompeu em um contexto de ampliação das bicas públicas e dos chafarizes na cidade carioca (Ritta, 2009, pp. 83-95).

Os autores trataram a questão por meio de uma outra perspectiva. A má nutrição dos negros também promoveria uma redução da acidez estomacal. Em seu livro sobre a escravidão no Caribe, Kiple lembra que médicos judeus identificaram tal fenômeno biológico em seus pacientes no Gueto de Varsóvia, edificado pelo nazistas na Polônia, durante a Segunda Guerra Mundial. Os doutores notaram que eles tinham uma ausência “quase total de acidez no estômago” (Kiple, 1984, pp. 147-148). Doravante, este fenômeno foi reconstruído pela Universidade de Minnesota através de experiências feitas em voluntários. As teses médicas sobre a higiene dos escravos no Rio de Janeiro sugerem que a alimentação dos cativos nas fazendas era bastante precária⁶¹. A dieta dos escravos da cidade, por sua vez, não devia ser muito melhor do que a dos cativos do campo (e é provável que

61 Em sua tese, defendida em 1849 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, José Rodrigues de Lima Duarte assinalou a leviandade dos fazendeiros no que tocava à alimentação dos escravos. Sobre a enfermidade dos cativos, Duarte considerava o vetor localidade menos relevante do que uma dieta equilibrada. “Senhores há, que fazem consistir o sustento de seus escravos unicamente no feijão cozido sem nenhum outro condimento, e isto mesmo uma vez ao dia; outros o substituem por certas ervas, a que dão o nome de *caruru* ou abóbora, e se alguma vez por acaso lhes dão carne, é de animais mortos pela peste, ou já corrompida pelo tempo. Quiçá parecerão ao leitor exageradas estas nossas proposições, porém consultem a este respeito a homens conscienciosos, e eles lhe asseverarão o que dissemos. É esta uma das causas bem ponderosas a que devemos atribuir a anemia e opilações tão comuns entre os escravos, as hepatites, as diarréias crônicas, e a grande porção de afecções verminosas, sobretudo na tenra idade. Proprietários existem, que reportam todas estas enfermidades tão somente às localidades, para deste modo acobertarem o mau trato que dão a seus escravos. Não queremos dizer com isto que a localidade não tenha grande influência sobre a economia, porém procure-se a fonte principal de tais enfermidades, que iremos acabar na má alimentação ...”. DUARTE, José Rodrigues de Lima. *Ensaio sobre a escravatura no Brasil*. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1849 (Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro).

a alimentação dos negros forros, salvo exceções, carecesse igualmente das vitaminas mais essenciais ao corpo humano). Talvez, esta seja uma chave analítica importante para se pensar a alta mortalidade dos pretos em decorrência da cólera.

A predileção da cólera por vidas escravas inquietou alguns fazendeiros. Boatos sugeriam que proprietários rurais objetivavam transferir seus escravos para a Corte⁶², de sorte a protegê-los da doença. Pelo menos um deles colocou tal transferência em marcha. Eram oferecidos produtos aos donos de escravos para evitar que a quadra epidêmica atingisse seu plantel. Um dos mais anunciados no *Jornal do Commercio* era o “sapato anticolérico”⁶³. Associava-se o adoecimento ao resfriamento dos pés. As matérias diziam que os cativos tornavam-se mais vulneráveis à peste de Ganges por andarem descalços.

As epidemias de febre amarela e cólera transformaram a visão apregoada pelos médicos segundo a qual o país estaria livre de crises epidêmicas existentes alhures. Donde a fala do dr. Vianna: “[o] Brasil era outrora decantado pela sua salubridade, mas hoje mui rara é a moléstia estrangeira que não o tenha vindo visitar; e apesar de pagarem o tributo de hospedagem, isto é, de não manifestarem-se com o mesmo furor e intensidade que em seus países natais; contudo, vão dizimando a nossa população e enraizando-se no nosso clima”⁶⁴.

As duas epidemias engendraram um desequilíbrio social importante, talvez, sem precedentes no Brasil. Em ambas, o número de mortos foi alarmante. A febre amarela não poupou os imigrantes, ao contrário, sua foice perseguiu-os implacavelmente. Os hospitais ficaram lotados

62 Algumas matérias de jornal chamavam a atenção para os perigos subjacentes ao deslocamento dos cativos para a cidade. De acordo com uma delas, os fazendeiros arriscavam-se a perder “seus escravos tirando-os repentinamente da vida e [do] ar livre do campo” para conduzi-los a “casas acanhadas e ruas estreitas” da Corte imperial, ou seja, “para o foco da epidemia”, cf. “Moléstia reinante” in: *Jornal do Commercio*, 27 de setembro de 1855. Francisco de Paula Cândido, presidente da Junta Central de Higiene Pública, ao escrever para o mesmo periódico em 27 de setembro de 1855, da rua da Lapa, número 101, alertava os proprietários rurais para que não movessem seus cativos em direção aos espaços urbanos. As mudanças bruscas de domicílio (e as variações climáticas que lhe acompanhavam) podiam comprometer a saúde dos escravos.

63 Em 25 de setembro de 1855, “um experiente” publicou no *Jornal do Commercio* um anúncio sobre o “sapato anticolérico”. Suas palavras: “CALÇADOS PARA ESCRAVOS ... É geralmente conhecido que a moléstia reinante tem atacado com mais influência a escravatura, devido a esta andar descalça, e assim com os pé resfriados, lembramos pois aos Srs. possuidores de escravos que muita vantagem tirarão de os trazerem calçados enquanto nos flagela a epidemia atual, encontrando para esse fim sapatos grossos e muito próprios, pelo módico preço de 1\$500, na sapataria da rua do Carmo nº 51A. Um experiente”. Dois dias depois, no mesmo periódico, lia-se o texto que se segue: “ESCAVOS CALÇADOS ... Depois que adotei o sistema de trazer os meus escravos calçados, livrando-os assim das umidades, tenho obtido um resultado inexplicável no seu estado sanitário, tendo para este fim encontrado sapatos grossos a 1\$500 o par na sapataria da rua do Carmo nº 51A, onde encontrei para mais de 2000 pares para escolher; este abundante estabelecimento me leva a fazer esta recomendação às pessoas que quiserem resguardar seus escravos das umidades e frieza da terra; é um ato de caridade para com o Todo Poderoso e benefício próprio dos senhores que os possuem”. É provável que o próprio sapateiro da rua do Carmo (seu nome original era rua Detrás do Carmo, por passar pelos fundos do convento homônimo) tenha escrito as duas matérias anteriores. Aparentemente, ele objetivava obter ganhos financeiros com a epidemia. Era ambicioso. Expunha um corpo variado de sapatos anticoléricos (“mais de 2000 pares para escolher”). É relevante registrar que a existência de pessoas interessadas em vender produtos supostamente capazes de proteger os escravos do flagelo colérico é um indicativo de que havia senhores dispostos a comprá-los, portanto, preocupados com a saúde de seus cativos naquele contexto epidêmico.

64 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de N. Lobo Vianna e filhos, 1857, pp. 16-17.

com pacientes a sofrer os sintomas do mal amarílico, especialmente a mudança da coloração da tez e o terrível vômito negro. A cólera, por seu turno, como um anjo vingador, matava em larga escala os escravos, negros livres ou forros. Em poucas horas, após expressiva perda de líquido diarreico, os coléricos faleciam. Em cidades baianas e no interior do Rio de Janeiro, o desespero tomou conta das pessoas horrorizadas em face ao acúmulo de cadáveres nas ruas. Tal desorganização exigiu a atuação das autoridades, principalmente dos membros da Junta Central de Higiene Pública. O cirurgião-mor do exército, um de seus integrantes, uniu forças com médicos civis com o objetivo de conter a peste de Ganges.

No momento da chegada do flagelo colérico, o cirurgião-mor era o dr. Antônio José Ramos - ocupou o cargo de julho de 1849 a dezembro de 1856 (Silva, 1958, pp. 37-38; Mitchell, 1963, pp. 131-148). O coronel Ramos participara de inúmeros enfrentamentos militares ao longo de sua carreira. Ajudou o governo imperial a debelar, em 1824, a Confederação do Equador. Lutou, no ano seguinte, contra as Províncias Unidas do Prata. Atuou, dez anos depois, na Guerra dos Farrapos. Combateu, em 1842, os liberais rebelados na província de São Paulo. Encontrou a morte catorze anos após debelar os paulistas. Aparentemente empregava, com esmero, seus conhecimentos médicos no tratamento da soldadesca.

Ramos não se acomodou diante da presença da cólera na capital do império. Em 15 de outubro de 1855, solicitou ao farmacêutico Ezequiel Correia dos Santos uma “ambulância”, termo usado à época para definir uma caixa com medicamentos. Dirigiu-se, ato contínuo, ao “Arsenal de Guerra para obter com a maior prontidão as camas e roupas” que foram ali preparadas por determinação de Luiz Alves de Lima e Silva, marquês de Caxias⁶⁵ e ministro da guerra de então. Os objetos adquiridos se destinavam aos coléricos abrigados em hospital estabelecido na fábrica de pólvora por ocasião da epidemia⁶⁶. A indústria foi edificada, quarenta e seis anos antes, em uma área desapropriada na qual ficava o engenho de Rodrigo de Freitas de Melo e Castro (seu nome foi dado a lagoa aí existente que os índios chamavam Sacopenapã). Associou-se a área⁶⁷ ao nome da indústria – “arraial da Fábrica da pólvora”⁶⁸.

Ramos, em companhia do dr. José Tomás de Lima, chegou à fábrica na manhã do dia 16 de outubro. Encarregou-se, auxiliado pelo diretor da mesma, de inspecionar a casa na qual funcionava o hospital desde o dia 5. Sua avaliação não foi das melhores: “não sendo com efeito forrada nem

65 Para informações acerca da biografia de Luiz Alves de Lima e Silva, cf. MORAES, E. Vilhena. *O Duque de Ferro: novos aspectos da figura de Caxias*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2003; SOUZA, Adriana Barreto de. *Duque de Caxias: o homem por trás do monumento*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. O texto de Barreto oferece informações originais sobre a atuação de Caxias em território nacional, mais especificamente, no combate à “Crise de Julho de 1831” e às rebeliões regenciais. Contudo, a historiadora não analisa a participação de Caxias na Guerra do Paraguai.

66 AN, IG 6 14, documentos 4 e 8.

67 A região recobre, hoje, o Jardim Botânico, nobre bairro carioca.

68 AN, IG 6 14, documentos 4.

assoalhada, tendo pouco pé direito e janelas acanhadas, não está [em boas] condições higiênicas para o tratamento dos doentes”⁶⁹. Diante desse quadro, visitou com o diretor “todos os edifícios [da circunvizinhança], que pareciam por sua aparência, oferecerem capacidade para melhor estabelecimento de um Hospital”. Contudo, entendeu que estes edifícios “não eram também forrados e assoalhados, e alguns muito úmidos”. Havia apenas dois locais interessantes: a residência do diretor e o “palacete imperial” (o texto não esclarecia onde ficava este palacete)⁷⁰. Aí o diretor já instalara uma enfermaria para os coléricos. Entretanto, o espaço não tinha condições de acolher o número de enfermos existentes. Havia outro problema: “[o palácio] só serviria inutilizando-se a sala, camarim e mais peças ocupadas por S. M. o Imperador e Sua Augusta Família, sendo mesmo necessário inutilizar ou arruinar muito dos móveis e ornamentos das referidas peças ...”⁷¹.

Desativou-se a enfermaria do palacete imperial e seus doentes foram removidos para a residência do diretor da fábrica de pólvora. Em 17 de outubro, tornou-se tal residência um novo hospital em substituição ao nosocômio criado doze dias antes, cuja casa foi considerada inadequada pelo cirurgião-mor. Organizou-se o serviço médico no hospital recém-criado da seguinte forma: o 1º cirurgião e capitão Antônio Joaquim Lopes Lira era o responsável pelo nosocômio, e os facultativos José Tomás de Lima e Henrique José Pires se encarregaram da enfermaria. Os doutores Lima e Pires trabalhavam em dias alternados e contavam com o apoio de um praticante⁷².

O cirurgião-mor “concorria nos trabalhos médicos” e supervisionava o funcionamento do serviço. Embora a casa do diretor fosse a mais ideal para o atendimento dos coléricos, não poderia “acomodar grande número de enfermos”. Assim, “ele mandou forrar e assoalhar com toda urgência uma das antigas oficinas ao pé da refinaria velha ...”. Instalou-se, de acordo com o dr. Ramos, um “ótimo hospital” na localidade, com dois salões espaçosos, que reuniam 50 a 60 enfermos. Contava ainda com cozinha, dois grandes quartos e água encanada. Ambos hospitais ficavam na fábrica de pólvora. Note-se que o Rio de Janeiro não estava preparado (assim como outras províncias) para lidar com crises epidêmicas. Os representantes do governo (dentre eles o chefe de saúde do exército) tiveram que, às pressas, através de ensaios e improvisações, criar enfermarias e hospitais para o atendimento dos doentes. Não havia um sistema de saúde pública verdadeiramente estruturado. Este dava (entre avanços e recuos) os seus primeiros passos.

69 AN, IG 6 14, documentos 4.

70 AN, IG 6 14, documentos 4.

71 AN, IG 6 14, documentos 4.

72 AN, IG 6 14, documentos 8.

Tabela 1

Movimento da enfermaria dos coléricos na fábrica de pólvora (5 de Outubro de 1855 até 8 de novembro de 1855)	Soldados	Livres	Libertos da Fábrica	Escravos
Entraram	10	86	47	59
Saíram	6	68	26	16
Morreram	3	18	20	40
Ficam	1	0	1	3

Mapa elaborado pelo doutor Antônio Joaquim Lopes Lira, capitão e 1º cirurgião do corpo de saúde do exército (fonte: IG 6 14, documento 8, Arquivo Nacional)

A peste de Ganges forçou o corpo de saúde do exército a agir rápido. O cirurgião-mor, além de implementar hospitais, providenciou roupas, camas e medicamentos aos enfermos. Foram dias de muito trabalho para os médicos Ramos e Lira, que pareciam não se deixar influenciar pela aversão à labuta manual tão comum entre os seus pares (embora tal fenômeno em nenhum sentido fosse uma exclusividade da classe médica). Brancos nacionais e portugueses, pardos livres, pretos escravos e forros (as principais vítimas) passaram pelas mãos de Antônio Joaquim Lopes Lira⁷³. Dr. Lira parece ter cumprido de maneira competente sua tarefa. Seu nome foi louvado nas páginas do *Jornal do Commercio*.

⁷³ AN, IG 6 14, documentos 6.

FÁBRICA DA PÓLVORA

Certamente deixaria de cumprir um dever, esse o mais sagrado, se não recorresse à imprensa patenteando ao respeitável público o zelo, atividade e humanidade que caracterizam a pessoa do [Ilmo.] Sr. Dr. Antônio Joaquim Lopes Lira, digno facultativo da fábrica da pólvora, pelo procedimento que esse distinto médico há tido na quadra atual, que tanto se há prestado quer aos empregados da fábrica e suas famílias em suas habitações, como a muitos outros indivíduos estranhos ao estabelecimento da referida fábrica, acudindo imediatamente a qualquer chamado e a qualquer hora da noite, bastando muitas vezes constar-lhe que algum indivíduo se acha afetado da moléstia reinante, prontamente se presta, aplicando com suas próprias mãos os medicamentos necessários, [assim], protegido pela divina providência, muitos infelizes têm salvado: e como tais serviços jamais poderão ser desconhecidos pelos habitantes da mesma fábrica e seus subúrbios, rogo haja de inserir na sua acreditada folha estas poucas linhas em sinal de gratidão.

Aceite pois o mesmo Sr. doutor os sinceros agradecimentos de um que eternamente reconhecerá as virtudes de que S. S. é possuidor.

Um agradecido.

Fábrica da pólvora, 25 de outubro de 185574.

O impacto das epidemias de febre amarela e cólera impulsionaram a organização do corpo de saúde do exército. Na condição de membro da Junta Central de Higiene Pública, o cirurgião-mor Antônio José Ramos ajudou os médicos civis a aplacarem a cólera. Não encontrei registros de que o facultativo tivesse participado do combate à febre amarela. Provavelmente, não. Dr. Ramos foi reconhecido como membro da Junta Central em 14 de setembro de 1850 (pelo artigo 3º do decreto nº 598), e começou a exercer suas funções em 19 de dezembro do mesmo ano (Mitchell, *op. cit.*, p. 134). A epidemia de febre amarela três meses antes fora praticamente extinta (Ribeiro, *op. cit.*, p. 91).

Naqueles tempos de crise, tornaram-se mais evidentes as fragilidades da corporação médica militar sob a chefia do dr. Ramos. Donde compreende-se o motivo pelo qual, após o decreto do ministro Manuel Felizardo de Souza e Melo, de abril de 1849, se implementou um rosário de regulamentos de larga importância para a estruturação do serviço de saúde. Contudo, um outro fator contribuiu para a montagem do corpo de saúde do exército: os conflitos na Bacia Platina. Passo a analisá-los a partir de agora.

Em 1829, Juan Manuel Rosas tornou-se o novo governante de Buenos Aires. Dois anos depois, construiu a Confederação Argentina ao firmar o pacto de 1831 com outras lideranças

74 Correspondência - "Fábrica da Pólvora" in: *Jornal do Commercio* 26 de outubro de 1855.

provinciais. A Confederação alicerçava-se no federalismo, leia-se, em uma autonomia política para as províncias. Entretanto, cabia a Rosas definir a política externa do país. Enquanto esteve no poder, garantiu a ordem pública em Buenos Aires, viabilizou negócios e respeitou os direitos dos estrangeiros, inclusive o de propriedade. Conseguiu encontrar um equilíbrio entre a preponderância de Buenos Aires e a autonomia das demais províncias. Foi festejado ao implementar a Lei das Aduanas, em 1835, segundo a qual proibia-se a importação de vários produtos, de sorte a garantir uma política protecionista (Bandeira, 1998, p. 58).

Cometeu, todavia, dois erros que lhe custaram caro: a) negou-se a nacionalizar as rendas alfandegárias de Buenos Aires; b) determinou que as relações comerciais na Bacia Platina ficassem centradas no porto de Buenos Aires. Daí o fechamento do Rio da Prata e de seus afluentes aos navios estrangeiros. Tencionava controlar o porto de Montevidéu de modo a impedir que se transformasse em uma alternativa ao comércio na Bacia Platina. Objetivava, ao colocar tal política externa em marcha, submeter o Uruguai (onde apoiava a luta dos blancos contra os colorados) e o Paraguai (dependente do porto de Montevidéu em função da ausência de uma saída para o mar) ao governo radicado em Buenos Aires (*idem*, pp. 58-59).

O império brasileiro inquietou-se com o desejo expansionista de Rosas. O fechamento dos rios platinos era inaceitável visto que implicava no isolamento do Mato Grosso. A comunicação entre Rio de Janeiro e Mato Grosso, por não haver estradas férreas ligando tais províncias, se dava através do Rio da Prata e de seus tributários. Urgia, portanto, a derrubada de Rosas.

Se o “tirano” (como a historiografia oficial consagrou Rosas) desagradou o Brasil imperial, o mesmo ocorreu com algumas províncias da Confederação Argentina, por exemplo, Corrientes e Entre Rios. Justo José de Urquiza, governador de Entre Rios, não tolerava o desrespeito ao federalismo e não se dispunha a pagar impostos a Buenos Aires. Nessas circunstâncias, não tardou para que fosse costurada uma aliança entre Urquiza e Pedro II (Tasso Fragoso, 1956, volume 1, pp. 48-49). Avizinhava-se uma conflagração. A iniciativa partiu de Rosas. Em 18 de agosto de 1851, declarou guerra ao império brasileiro. Contudo, em 3 de fevereiro do ano seguinte, os soldados de Urquiza e do general Manuel Marques de Souza derrotaram as forças de Rosas na batalha de Caseros (Bandeira, *op. cit.*, p. 72). As tropas do governador de Buenos Aires ofereceram pouquíssima resistência (somente 2100 homens tomaram mortos ou feridos em um conjunto de 50 mil combatentes). Quiçá, Rosas esperasse uma intervenção da Inglaterra. No entanto, os ingleses jamais acorreram para salvá-lo.

Um ano antes da declaração de guerra, o Brasil imperial já mantinha uma relação sobremaneira tensa com o governador de Buenos Aires. A relação com o general Manuel Oribe,

caudilho uruguaio e aliado político de Rosas, também estava longe de ser ideal⁷⁵. As turbulências políticas na Bacia Platina levaram dr. Ramos a robustecer o corpo de saúde do exército. Propôs ao governo imperial, em 22 de fevereiro de 1851, um programa para a admissão de facultativos pois tinha dificuldades para recrutar médicos (Mitchell, *op. cit.*, pp.135-136). O regulamento definia que só ingressariam na corporação médica do exército mediante concurso (medida inexistente no decreto de abril de 1849). Além disso, precisavam comprovar três anos de experiência. O concurso ocorreria em um hospital militar perante uma comissão formada pelos agentes sociais que se seguem: dois oficiais do serviço de saúde, o cirurgião-mor do exército (presidente da comissão) e seu secretário (cujo trabalho era registrar todo o processo).

O artigo 3º expunha as três matérias sobre as quais os candidatos deveriam comprovar conhecimento (*idem*, p. 136): a) “Clínica médica e cirúrgica, escrevendo cada um dos candidatos a história, diagnóstico, terapêutica e prognósticos da enfermidade que observar no doente, que pelo presidente da comissão lhe for designado” ; b) “Medicina operatória, devendo os candidatos praticar no cadáver as operações que lhe saírem por sorte”; c) “Considerações sobre higiene militar e sobre o sistema de ambulâncias e Hospitais de Campanha”. Os candidatos teriam 20 minutos para responder as perguntas feitas pelos integrantes da comissão.

O artigo 5º estabelecia os termos da apuração do concurso: “Findos os exames, a comissão de portas fechadas, e por escrutínio, votará sobre cada candidato e cada uma das provas, classificando-as de [ótima, boa, sofrível e má], segundo o merecimento dos candidatos” (*idem*). O programa apresentado pelo cirurgião-mor resolveu a carência de médicos no corpo de saúde do exército? Não. A medicina civil oferecia maior possibilidade de ganhos financeiros. Ademais, a exigência de três anos de experiência tendia a afastar os jovens facultativos. Persistia, portanto, a falta de doutores. Um indicativo de tal persistência radicava-se no fato de que o decreto nº 1900, de 7 de março de 1857, abria espaço para a admissão de médicos e farmacêuticos sem concurso.

Após o falecimento do dr. Ramos, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho assumiu o cargo de chefe de saúde do exército⁷⁶. Foi na casa da rua da Quitanda nº 33 que nasceu, em 8 de junho de 1803, este personagem. Ali viviam seus pais: o major de ordenanças José Pereira de Carvalho e

75 Oribe, em uma atitude provocativa em relação ao governo imperial, proibiu a transferência de gado para o território brasileiro. Além disso, assegurou a liberdade dos escravos fugitivos pertencentes às fazendas sul-riograndenses. Em 1848, o coronel Francisco Pedro de Abreu, barão de Jacuí, a frente de grupos armados nacionais, invadiu o Uruguai com o objetivo de recuperar os cativos foragidos. Estas ofensivas foram denominadas *califórnia*s porque lembravam a corrida do ouro nos Estados Unidos. BANDEIRA, Moniz. *O expansionismo brasileiro e a formação dos estados na Bacia do Prata: da colonização à Guerra da Tríplice Aliança*. Rio de Janeiro: Editora Revan; Editora da UNB, 1998, p. 69.

76 Sobre a trajetória de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, cf. AHEx, pasta VI- I- 133, fé-de-ofício de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho; Academia Nacional de Medicina (ANM), pasta 20, “Traços biográficos do brigadeiro professor Dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho”, por Ismael da Rocha. Há uma divergência entre os dois documentos no que diz respeito à data de nascimento de Carvalho. Na fé-de-ofício consta o ano de 1803; no texto de Ismael da Rocha o ano de 1806.

Teresa Nepomuceno de Carvalho. Muito jovem, Manoel Feliciano interessou-se pela medicina. Aos 18 anos de idade concluiu, com distinção, o primeiro ano do curso médico-cirúrgico. Em 19 de maio de 1824, ainda na condição de estudante, foi nomeado cirurgião-ajudante, “jurando bandeira no exército”. Cinco dias depois, foi designado para a brigada de artilharia montada. Naquela época, já apresentava saúde frágil. Por esta razão logo foi transferido para o corpo de veteranos. Com 25 anos, era cirurgião formado. Como clínico trabalhou no Hospital da Santa da Casa da Misericórdia. Em pouco tempo tornar-se-ia 1º cirurgião. Ambicioso, prestou concurso para a cadeira de operações da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tais concursos eram arenas onde os candidatos expunham seus conhecimentos – alguns com as “costas quentes”, apadrinhados, podiam superar mais facilmente os adversários. Este, aparentemente, não foi o caso de Carvalho⁷⁷.

Disputando com “colegas que voltavam de cursos afamados do estrangeiro”, obteve aprovação e, em 29 de abril de 1833, tomou posse da cadeira de “Anatomia topográfica, medicina operatória e aparelhos”. Malgrado tivesse críticos, foi considerado, mais de uma vez, um médico competente. “No meio de tantos trabalhos, seguia com imperiosa regularidade sua visita hospitalar, ensinando sempre, com particular preocupação de coligir seus vastos conhecimentos de literatura médica para aplicar, às conquistas do presente, as lembranças e tradições antigas. Era um espírito enciclopédico”. Homem de poucas palavras, “retraído”, “cauteloso”, colecionou desafetos ao longo de sua carreira. Seus detratores acusavam-no de ter assassinado o médico Antônio da Costa, que faleceu depois do almoço oferecido por Carvalho. Aos olhos de seus inimigos, a coincidência invalidava o diagnóstico de “uremia”. O cirurgião não polemizou. Deixou as maledicências caírem no esquecimento.

Durante a Guerra dos Farrapos (1835-1845), foi inspetor geral dos hospitais militares no Rio Grande do Sul⁷⁸. Após a pacificação da província, retornou ao Rio de Janeiro, e voltou a se dedicar as suas aulas. Em 26 de dezembro de 1856, foi nomeado coronel cirurgião-mor e chefe do corpo de saúde do exército, cargo que ocupou até o fim da vida. Com a eclosão da Guerra do Paraguai, seguiu para o teatro de operações, e lá vivenciou os horrores que uma conflagração é capaz de gerar. Frequentou hospitais de campanha com enfermos em acomodações precárias, às vezes mal alimentados, sem água potável⁷⁹ e latrinas⁸⁰, em luta contra a loucura⁸¹ e a morte. Contudo, o

77 Carvalho devia ser estudioso. Seu inventário mostra que era dono 300 obras de cirurgia e medicina avaliadas em 90\$000. Havia mais 70 volumes em brochura estimados em 7\$000. Seus livros eram depositados em 3 armários com portas de vidraças avaliados em 60\$000. AN, inventários – Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, ano 1868, caixa 3641, galeria B.

78 Ao ser nomeado inspetor geral se criou uma situação peculiar no corpo de saúde do exército. Dr. Carvalho assumiu a graduação de cirurgião-mor (e todas as vantagens relativas ao cargo). Os demais cirurgiões do exército ficavam submetidos a ele. Assim, forjava-se um cenário anômalo uma vez que o serviço de saúde passava a ter dois cirurgiões-mores. Este estado de coisas deixou dr. Ramos profundamente insatisfeito. Porém, segundo Mitchell, “o incidente parece não ter tido maiores consequências”. MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *Op. cit.*, p. 141.

79 Em 5 de março de 1866, dr. Francisco Xavier dos Reis, 2º cirurgião contratado enviou um manuscrito ao chefe do corpo de saúde do exército. No texto o médico trata da falta de água no Hospital Militar de Corrientes. Dizia que “...

não havia ontem água potável para os doentes”. AHEX, pasta 5707, documento 10.12, pasta 131. Em 17 de março daquele ano, Luiz Álvares dos Santos, 1º cirurgião, mandou igualmente um ofício para Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. Também registrava a questão da água em Corrientes. “Alguma falta de água foi experimentada; pelo que já chamei em ofício de hoje datado a atenção do Sr. Major Diretor, apresentando a sua consideração um meio de obviá-la, fazendo conduzir água de três abundantes poços que existem em três quintais de casas alugadas pelo governo para depósitos”. AHEX, pasta 5664a, documento 10.11, pasta 16. Relato dramático sobre o problema da água é o produzido pelo dr. José Joaquim de Souza. Afirmava que em Avalos, em 12 de março de 1866, até às seis e meia da tarde, o hospital estava sem água. Por “não poderem mais suportar a grande sede que os devorava”, desesperados, os enfermos “tinham-se agrupado em número avultado ao redor da cisterna” do nosocômio. Ingeriram uma “água suja, lodosa e de mal gosto”. Dr. Souza chamou a atenção dos doentes para o fato de que a substância insalubre “lhes fazia sumo mal e lhes ia agravar os seus padecimentos”. Determinou que voltassem para as suas enfermarias. Uma hora depois, o enfermeiro-mor trouxe “água mui sofrível para os infelizes doentes”. Souza estava convencido de que se água fosse distribuída por gente do próprio hospital, e não por “indivíduos cujo único fim é o sórdido interesse pecuniário”, tais “censuráveis faltas” não ocorreriam. E concluía com a pergunta que se segue: “Sei que existe neste estabelecimento uma grande pipa, e aliás muito boa e nova, e qual a razão por que não se trata de fazê-la pôr em serviço?” AHEX, pasta 5664a, documento 10. 11, pasta 10.

- 80 Em 7 de janeiro de 1866, dr. Platão José Alves Rigaud, 2º cirurgião, expunha ao dr. Augusto Alves do Sacramento Blake, 1º médico do Hospital Militar de Corrientes, o seguinte fato: a inexistência de latrina no edifício em que estava a enfermaria pela qual era responsável. Reconhecia como de “grande utilidade que se abra uma vala onde não só se dirijam os doentes a defecar, quando estejam em urinóis ... como também onde sejam depositadas as matérias fecais tiradas dos cubos existentes” em sua enfermaria. AHEX, pasta 5664a, documento 10.9, pasta 1.
- 81 Luiz Álvares dos Santos solicitou ao chefe do corpo de saúde do exército, em 17 de março de 1866, a transferência de um “louco” que estava em Avalos para o Hospício Pedro II. Segundo Santos, o “louco há poucos dias despedaçou uma pedra fina da botica, e pode em um dia reduzir todos os vidros a pedaços com pedradas”. Comentou com Carvalho que pedira ao major Lima que mandasse as irmãs de caridade, radicadas em Corrientes, produzirem uma “camisola de força”. Lembrava que as irmãs na Bahia haviam preparado uma camisola para um “alienado” que tinha curado. AHEX, pasta 5664a, documento 10.11, pasta 16. Doze dias depois o louco foi conduzido ao manicômio. AHEX, pasta 5664a, documento 10.11, pasta 21. Segundo Mitchell: “Durante a Guerra do Paraguai, muitos foram os casos de alienação mental, constatados em militares. Um 1º Cirurgião do Corpo de Saúde, Dr. Januário Manoel da Silva, possivelmente sofrendo das faculdades mentais, desapareceu sem deixar o menor vestígio”. De acordo com o médico Antônio de Souza Dantas, dr. Silva “dera sinais de franca alienação”. MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *Op. cit.*, p. 293. Januário Manoel da Silva era filho de Carlos Manoel da Silva e Ana da Silva Cunha. Nasceu em 1817 na Bahia e faleceu no Paraguai em 1869. Não pertencia ao quadro efetivo do corpo de saúde do exército. Participou da conflagração, como outros facultativos baianos, como voluntário. Produziu as seguintes obras: *Tuberculosos pulmonares ou tísica pulmonar?*. Bahia: Faculdade de Medicina da Bahia, 1839 (Tese); *Breves noções sobre o aparecimento da epidemia do cólera-morbus no Brasil, seus diversos tratamentos e método curativo, particularmente emprego e do qual colheu os mais felizes resultados em diferentes comissões médicas que exerceu na província do Ceará*. Bahia: Faculdade de Medicina da Bahia, 1863, cf. BLAKE, Sacramento, volume 3, p. 300; IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação DL 832.04. O serviço de saúde do exército não estava preparado para lidar com o problema da “neurose de guerra”. Recordo as palavras de Marcelo Augusto Moraes Gomes: “Os ‘traumas de guerra’ ou ‘neuroses de guerra’ dão muito o que pensar sobre os veteranos do Paraguai. Pelo visto, estes problemas nem eram previstos durante aqueles anos, e os homens que foram desmobilizados na situação, apresentando algumas doenças com características que hoje sabemos traumáticas e nervosas, provavelmente não se beneficiaram de nenhum recurso, porque, parece-me, problemas desta natureza não eram suscitados pelo pessoal médico, tanto do exército quanto da armada, muito menos entre os ministros e barnabés dos ministérios. Observa-se, em algumas inspeções de saúde, termos como *idiotismo*, principalmente em retornados dos campos; porém, tenho em mente que foram dispensados sem direito algum. Muitos se tornaram alcoólatras, sendo as suas dificuldades confundidas com outras, emanadas de cotidianos [de] difíceis problemas de reintegração social nos centros urbanos e nas pequenas cidades”. GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *“A espuma das províncias”: um estudo sobre os Inválidos da Pátria e o Asilo dos Inválidos da Pátria na Corte (1864-1930)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006 (tese de doutorado), p. 24. Os russos se preocupavam, desde a Guerra Russo-Japonesa (1905), com o problema da “crise nervosa” nas frentes de batalha. Neste enfrentamento militar o exército czarista já contava com um serviço de psiquiatria. Entretanto, foi na Primeira Guerra Mundial que os psiquiatras militares efetivamente atentaram para a questão da “neurose de guerra” ou *shell shock*, na aceção inglesa. Sobre o tema conferir: SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da. “Nas trincheiras da mente: neurastenia, shell shock e Primeira Guerra Mundial” in: *Revista Eletrônica Boletim do Tempo Presente*. Rio de Janeiro: Ano 3, nº 24, 2008; WHITEHEAD, Ian R. “The British Medical Officer on the Western Front: the training of doctors for war” in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999. HARRISON, Mark. *The medical war: british military medicine in the First World War*. Oxford: Oxford University Press, 2010, capítulo 2 (“The machine in motion: the Western Front, July 1916-November 1918”). LEESE, Peter. “Why are they not cured?: british shellshock treatment during the Great War” in: MICALE, Mark S.. *Traumatic Pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-*

golpe mais duro foi o falecimento de seu filho, homônimo, cuja vida foi ceifada pela cólera que irrompeu no *front*. Pelos serviços prestados no Paraguai, em 27 de julho de 1866, Carvalho recebeu a patente de brigadeiro. Treze meses depois, deprimido, regressou ao Rio de Janeiro. Sentia que a “mão da morte já pesava sobre seu organismo”. Viúvo⁸², falido⁸³, sofrendo de “enfermidade crônica”, com as imagens da guerra ainda vivas em sua mente, morreu em 11 de novembro de 1867, aos 61 anos de idade.

Em 7 de março de 1857, o decreto nº 1900 estabeleceu um formato inédito para o corpo de saúde do exército (*idem*, pp. 141 e seg.; Silva, 1958, pp. 138-139). O número de integrantes foi ampliado, ficando o serviço constituído pelas seguintes funções: 1 cirurgião-mor (coronel); 4 cirurgiões-mores de divisão (tenentes-coronéis); 8 cirurgiões-mores de brigada (majores); 32 primeiros cirurgiões (capitães); 64 segundos cirurgiões (tenentes); 8 farmacêuticos (alferes). O corpo de saúde contaria também com uma companhia de enfermeiros, formada por 1 primeiro sargento; 4 segundos sargentos; 8 cabos de esquadra; e 150 soldados (destes cem seriam enfermeiros-mores e enfermeiros e cinquenta ajudantes de enfermeiro).

Os fontes mostraram que os membros desta companhia não tinham as qualificações necessárias para realizar o trabalho que seus cargos exigiam. O problema guardava relação com o próprio perfil dos soldados, muitos recrutados à força (Passos & Barreira, 2003b, pp. 141 e seg.). Daí as recorrentes reclamações dos médicos. A questão tornou-se mais grave durante a Guerra do Paraguai. A ausência de zelo no tratamento dos combatentes feridos e o acanhado nível educacional não eram as únicas vicissitudes enfrentadas pelo chefe do corpo de saúde (para ser enfermeiro-mor

1930. Cambridge: Cambridge University Press, 2001; BIANCHI, Bruna. “Psychiatrists, soldiers and officers in Italy during the Great War” in: MICALE, Mark S.. *Op. cit.*. ROUDEBUSH, Marc. “A battle of nerves: hysteria, and its treatments in France during World War I” in: MICALE, Mark S.. *Op. cit.*. Sobre o post-traumatic stress (PST), leia-se, ruptura emocional após uma conflagração, cf. DEAN Jr., Eric T.. *Shook over hell: post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge/London: Harvard University Press, 1997; ANDERSEN, Judith. “‘Haunted minds’: the impact of combat exposure on the mental and physical health of civil war veterans” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R.. *Years of change and suffering: modern perspectives on civil war medicine*. Minnesota: Edinborough, 2009. “Post-Traumatic Stress Disorder” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *The encyclopedia of Civil War medicine*. New York/London: M.E. Sharpe, 2008.

82 AN, inventários – Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, ano 1868, caixa 3641, galeria B.

83 O médico tinha dez herdeiros (irmãos e sobrinhos). Os bens deixados por Carvalho foram os que se seguem: “uma chácara na rua da Boa Vista, Lagoa Rodrigo de Freitas”; “na mesma chácara uma outra casa térrea”; “um carro e uma carroça velha”; “uma comenda da Ordem da Rosa, de ouro e com brilhantes” e “três hábitos, sendo um da Ordem da Rosa, um da de Cristo e um da de Avis” – uma indicação de seu prestígio; 370 livros; “11 caixas com ferros cirúrgicos incompletos e ferros soltos, e três estojos incompletos”; “uma mobília de jacarandá para sala de visitas”; “um piano de armário”; “um candelabro de bronze com sete mangas”; “8 castiçais de casquinhas com mangas”; “um par de jarros de porcelanas grandes”; “um guarda-ferros de vinhático envidraçado”; “um guarda-louça de vinhático”; “3 armários para livros com portas de vidraça”; “4 aparadores de jacarandá”; “9 cadeiras de jacarandá”; “um sofá ordinário”; “uma mesa elástica de vinhático”; “um aparador de vinhático para a sala de jantar”; “um guarda-roupa de jacarandá”; “uma escrivaninha de vinhático”; “um banheiro de folha”; “um aparelho para chá de porcelana”; “copos, garrafas, cálices e compoteiras”; “uma espada de oficial general nova com seus pertences”; “um chapéu armado de general novo”. O valor total do monte com as deduções (custos do inventariante, advogado, selos, assinaturas etc.) era de 7:833\$750. As dívidas contraídas pelo chefe do corpo de saúde do exército eram de 9:465\$000. Um de seus credores era o Conde de Bonfim. Os dados indicam que morreu pobre. AN, inventários – Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, ano 1868, caixa 3641, galeria B.

a exigência era apenas saber ler e escrever; conhecer as quatro operações da aritmética; entender o funcionamento do serviço de enfermeiro e saber os nomes dos objetos constitutivos dos hospitais ambulantes) Coube ainda ao cirurgião-mor coibir os roubos e crimes perpetrados pelos enfermeiros militares no interior dos nosocômios.

O decreto nº 1900 continha dois artigos (243 e 244, capítulo XIX, título VI) polêmicos. Determinavam que os hospitais e enfermarias militares seriam administrados por oficiais combatentes comandantes de corpos ou destacamentos; e não por oficiais médicos (Mitchell, *op. cit.*, p. 145). Tais artigos, como uma caixa de pandora, deram margem ao irrompimento de inúmeros conflitos entre militares médicos e não-médicos, sobretudo no contexto da Guerra da Tríplice Aliança. Esta é uma chave analítica importante para a compreensão das tensões e animosidades entre oficiais médicos e não-médicos no teatro de guerra. O regulamento era problemático em mais um ponto: silenciava em relação aos meios pelos quais se obteriam os materiais sanitários, caros ao funcionamento dos nosocômios e enfermarias (*idem*).

Em 26 de dezembro de 1860, foi novamente modificado o corpo de saúde do exército (*idem*, pp. 156-157). Por iniciativa de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho criou-se o regulamento de nº 2715. O decreto ampliou o número de primeiros-cirurgiões, segundos-cirurgiões e farmacêuticos, respectivamente, 10, 30 e 12 postos novos. O serviço de saúde ficou estruturado, então, assim: 1 cirurgião-mor do exército; 4 cirurgiões-mores de divisão; 8 cirurgiões-mores de brigada; 42 primeiros cirurgiões; 94 segundos cirurgiões; 20 farmacêuticos. A companhia de enfermeiros era composta por 1 primeiro sargento; 4 segundos sargentos; 8 cabos; e 150 soldados. O aumento foi, entretanto, ilusório, pois havia dispensado todos os cirurgiões adidos - oficiais reformados e paisanos (*idem*, pp. 164-165). De acordo com o decreto nº 1900, entre efetivos e adidos, o corpo de saúde era formado por 152 cirurgiões. O regulamento de 26 de dezembro, ao dispensar todos os adicionados, reduziu o número de cirurgiões para 136. A tabela 2 mostra o número de pessoas que compunham o serviço de saúde a partir dos regulamentos de 1849, 1857 e 1860 (sem levar em consideração a dispensa do último).

Tabela 2

Decretos	Abril de 1849	Março de 1857	Dezembro de 1860
Cargos	1 cirurgião-mor do exército	1 cirurgião-mor do exército	1 cirurgião-mor do exército
Cargos	2 cirurgiões-mores de divisão do exército	4 cirurgiões-mores de divisão do exército	4 cirurgiões-mores de divisão
Cargos	6 cirurgiões-mores de brigada	8 cirurgiões-mores de brigada	8 cirurgiões-mores de brigada
Cargos	32 primeiros-cirurgiões	32 primeiros-cirurgiões	42 primeiros-cirurgiões
Cargos	64 segundos-cirurgiões	64 segundos-cirurgiões	94 segundos-cirurgiões
Cargos	—	8 farmacêuticos	20 farmacêuticos
Cargos	—	163 enfermeiros	163 enfermeiros
Total	105 indivíduos	280 indivíduos	332 indivíduos

Número de pessoas que pertenciam ao corpo de saúde do exército a partir dos decretos de 1849, 1857 e 1860 (fonte: MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *História do serviço de saúde do exército brasileiro, 1808-1911*.

Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, volume 1, 1963)

O cirurgião-mor estava convencido de que o desenvolvimento da medicina militar no Brasil exigia a criação de uma escola específica. As faculdades de medicina não estavam aptas a produzir os conhecimentos necessários (higiene militar, cirurgia em contextos de guerra, noções de farmácia) à formação de um médico militar de qualidade. “[Os] governos sábios [inglês, francês e alemão], consultando os profissionais, reconheceram com eles que a medicina militar e a cirurgia militar [eram tão especializadas] nas ciências médicas [como] a sifiliografia, a dermatologia, a oftalmologia etc.” (*idem*, p. 160). O chefe do corpo de saúde do exército, com a ajuda de uma comissão, escreveu um plano detalhado para a criação de uma escola de medicina militar - ver anexo (*idem*, pp. 160-163). Em 1º de agosto de 1860, o projeto estava pronto. O artigo nº 3 previa a implementação de quatro disciplinas: patologia e clínica interna; patologia e clínica externa; operações e anatomia topográfica; farmácia e higiene militar.

Os alunos da *Escola prática de medicina militar* seriam de quatro tipos: a) doutores em

medicina; b) estudantes da faculdade de medicina que já tivessem prestado o exame do quarto ano; c) farmacêuticos; d) acadêmicos do último ano da faculdade de farmácia. O curso médico duraria dois anos. Após este período, os estudantes seriam avaliados em todas as disciplinas. O curso de farmácia teria uma duração menor (um ano). Os alunos também fariam exames de todas as matérias. O artigo nº 23 mostrava a preocupação do dr. Carvalho em formar um serviço de saúde de bom nível. Dizia o texto: “Os alunos quer de medicina, quer de farmácia, que tiverem sido aprovados em seus exames, serão por dois anos obrigados ao preenchimento das vagas que se derem no Corpo de Saúde do Exército, e o governo quer nesse prazo, quer mesmo depois dele, não poderá nomear indivíduos que não estejam habilitados pela Escola, salvo se os não houver, ou se os que houver, e tivessem vencido o prazo, não quiserem entrar para o Quadro” (*idem*, p. 162). A monarquia não executou o plano do cirurgião-mor. Não se criou a escola de medicina militar. Tivessem as autoridades levado a cabo o projeto, talvez, o desempenho do corpo de saúde do exército na Guerra da Tríplice Aliança não apresentasse tantos problemas, como explicitarei ao leitor.

As críticas ao serviço de saúde ganharam contornos mais definidos quando o sangue dos soldados começou a ser derramado no *front*. À frente delas, estava Eduardo Augusto Pereira de Abreu. Em dezembro de 1865, usava suas tintas para apontar as fraquezas do corpo de saúde do exército. “Insignificante o seu pessoal para as circunstâncias ordinárias, com os numerosos destacamentos que [possuem] mais de uma província, ridículo se torna para o tempo de guerra, em que é preciso enxertá-lo de estudantes de medicina (até do quarto ano sem entenderem de patologia interna e muito menos de cirurgia) e de cirurgiões estrangeiros, cujas habilitações são pouco conhecidas”⁸⁴.

Dr. Abreu, duro e sem meias palavras, sublinhava um ponto importante: a presença de acadêmicos inexperientes nos hospitais de campanha, tendo nas mãos a vida de soldados. O envio de estudantes para o desempenho de tarefas que requeriam leitura e treinamento prévios; tarefas que, a rigor, deveriam ser executadas por médicos experimentados, maculou a sensibilidade dos doutores e engendrou, como veremos, um rosário de conflitos entre estes e os acadêmicos. A relação dos facultativos brasileiros com os estrangeiros foi bem menos problemática. A bem da verdade, prevaleceu, aparentemente, o esforço cooperativo.

O governo monárquico, registrava o facultativo, devia seriamente analisar a “decadência” do corpo de saúde do exército, e evitar que “o ridículo nele continue a imperar”⁸⁵. Saía em defesa de seus pares, representantes “dessa classe infeliz de homens da ciência que para servir o seu país,

84 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Corpo de saúde ou o serviço de saúde do exército” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, n. 7, dezembro de 1865, p. 312.

85 *Idem*.

entregam sua liberdade e recebem uma farda, sujeitando-se as severas e ríspidas leis e regulamentos militares”⁸⁶. Veterano da Guerra do Paraguai (a despeito de pouco tempo no campo de batalha) e ex-assistente do cirurgião-mor, Abreu invocava sua trajetória para legitimar as críticas à corporação médica militar. “Tendo pertencido ao quadro e ocupado posição que pudesse bem apreciá-lo, reconheço quanto é defeituoso e irregular a maneira [pela qual é feita] o serviço tanto em tempo de paz como o de guerra”⁸⁷.

Dr. Abreu julgava prejudicial o fato de serem os hospitais administrados por homens desprovidos de conhecimento médico,

... oficiais superiores do exército mais ou menos protegidos, porém que nada entendem nem procuram estudar durante o tempo de sua curta administração.

Constantemente em luta com o chefe do corpo [de saúde], a quem não querem prestar ouvidos, e com os cirurgiões militares empregados no estabelecimento, procuram impor a autoridade [baseando-a] na largura de seus galões, onde, [ao contrário], só deve imperar a ciência, a prática, o zelo, a honestidade⁸⁸.

As consequências daquela anomalia instituída pelo regulamento nº 1900 eram nefastas. Nas enfermarias dos hospitais militares, “o desarranjo, o lixo e o cheiro fedorento”⁸⁹ eram comuns. Outro problema era a distribuição equivocada dos médicos e sua seleção alicerçada no apadrinhamento: “não se [aproveitam] as inteligências robustas e cheias de esperança, dão-se estes lugares a graduações mais ou menos elevadas ou a afilhados de ministros, a compadres, e finalmente a colegas que não se pejam de prestar-se a representar o papel da vil adulação e servilismo tão [comuns em] espíritos baixos e mesquinhos”⁹⁰. E mais. Com aquele “legado ou lugar vitalício”⁹¹, alguns faziam carreira “praticando nas pobres praças, e aumentando o obituário”⁹² nos mapas estatísticos endereçados ao ministro da guerra. Embora criticasse as relações de compadrio das quais tomavam parte os doutores, hipocritamente, desconsiderava o fato de terem sido estas mesmas relações que abreviaram o seu tempo no teatro de guerra.

Abreu apregoava a formação de um serviço de saúde mais dinâmico. Traduzido na mudança anual ou semestral dos doutores nos hospitais e enfermarias militares. Condenava os enfermeiros

⁸⁶ *Idem.*

⁸⁷ *Idem.*

⁸⁸ *Idem*, pp. 312-313.

⁸⁹ *Idem*, p. 313.

⁹⁰ *Idem.*

⁹¹ *Idem.*

⁹² *Idem.*

que atuavam nesses locais, indivíduos “sem nenhuma habilitação”⁹³ que, como um passe de mágica, “de ferreiros passam a barbeiros”⁹⁴. O médico trabalhava em péssimas condições: as casernas e quartéis eram insalubres, imundos e “sem acomodações próprias”⁹⁵. Em serviço, ele era obrigado, frequentemente, a dormir em um banco ou sobre uma mesa, levava vida “exótica”, à espera de que fosse chamado para “assistir a castigos das praças, ou para prestar a sua assinatura à baixa de algum soldado que quer ir para o hospital ...”⁹⁶. O próprio facultativo tinha a saúde, muitas vezes, prejudicada pela “ingestão de alimentos impróprios”⁹⁷, vendidos dentro ou fora dos quartéis, por pessoas estranhas à guarnição”⁹⁸. Raramente eram respeitadas as solicitações que fazia a “bem da saúde dos soldados”⁹⁹, que em certos corpos continuavam a se alimentar mal e a ser expostos às oscilações do clima.

Abreu não tinha dúvida de que o serviço de saúde do exército estava desprestigiado: “tudo parece caminhar para o abismo da desmoralização ou para os antigos tempos em que os enfermeiros eram os médicos militares, e que o principal mister [deles] era fazer a barba [das] praças enfermas ou [das] que deste serviço precisavam”¹⁰⁰. Julgava que Manoel Feliciano Pereira de Carvalho não devia adotar uma postura subserviente face à indignidade da monarquia para com os médicos militares. Era especialmente duro com o cirurgião-mor. Trabalharam juntos no corpo de saúde. Foram a guerra. Dizia-se que eram amigos. Contudo, Abreu considerava que ele padecia de fraqueza de ânimo. Carvalho devia ser o primeiro a zelar pelos interesses do corpo. No entanto, na avaliação de Abreu, fazia o oposto. Noutras palavras, desqualificava o serviço de saúde. “É pena ... que um pessoal geralmente inteligente e dedicado, como se compõe o quadro do corpo, seja tratado com tanto desprezo e indiferentismo, e que não possua um chefe enérgico e independente que faça respeitar sua posição e a dos seus subordinados, insistindo, e fazendo-se atendido em suas reclamações”¹⁰¹.

Curvava-se o cirurgião-mor às “vontades de ministros e generais”¹⁰², e não reagia aos “despropósitos”¹⁰³ que as autoridades mandavam-no “por em execução”¹⁰⁴. A recorrente remoção de cirurgiões, de uma província a outra, “por ordem superior”¹⁰⁵, registrava o médico, trazia “o

93 *Idem.*

94 *Idem.*

95 *Idem*, pp. 313-314.

96 *Idem*, p. 314.

97 *Idem.*

98 *Idem.*

99 *Idem.*

100 *Idem*, p. 316.

101 *Idem*, p. 317.

102 *Idem.*

103 *Idem.*

104 *Idem.*

105 *Idem.*

desgosto e o desamparo”¹⁰⁶ ao serviço de saúde do exército. A mordaza produzida pelo regulamento nº 1900 devia deixar pouca margem de ação a dr. Carvalho. No entanto, sua personalidade, aparentemente, conciliatória, pouco afeita ao conflito, também contribuía para o atraso da corporação médica militar.

As críticas de Abreu ao cirurgião-mor não cessaram aí. Dizia que Carvalho era “o primeiro a desconceituar os seus colegas”¹⁰⁷, pois propunha o retorno dos facultativos ao Rio de Janeiro, com o objetivo de lhes ensinar a cirurgia em cadáveres”¹⁰⁸ para que soubessem “manejar o instrumental cirúrgico no campo de batalha”¹⁰⁹. Ademais, procurava “extinguir os vãos das inteligências de seus subordinados ...”¹¹⁰. Tais atitudes levavam Abreu a reconhecer que o cirurgião-mor não merecia “a estima do corpo, mas sim o desprezo e a execração geral”¹¹¹. Nota-se uma certa má-vontade de dr. Abreu em relação ao chefe do corpo de saúde. Autopromoção, inveja, intolerância, enfim, as razões de tal comportamento não são claras.

Eduardo Augusto Pereira de Abreu explicitou algumas dificuldades vivenciadas pela corporação médica militar no contexto da Guerra do Paraguai. Sublinhava que a existência de tropas com bom estado sanitário no teatro de operações militares dependia do equilíbrio entre o “pessoal médico” e o número de combatentes. Não apenas isso: devia ser tarefa dos médicos zelar pela “salubridade dos gêneros alimentícios, exames d’água potáveis, escolha da localidade para os acampamentos e, sobretudo, para os hospitais ambulantes”¹¹². Além disso, deviam os doutores implementar quaisquer outras medidas para inibir epidemias tão comuns naquelas “aglomerações de indivíduos”¹¹³. Segundo Abreu, a voz do médico devia ser tão “absoluta” como a do general em chefe; suas ordens tinham de ser cumpridas, “pois é fato reconhecido e incontestável que durante as comoções de guerra, os exércitos perdem mais pessoal pelas enfermidades que os assaltam do que pelo fogo e ferro inimigo”¹¹⁴.

Igualmente “reconhecido e incontestável”¹¹⁵ era o número reduzido de facultativos na guerra em curso. Mencionou a existência de apenas 63 cirurgiões militares (mais 15 a 20 contratados). Não contabilizando os médicos empregados nos hospitais de Montevideu, Salto e Uruguaiana, havia, aproximadamente, 1500 a 2000 soldados para cada facultativo. O resultado era o sacrifício de muitos, que sofriam nas instalações hospitalares, com os ossos dilacerados, febres

106 *Idem.*

107 *Idem.*

108 *Idem.*

109 *Idem.*

110 *Idem.*

111 *Idem.*

112 *Idem*, pp. 318-319.

113 *Idem*, p. 319.

114 *Idem*

115 *Idem.*

altas, sem atendimento médico.

Mais de um chefe de saúde propôs com a precisa antecedência e a tempo [a ampliação] do quadro do corpo ..., a inveja, porém, o pouco caso e a mal entendida economia, fizeram [com] que mais de um ministro não adotasse semelhante ideia, mas sim de comissionar indivíduos ... estranhos ao corpo, como se as regalias fossem as mesmas, o tempo, porém, veio demonstrar quão errado foi esse pensar, infelizmente o mal é hoje incurável e mais grave se tornará se os chefes do exército continuarem a rebaixar a classe tão distinta dos oficiais de saúde, chamando-os 'trambolhos do exército e homens sem préstimo'¹¹⁶.

Se não bastasse a falta de médicos, os doentes sofriam com a escassez alarmante de medicamentos. Eram comprados de particulares, e a relação com estes fornecedores foi sempre complicada. Não entregavam no prazo e cobravam valores exorbitantes. “[A] carência de medicamentos se faz sentir nas caixas, canastras e mochilas de ambulância, reclamações constantes são feitas pelos cirurgiões ...”¹¹⁷. Quando o exército precisava marchar, afirmava dr. Abreu, o chefe da repartição de saúde, às pressas, ia até Buenos Aires ou Montevideu obter “medicamentos aí existentes e sujeitos ao preço de mercado”¹¹⁸. As fontes apresentam várias passagens que comprovam que os fornecedores realizaram um péssimo trabalho. Forçavam a renegociação de contratos; cobravam altos preços; atrasavam a entrega dos medicamentos ou entregavam-nos parcialmente (donde as ambulâncias ficavam incompletas). Em algumas ocasiões, chegavam a enviar remédios falsificados.

O cirurgião militar era responsabilizado pelo problema. “Em Uruguiana, onde se concentram forças superiores [e] os medicamentos foram fornecidos pela armada, os pobres cirurgiões militares, de braços cruzados, sofriam ..., injustamente, [uma vez que] os chefes e as autoridades superiores sobre eles [projetavam] toda a culpa dessa falta imperdoável”¹¹⁹. É provável que os cirurgiões de Uruguiana não fossem culpados pela escassez de remédios. Dr. Abreu, entretanto, acriticamente, ignorava o fato de alguns de seus pares construírem uma relação corrupta com farmacêuticos particulares. Desenvolvo este ponto páginas a frente.

Abreu recordava, uma vez mais, os efeitos deletérios do regulamento nº 1900, enfatizando os prejuízos ao trabalho dos facultativos causados, em tempos de beligerância, por oficiais não-

116 *Idem*, p. 320.

117 *Idem*, pp. 320-321.

118 *Idem*, pp. 320-321.

119 *Idem*, p. 321.

médicos. “Recebem ordens e com eles seus chefes para porem em prática medidas emanadas do quartel general, e que os princípios da sã higiene repugna; tal como acampar o exército em terrenos impróprios, montar hospitais ambulantes em péssimas localidades e finalmente levantar acampamentos e com eles os hospitais repletos de enfermos graves, sem possuir acomodações precisas para o seu transporte cômodo e humanitário”¹²⁰. Mais ainda: “Suas vozes são abafadas pelo domínio da autoridade, a ciência se curva aos galões grosseiros de alguém que desumano se torna para seus irmãos de armas, que geralmente são os primeiros a exporem sua vida pela defesa da pátria”¹²¹.

Eduardo Augusto Pereira de Abreu tecia duras críticas ao regulamento nº 1900 (não foi o único a fazê-lo). De fato, o decreto não dava autonomia aos doutores. Sem dúvida, um incômodo para os médicos que realizavam o seu trabalho com responsabilidade. No entanto, dr. Abreu de modo maniqueista e superficial, vitimizava os facultativos, e desqualificava oficiais militares não-médicos, ministros e outros representantes do governo. Exceção feita ao cirurgião-mor, Abreu tendia a relacionar todos os problemas do corpo de saúde do exército aos comandantes não-médicos e conselheiros. Inquisitorialmente, transformava a história em um tribunal que identificava culpados e inocentes. Os primeiros, oficiais de carreira não-praticantes da medicina; os segundos, médicos militares.

Durante a Guerra do Paraguai, em determinados contextos, os problemas do serviço de saúde procederam da desatenção ou imprudência dos próprios médicos (do ponto de vista cultural, o desprezo pela labuta com as mãos, fantasma a evocar a escravidão, tendia a alimentar tal postura). Igualmente verdadeiro é o fato de que, em algumas ocasiões, militares não-médicos realizaram ações importantes quando o assunto era a preservação da higiene nos hospitais militares, a remoção de doentes, ou a arregimentação de mais doutores para o tratamento de soldados feridos. O major José Cerqueira de Lima, diretor do Hospital Militar de Corrientes, personagem a ser apresentado ao leitor, personifica isso (e como ele havia outros).

Qual era a proposta efetiva do doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu para melhorar as condições do corpo de saúde do exército? Seu modelo era a comissão sanitária¹²² formada nos Estados Unidos, em 13 de junho de 1861, por ocasião da Guerra Civil Americana¹²³. Abreu julgava

120 *Idem*, p. 322.

121 *Idem*.

122 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Corpo de saúde ou o serviço de saúde do exército” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, n. 7, dezembro de 1865, pp. 323-324. Influenciados pelos Estados Unidos, cidadãos de Buenos Aires, em 9 de agosto de 1865, organizaram uma comissão sanitária para auxiliar as forças armadas argentinas na Guerra da Tríplice Aliança. Apesar das reticências de Bartolomeu Mitre, líder da Argentina, que temia influências externas nas decisões governamentais, a comissão desempenhou um papel relevante. DE MARCO, Miguel Ángel. *La Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2007, pp. 164-168.

123 Sobre o serviços de saúde dos exércitos confederado e unionista as obras mais citadas pela historiografia (na verdade, clássicos) são: ADAMS, George Worthington. *Doctors in blue: the medical history of the Union Army in the Civil War*. Louisiana: Louisiana State University Press, 1996 (1952); CUNNINGHAM, H.H.. *Doctors in gray: the*

de suma importância a criação de uma comissão congênere, “o corpo de saúde se levantará da agonia em que luta, os hospitais e o serviço sanitário se organizarão, e regenerando-se virá a lucrar o exército, o país e a humanidade”¹²⁴.

Deve-se procurar o berço da Comissão Sanitária dos Estados Unidos na Guerra da Crimeia¹²⁵. O conflito, corolário das ambições imperialistas russas, se materializou com a expansão do império czarista de Nicolau I, em 1853, em direção às províncias balcânicas controladas pelos turcos (Kaufman, 2001, p. 129). Em outubro daquele ano, o czar declarou guerra e invadiu as províncias da Moldávia e Wallachia. Acreditava-se, à época, que os russos tinham por objetivo tomar o império turco-otomano. A tomada do território turco significaria uma mudança não desimportante do equilíbrio político da Europa. Diante de tais circunstâncias, em 1854, Inglaterra e França se envolveram na conflagração. Depois de lutas encarniçadas, lograram inibir o apetite expansionista russo. Fosse como fosse, importante é registrar que, após a experiência da Crimeia, a história da medicina militar nunca mais foi a mesma.

No primeiro ano da guerra, os ingleses sofreram com a alta mortalidade militar em suas enfermarias e hospitais¹²⁶. Em face ao problema, formou-se a Comissão Sanitária Britânica cujo escopo era melhorar as condições higiênicas dos nosocômios militares da Crimeia e da Turquia imperial. Reduziu-se, assim, o número de soldados mortos no *front*. Após o conflito, médicos ingleses redigiram muitas páginas sobre os avanços higiênicos fomentados pela comissão. A enfermeira Florence Nightingale¹²⁷, cuja participação na sanitização das tropas foi determinante, também produziu textos sobre a questão médica na conflagração.

Nightingale nasceu em 12 de maio de 1820, em Florença, Itália. Era a filha mais nova do industrial William Edward Nightingale e Frances Smith Nightingale. O relacionamento com os pais foi turbulento. O mesmo ocorria na relação construída com Parthenope, sua irmã. Existiam dificuldades em família porque Nightingale não estava disposta a aceitar o papel subserviente que a sociedade vitoriana esperava das mulheres (castas até o matrimônio e, após contraí-lo, dedicadas aos filhos e marido, restringindo sua atuação à esfera do lar). Segundo os biógrafos, era uma criança

confederate medical service. Louisiana: Louisiana State University Press, 1993 (1958). Mais recentemente dois outros trabalhos são dignos de nota: FREEMON, Frank R.. *Gangrene and glory: medical care during the American Civil War*. Illinois: University Illinois Press, 2001; SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*

124 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Corpo de saúde ou o serviço de saúde do exército” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, n. 7, dezembro de 1865, p. 324.

125 Para uma visão global da Guerra da Crimeia conferir o texto de Orlando Figes, especialista em história da Rússia: FIGES, Orlando. *The Crimean war: a history*. New York: Metropolitan Books, 2010.

126 Para uma discussão acerca das condições dos hospitais e enfermarias na Guerra da Crimeia, cf. KAUFMAN, Matthew H.. *Surgeons at war: medical arrangements for the treatment of the sick and wounded in the british army during the late 18th and 19th centuries*. Connecticut/London: Greenwood Press, 2001, capítulo 4 (“Crimean War”); BOSTRIDGE, Mark. *Florence Nightingale: the making of an icon*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2008, capítulo 9 (“Calamity unparalleled”).

127 Para uma primeira leitura acerca da vida de Florence Nightingale, cf. “Nightingale, Florence (1820-1910)” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna. *Op. cit.*. Para uma análise mais densa da vida da enfermeira, cf. BOSTRIDGE, Mark. *Op. cit.*

inteligente e com facilidade para aprender línguas e matemática. Seu pai se encarregou de seu aprendizado e de sua irmã. Disponibilizava à caçula sua vasta biblioteca. Assim, a jovem estudou latim, grego e italiano, mas também história, geografia e matemática. Era muito religiosa (sua família era anglicana).

Convenceu-se, oito anos depois, que devia dedicar sua vida à enfermagem. Escolha problemática. Não havia escolas para que pudesse receber um treinamento. E o pior: a enfermagem não era profissão respeitada. Os conflitos com os pais tornaram-se, então, recorrentes. Não apenas em virtude da opção profissional de Nightingale; sua recusa em cumprir as obrigações sociais esperadas de uma mulher de classe média também contribuiu para isso (rejeitou duas propostas de casamento). Em 1853, tornou-se superintendente de uma instituição privada para preceptoras de crianças em Londres. Após ler uma matéria no jornal *Times*, em que seu correspondente apregoava o envio de enfermeiras para os hospitais de Scutari, Nightingale considerou seriamente a possibilidade de ir para a guerra. Contactou representantes do governo inglês. O projeto de deslocar mulheres para os nosocômios foi bem recebido por Sidney Herbert, secretário de guerra, e Andrew Smith, médico responsável pelo corpo de saúde. Nightingale organizou, então, o serviço de enfermagem em Scutari. Logo se metamorfoseou na superintendente da enfermagem feminina estabelecida nos nosocômios militares da Turquia imperial.

Não se preparou adequadamente o corpo de saúde inglês para o confronto. Os médicos britânicos nunca tinham enfrentado uma guerra com as características da Crimeia, leia-se, um conflito com um largo número de enfermos e feridos (*idem*, p. 136). Smith lera sobre a Guerra Peninsular (conjunto de conflitos em Portugal e Espanha, a partir de 1807, por ocasião da intervenção das tropas napoleônicas nestes países) e nada de importante encontrara nos registros oficiais. O que implicava dizer que as decisões tomadas na Europa Oriental dependeriam tão-somente de seu julgamento. Eram enormes os problemas. O corpo de saúde estava submetido a cinco departamentos diferentes (o que dificultava sua administração). Como o serviço de saúde era civil, poucas vezes os militares ouviam as recomendações do dr. Smith. Minorou-se tal vicissitude a partir do momento em que o facultativo passou a lidar diretamente com a Secretaria de Guerra. Ignorou-se a higiene. Por isso, a cólera, o tifo, a disenteria e outras enfermidades reinaram nos acampamentos do exército britânico em Constantinopla - em regiões como Varna, Scutari e Balaclava (Schroeder-Lein, 2008, pp. 230-231). Resultado: vidas perdidas irresponsavelmente. A opinião pública inglesa chocou-se com as primeiras informações acerca das condições dos soldados em campo de batalha.

Uma das principais dificuldades enfrentadas por Nightingale na Crimeia foi recrutar enfermeiras. Muitas delas eram integrantes da Igreja Católica, quer dizer, freiras. A presença destas mulheres nos hospitais e enfermarias engendrou rancores e conflitos com enfermeiras seguidoras do

protestantismo. Fossem católicas ou protestantes o relevante é reter que tiveram de encarar as péssimas condições do hospital de Scutari (o maior dos nosocômios militares). Era raro encontrar baldes, vassouras, roupas e lençóis limpos, bem como utensílios adequados para as refeições. Os médicos, inicialmente, rechaçaram o uso de enfermeiras na conflagração. Impôs-se, no entanto, a realidade. A chegada de feridos num ritmo frenético com corpos destroçados, pedaços de ossos envoltos em sangue e tecidos, criou condições para a atuação de tais mulheres. A pressão feita pelas comissões (verificadoras do estado sanitário das tropas) e dos jornais ingleses também contribuiu para isso.

Nightingale conseguiu reestruturar os hospitais (*idem*). Cuidou da comida para dietas especiais; limpeza das roupas de cama dos doentes; troca dos curativos; banhos, enfim, ofereceu um conforto mínimo aos enfermos e feridos. Por visitá-los nos leitos altas horas da noite, alguns convalescentes, outros, com os olhos envidraçados à espera do último suspiro, foi chamada, amorosamente, “a senhora do candeeiro” (*the Lady with the lamp*)¹²⁸. Por três vezes, Florence Nightingale foi trabalhar em Balaclava. Após a experiência contraiu uma febre que lhe afastou das atividades hospitalares por meses.

Quando os canhões silenciaram e um tratado de paz pôs, oficialmente, fim ao conflito na primavera de 1856, Nightingale retornou a Inglaterra, e passou a defender a reforma do corpo de saúde do exército britânico. O objetivo era evitar tão altas taxas de mortalidade militar. Para tanto redigiu um texto (publicado em 1858) de 830 páginas: *Notes Affecting the Health, Efficiency, and Hospital Administration of the British Army* (*idem*, pp. 231-232). Seu trabalho corroborou a discussão acerca da reforma do serviço de saúde. Em 1859, Nightingale publicou, na Inglaterra, o texto *Notes on nursing: What It Is and What It Is Not* - também publicizado, no ano seguinte, nos Estados Unidos (*idem*). Tais escritos exerceram grande influência sobre a Comissão Sanitária dos Estados Unidos, cujos integrantes chamavam atenção para a importância de suas propostas: boa nutrição; ambientes bem ventilados e iluminados; roupas limpas etc. (*idem*, p. 232).

Um ano após a Guerra da Crimeia, Nightingale sofreu um sério colapso emocional. Aparentemente, a fratura psíquica foi uma reincidência da doença que lhe afastara das atividades

128 “Entrando [em uma sala do hospital de Scutari], pela primeira vez, os doentes não estavam no chão, ou em palha imunda, e sim decentemente deitados em sacos de palha, avistei no meio daquele inferno uma figura feminina, entrouxada num feio vestido cinzento, completado por uma jaqueta de malha, mais feia ainda, e uma touca branca, quase grotesca naquele lugar. Calculei que fosse uma das enfermeiras de Florence Nightingale. Ela ia de saco em saco, distribuindo vinho do Porto. Cheguei-me rapidamente e vi o rosto da mulher, pálido, amargurado ... perguntei pelos médicos, pela sala de operações, ela olhou-me espantada. Tive a impressão de que não se animava a responder-me. Só mais tarde compreendi essa atitude, quando soube da hostilidade com que os médicos de [Scutari] haviam acolhido Florence Nightingale – em que viam uma intrusa inoportuna – e com que mão de ferro *miss* Nightingale disciplinava as suas subordinadas, a fim de não oferecer aos adversários nenhum ponto vulnerável”. Foram escritas estas linhas por Jurgen Thorwald, a partir dos apontamentos de Henrique Estevão Hartmann, que vivenciara os fatos supracitados, cf. THORWALD, Jurgen. *O século dos cirurgiões – conforme documentos de meu avô, o cirurgião H. E. Hartmann*. São Paulo: Hemus Livraria, Distribuidora e Editora, 2005, pp. 165-166.

hospitalares durante a conflagração. Uma outra hipótese sugere que detinha uma enfermidade crônica severa: brucelose, moléstia bacteriana decorrente do leite de cabras ou ovelhas contaminadas. Após anos de reclusão e sofrimento, Nightingale faleceu em 13 de agosto de 1910. Tinha noventa anos de idade.

A Comissão Sanitária dos Estados Unidos teve como arquétipo a britânica (Freeman, 2001, p. 37). Seus membros foram influenciados por relatórios produzidos por doutores ingleses que serviram na Crimeia (*idem*). Todavia, a maior influência proveio dos manuscritos de Nightingale (médicos brasileiros como Eduardo Augusto Pereira de Abreu igualmente foram influenciados pela enfermeira). A comissão norte-americana era formada por civis chamados a assistir o corpo de saúde do exército unionista. Um grupo de mulheres da cidade de New York, incentivado por autoridades médicas e políticas, criou, em 1861, a Associação Central de Ajuda Feminina (*Woman's Central Association of Relief*). O intuito da associação era reunir suprimentos e enviá-los ao exército nortista. Porém, o fornecedor do serviço de saúde unionista em New York considerava desnecessário o auxílio dos civis. Por conta do impasse, em maio daquele ano, uma delegação (um ministro e três facultativos) deslocou-se para Washington. Aí teve início um debate que envolveu o presidente Abraham Lincoln, os secretários de estado e de guerra, respectivamente, William H. Seward e Simon Cameron e outros (Schroeder-Lein, *op. cit.*, p. 315).

Em 13 de junho de 1861, Lincoln criou formalmente a Comissão Sanitária dos Estados Unidos. Seu escopo era verificar as condições sanitárias das tropas e hospitais unionistas, bem como enviar suprimentos aos combatentes. Contaria esta atividade com o apoio da secretaria de guerra e do corpo de saúde. O presidente da comissão era o ministro Henry W. Bellows e o secretário-executivo Frederick Law Olmsted. Sem perder tempo, Olmsted começou a inspecionar os acampamentos nas proximidades de Washington. Conseguiu explicitar a insalubridade dos acampamentos e a falta de preparo do serviço de saúde nortista. Não tinha dúvida de que a guerra seria longa. Precisava ser realizado, portanto, um árduo trabalho. Estabeleceu três subsecretarias regionais. Ademais, reuniu vinte inspetores sanitários cuja tarefa era visitar acampamentos e hospitais militares. Cabia a tais agentes identificar os problemas destes locais e apontar soluções.

Mulheres cumpriram um papel essencial. Arregimentavam dinheiro e suprimentos que eram entregues a comissão sanitária. Esta, por seu turno, procurava distribuí-los. Bellows também promoveu a comissão. Fez estatísticas, planejamentos, viagens. Reuniu-se com civis e militares. Tudo foi feito para que os objetivos traçados fossem alcançados. E o esforço não foi em vão. A atuação dos integrantes da comissão foi imprescindível para o desenvolvimento do corpo de saúde unionista. Lograram os comissionários, inclusive, substituir o cirurgião general Clement A. Finley

por William A. Hammond. Considerava-se Finley velho demais e um tanto quanto pusilânime para uma função tão importante.

Sobressaiu-se a comissão no atendimento aos doentes e feridos. A bem da verdade, nos primeiros enfrentamentos militares seus membros não conseguiram oferecer as provisões médicas emergenciais. Nas batalhas de At Shiloh e Gettysburg, respectivamente, abril de 1862 e julho de 1863, os trens com remédios e outros suprimentos médicos foram separados das tropas. Preocupou-se a comissão sanitária, após estes combates, em utilizar um transporte próprio para que as provisões alcançassem os combatentes antes das batalhas ganharem corpo. Contemplou-se os feridos, por intermédio dos comissionários, depois da batalha de Fredericksburg, em dezembro de 1862, com cobertores e postos de alimentação.

Nem todos apoiaram a comissão. Houve resistências no interior do corpo de saúde unionista. Alguns médicos, “inseguros, invejosos ou desconhecedores das demandas de um exército de grande porte”, protagonizaram conflitos com a comissão (*idem*, p. 317). Temiam transformações no serviço de saúde e, em nome de tais temores, procuravam boicotar ou obstruir as ações dos comissários. As tensões envolveram o secretário de guerra Edwin M. Stanton. O secretário opunha-se a candidatura de William A. Hammond¹³⁰ ao cargo de cirurgião general. Sua oposição, entretanto, não impediu que Hammond obtivesse o cargo e trabalhasse bem com os demais integrantes da comissão. Em julho de 1865, desfez-se a comissão. Seus fundos restantes foram mobilizados para atender as necessidades dos ex-combatentes.

Em 1866, dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu leu na Academia Imperial de Medicina o texto “Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército?”¹³¹. Abreu dizia que tinha condições de identificar as fragilidades do corpo de saúde porque participara da conflagração, e vira como este estava mal organizado. Desconsiderava, com empáfia típica, o período diminuto que estivera no conflito (e, evidentemente, como simulara uma enfermidade para abandoná-lo). Convenceu-se de que a corporação médica militar tinha que se basear na comissão sanitária

130 A lista de candidatos elencava três nomes: Charles S. Tripler; Robert C. Wood; e William A. Hammond. Médico desde 1830, Tripler graduou-se na Universidade de Médicos e Cirurgiões de Columbia, em New York. Conheceu vários generais unionistas e confederados em West Point. Participou da Guerra do México (1846-1848). Com o apoio de Robert Blackmun, professor de cirurgia da Universidade de Medicina de Ohio, em Cincinnati, publicou um conjunto de leituras sobre práticas cirúrgicas reunidas na obra *Handbook for the Military Surgeon*. Apesar de ser bem qualificado para o cargo de cirurgião general, havia forte resistência ao seu nome. Integrantes da Comissão Sanitária dos Estados Unidos, na batalha de Bull Run, viram Tripler se recusar a cuidar de um ferido. Wood fizera parte do grupo de apoio de Clement A. Finley. Foi ele que persuadiu Simon Cameron, secretário de guerra, a apoiar a comissão sanitária. Contudo, os comissionários não o queriam a frente da comissão visto que o achavam comprometido demais com Finley e seus auxiliares. Nascido em Annapolis, Maryland, em 1828, Hammond graduou-se no departamento médico da Universidade da cidade de New York e recebeu treinamento médico no Hospital da Pennsylvania, na Filadélfia. Por ser um estudioso dos grandes hospitais europeus, foi enviado para inspecionar os nosocômios militares da parte ocidental de Maryland. Seu estudo detalhado (publicado na forma de panfleto) despertou o interesse dos membros da comissão sanitária. Não demorou, então, para que se tornasse o novo cirurgião general. FREEMON, Frank R.. *Op. cit.*, pp. 37-38.

131 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército?” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*, tomo XVIII, n. 2, julho de 1866.

estadunidense. Lembrava como tal comissão teve repercussão alhures. A partir do exemplo norte-americano, a Sociedade de Utilidade Pública de Gênova, em 1º de setembro de 1863, convocou uma conferência internacional. Políticos e oficiais militares participaram dela. O objetivo do encontro era: “considerar os meios a empregar para remediar a insuficiência do serviço sanitário [em] campanha”¹³².

Em 26 de outubro do mesmo ano, em Gênova, o plano foi “calorosamente discutido e acolhido, adotando-se uma série de resoluções mui importantes ...”¹³³. Seguiu-se às resoluções a recomendação, a saber: “que a neutralidade fosse proclamada em tempo de guerra pelas nações beligerantes, para as ambulâncias e os hospitais, e que ela fosse igualmente admitida da maneira a mais completa, para o pessoal sanitário oficial, para os enfermeiros voluntários, para os habitantes do país que fossem socorrer os feridos e além disso para os próprios feridos”¹³⁴.

A documentação indica que os batalhões da Tríplice Aliança, aparentemente, respeitaram os doentes e feridos paraguaios. Não apenas isso. Médicos militares pertencentes aos aliados, inúmeras vezes, ofereceram os primeiros socorros aos inimigos. Os paraguaios nem sempre retribuíram tal tratamento. Pelo menos, uma vez, como registrou visconde de Taunay, executaram soldados brasileiros, moribundos, vitimados pela cólera¹³⁵. Desde a Antiguidade, a história das guerras menciona episódios em que exércitos treinados desrespeitaram inimigos feridos¹³⁶.

Realizou-se uma segunda conferência, em 8 de outubro de 1864, na mesma localidade. Firmou-se aí um tratado, cuja referência era a Comissão Sanitária dos Estados Unidos. O acordo foi assinado por quinze dos mais importantes governos europeus. Dr. Abreu, por ocasião de tais eventos, entendia que se “países modelos abraçaram essa ideia”¹³⁷ o governo imperial devia fazer o mesmo. A fala do médico mostra que os doutores brasileiros estavam a par, não apenas das publicações europeias e norte-americanas, mas também dos eventos internacionais relacionados ao mundo da medicina.

Diante das fragilidades da corporação médica militar, Abreu propunha a organização de uma comissão sanitária similar a dos Estados Unidos, que pudesse “levantar da agonia”¹³⁸ o corpo de saúde do exército. Julgava que aumentar simplesmente o contingente médico não resolvia os

132 *Idem.*

133 *Idem.*

134 *Idem.*

135 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle. *A Retirada da Laguna: episódio da Guerra do Paraguai*. São Paulo: melhoramentos, 1975 (1874).

136 No contexto da batalha de Isso (333 A. C., novembro), soldados hospitalizados de Alexandre, o Grande, tiveram suas mãos amputadas e os cotos queimados com resina por ordem de Dario III, o rei dos persas, cf. STONEMAN, Richard. *Alexandre, o Grande*. Lisboa: Edições 70, 2008, p. 78.

137 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército?” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*, tomo XVIII, n. 2, julho de 1866.

138 *Idem.*

problemas. Era fundamental recrutar homens que se responsabilizassem pela “marcha regular”¹³⁹ do corpo de saúde. Doutores competentes eram necessários uma vez que o cirurgião-mor, sozinho, não tinha condições de dar conta das demandas do teatro de guerra. Sem o “dom da ubiquidade”¹⁴⁰, o chefe do serviço de saúde não tinha meios de regular o trabalho de médicos, farmacêuticos e enfermeiros, durante a guerra, e, ao mesmo tempo, cuidar dos hospitais militares.

O médico considerava estratégico a comissão administrar os nosocômios militares. Deveria, contudo, apresentar limites. Não podia assumir vastas atribuições como a comissão norte-americana. Por exemplo, não interveria no “serviço de acampamento”. Apesar de estar na vanguarda da administração dos hospitais, respeitaria “a inteligência cirúrgica que dirige o corpo de saúde do exército e, portanto, a sua posição oficial”¹⁴¹.

Abreu sugeria a integração entre os facultativos civis e membros do exército (oficiais médicos e não-médicos). Considerava os civis essenciais para o funcionamento de hospitais e enfermarias. Seria, entretanto, a atuação médica no *front* uma tarefa para doutores militares¹⁴². Essa perspectiva guardava relação com o entendimento de que a medicina dos tempos de guerra compunha um conhecimento especializado, que exigia estudo e treinamento. Em períodos de beligerância o cirurgião exercia seu ofício sob pressão, em meio a estampidos e explosões, a temer, nos hospitais de campanha, a aproximação de brigadas inimigas. Afora isso, lidava com a falta de remédios, instrumentos cirúrgicos, panos para curativos, e muitas outras dificuldades. Isso significava dizer que, além de informação técnica e experiência, o médico necessitava ser frio, determinado e capaz de improvisar. Doutores acostumados a trabalhar em clínicas particulares não podiam desempenhar esta atividade. No entanto, podiam praticar a medicina em hospitais militares permanentes ou provisórios.

Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu procurou desenhar um rosto para a comissão sanitária através da proposição de dez artigos¹⁴³. O 1º estabelecia que a comissão seria semelhante a criada,

139 *Idem.*

140 *Idem.*

141 *Idem.*

142 O exército japonês foi o primeiro a conceder atenção, de fato, à medicina militar. A superioridade nipônica neste campo tornou-se evidente na Guerra Russo-Japonesa (1905). Em tal conflagração os batalhões nipônicos ficaram praticamente imunes às doenças epidêmicas. Em relação ao corpo de saúde do exército japonês, mais propriamente, os médicos eram obrigados a receber um treinamento militar por anos. Somente após esta experiência, disciplinados, recebiam um treinamento médico militar especializado. Esta característica da corporação médica militar japonesa, levou os britânicos, após o fiasco dos batalhões ingleses na Guerra dos Bôeres (ceifados pela febre tifóide), a questionarem a utilização de facultativos civis em um contexto não-familiar, isto é, um cenário de guerra. HERRICK, Claire. “‘The Conquest of the Silent Foe’: british and american military medical reform rhetoric and the Russo-Japanese War” in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Op. Cit.*. Sobre as questões médicas na Guerra dos Bôeres, cf. CIRILLO, Vicent. J.. *Bullets and bacilli. The Spanish-American War and military medicine*. New Brunswick/New Jersey/ London: Rutgers University Press, 1999, capítulo 7 (“Reprise: typhoid fever in the Anglo-Boer War”); CURTIN, Philip D.. *Disease and empire: the health of european troops in the conquest of Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998, capítulo 8 (“The Anglo-Boer War: the last of the typhoid campaigns”).

143 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército?” in: *Annaes*

em 1861, nos Estados Unidos. Os três seguintes versavam sobre seus integrantes. O 2º determinava que o governo monárquico convidaria um “número limitado” de médicos e cirurgiões para participarem da entidade. O 3º dispunha sobre a realização, após o estabelecimento da comissão, de eleições para a seleção de um presidente e um secretário, que contratariam os demais facultativos, farmacêuticos, estudantes de medicina e enfermeiros. O 4º artigo dizia que seus membros teriam as “mesmas vantagens, honras e privilégios” oferecidos pelo governo. Abreu não esclarecia quais vantagens seriam estas.

O 5º determinava que o governo imperial estabelecesse “instruções especiais”, que deveriam ser cumpridas pela comissão e respeitadas por militares e autoridades oficiais brasileiras nas repúblicas platinas. Os três subsequentes tratavam dos hospitais militares. O 6º estabelecia que os médicos civis contratados para servirem nos hospitais provisórios deveriam ser dirigidos pela comissão. O 7º asseverava que os integrantes da comissão serviriam nos hospitais com os outros médicos e cirurgiões. E o mais importante: reunir-se-iam, diariamente, para tratarem da melhora do serviço hospitalar. O 8º afirmava que a comissão podia dividir-se em “sessões”, quer dizer, grupos para que sua atuação fosse regular nos nosocômios temporários. Além disso, seus membros deviam ser ouvidos pelo presidente caso estes homens tivessem ideias para modernizar o serviço de saúde do exército. O artigo 9º estabelecia que a comissão deveria requisitar todas as providências para o bom andamento do corpo de saúde aos “encarregados de negócios e ministros extraordinários”.

O 10º e último determinava que integrantes da comissão produzissem uma “memória” que mencionasse as condições das instalações médicas militares; os esforços empregados para a melhoria do serviço hospitalar; o desempenho dos facultativos e do pessoal auxiliar sob sua direção. Afirmava ainda a importância de se realizar um mapeamento das doenças, e das estratégias adotadas para combatê-las. Igualmente relevante era o registro dos sucessos obtidos no campo da cirurgia militar. Além destas preocupações, importava reconhecer a “topografia médica” dos locais em que foram edificados os hospitais; realizar uma “estatística médica completa”; e comparar o “serviço hospitalareiro e administrativo” com os da Argentina e do Uruguai. Durante a Guerra Civil Americana (e depois dela), médicos unionistas e confederados também fizeram tais registros. É bastante provável que dr. Abreu estivesse a par disso.

A fala de Abreu indica que homens, como ex-secretário do corpo de saúde do exército, liam, estudavam e observavam a experiência médico-administrativa de outros países. Esforçavam-se para retirar o serviço de saúde da situação agonizante em que se encontrava (para ressaltar a imagem escolhida pelo facultativo: um corpo em agonia, sofredor). Antes da Guerra do Paraguai, havia um debate sobre a necessidade de se reformar o corpo de saúde do exército, a eclosão do enfrentamento

militar deu um fôlego renovado à discussão. Nesse sentido, Abreu não era um pregador no deserto. Médicos militares, oficiais não-médicos e políticos alimentaram um debate em torno da reforma do serviço de saúde.

Embora poucas informações tenham passado à posteridade, é certo que, sob a presidência de conde d'Eu, marechal do exército, organizou-se uma comissão especial, com 27 sessões, inauguradas em 27 de março de 1867, cujo objetivo era discutir as principais vicissitudes do corpo de saúde do exército brasileiro. O relator da comissão era José Ribeiro de Souza Fontes. Contava ainda com os seguintes agentes sociais: conselheiro Joaquim Cândido Soares de Meirelles, conselheiro José Antônio de Calazans Rodrigues, senador Cândido Borges Monteiro, barão de Suruhy, barão de Itapagipe, marechal do exército Bittancourt, conselheiro Paranhos, marechal Fonseca Costa, conselheiro Rapozo, coronel Galdino, desembargador Magalhães Castro, dr. Thomaz Alves, contador Novais e coronel Alencastro (Mitchell. *op. cit.*, p. 187).

Dr. Fontes foi um dos médicos a propor uma reforma da corporação médica do exército (*idem*, pp. 181-182). Nascido no Rio de Janeiro, em 9 de agosto de 1821, formou-se, vinte e três anos depois, em medicina pela faculdade imperial aí existente. Em 1854, foi nomeado professor substituto da cátedra de cirurgia desta mesma faculdade. Após três anos, tornou-se catedrático de anatomia. Foi ao Paraguai. Cuidou dos feridos e enfermos. Adoeceu gravemente¹⁴⁴. Retornou ao Rio de Janeiro. Recuperado, em 20 de julho de 1867, assumiu, por conta do falecimento de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, a chefia do corpo de saúde do exército. Foi conselheiro do imperador e médico da Casa Imperial¹⁴⁵. Graças a tal condição viajou uma vez para a Europa acompanhando o monarca. Encontrou a morte vinte e seis anos depois. Tinha 72 anos.

Qual o tipo de reforma esposada pelo dr. Fontes? Apresentou um projeto ao governo imperial em que expunha sua visão (*idem*, pp. 215-216). O projeto era dividido em nove artigos. O 1º defendia a criação de uma escola de aplicação de medicina, cirurgia e farmácia, que deveria atender às demandas do exército. Sublinhe-se que Manoel Feliciano Pereira de Carvalho já fizera tal proposição. Não conseguindo, entretanto, executar seu projeto. Apesar de ter feito melhorias nos hospitais militares e no próprio funcionamento do serviço de saúde, durante a Guerra do Paraguai, o governo imperial não atentou para a necessidade de se criar uma escola desta natureza. É provável que a morosidade da monarquia em promover avanços no corpo de saúde do exército desgastasse a relação entre o governo e os médicos militares. O 2º determinava a não-admissão de doutores e

144 “Chegou do Rio da Prata no *Carmel*, o Sr. Dr. José Ribeiro de Souza Fontes, que se recolhe a esta corte gravemente enfermo. Quando o Sr. Dr. Souza Fontes partiu para o exército no desempenho de seu dever de cirurgião militar já profundamente alterada a sua saúde. Podia legitimamente escusar-se. Não o fez porque antepôs a tudo os seus brios de homem e de cidadão, e deu assim um belo exemplo a outros que por dignidade da corporação e utilidade do serviço público já deviam ter largado os cargos que indevidamente ocupam. O esforço que fez aumentou por tal modo os seus sofrimentos que teve de [se] retirar para o centro de sua família”. “Noticiário” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 22 de agosto de 1865.

145 BLAKE, Sacramento, volume 5, p. 149.

farmacêuticos que não tivessem frequentado esta escola (os que não tivessem passado por tal instituição seriam obrigados a realizar avaliações específicas; apenas, assim, estariam habilitados a exercerem a medicina militar).

O 3º estabelecia que a promoção no interior do serviço de saúde dar-se-ia por merecimento, e “este julgado por meio de concurso”. Um desafio para dr. Fontes uma vez que a sociedade brasileira de então baseava-se em relações de compadrio, onde o mérito e a competência ficavam em segundo plano. O 4º artigo previa a criação de um Junta Militar de Saúde composta por 3 médicos e 2 farmacêuticos, de patentes superiores, que se encarregaria de estudar e julgar as questões relativas ao corpo de saúde do exército referentes à “parte científica”. Os problemas administrativos ficariam a cargo do ministro da guerra. O membro mais graduado da instituição tornar-se-ia responsável pela presidência da mesma. “As funções do cirurgião-mor do exército [ficavam] reduzidas à disposição meramente disciplinar de comandante do corpo de saúde”.

O 5º propunha a ampliação do corpo de saúde do exército. Dividir-se-iam os médicos entre as seguintes patentes: 1 brigadeiro; 6 coronéis; 8 tenentes-coronéis; 32 majores; 150 capitães. A situação dos farmacêuticos ficaria assim: 1 tenente-coronel; 4 majores; 8 capitães; 16 tenentes e 32 alferes. O 6º artigo mencionava o antigo problema da administração dos hospitais e enfermarias. Sugeriu a criação de um corpo de oficiais administrativos para contemplar “os diversos misteres do Exército”. Assim evitava-se usar oficiais da engenharia na direção dos nosocômios. Estes oficiais “[ao ignorarem] completamente as cousas mais insignificantes do Serviço de Saúde, servem de tropeços aos médicos e aos doentes em lugar de servir-lhes de adjutório”. O 9º sublinhava a importância de se construir depósitos para remédios, de modo que o exército não ficasse refém de fornecedores irresponsáveis. Um problema recorrente durante a Guerra da Tríplice Aliança.

Não foi aprovado o projeto do cirurgião-mor. Um corpo de saúde profissional¹⁴⁶ e moderno - aspiração compartilhada pelos doutores Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, Eduardo Augusto Pereira de Abreu, José Ribeiro de Souza Fontes e por muitos outros facultativos que vestiram a farda do exército brasileiro – só tomou forma com a chegada de uma nova era: a republicana. Criaram-se circunstâncias favoráveis para a reforma da corporação médica do exército a partir do momento em que Deodoro da Fonseca, acompanhado por republicanos civis e militares (dentre estes os cadetes positivistas da Escola Militar do Rio de Janeiro), pôs termo, em 15 de novembro de 1889, ao Segundo Reinado.

Deu-se a reorganização do serviço de saúde através dos decretos (números 277 e 307) de 22

146 Vitor Izecksohn afirma que o governo imperial não se opunha, aprioristicamente, à profissionalização do exército. A questão era mais simples. A monarquia dispensava tão-somente um papel secundário ao exército. Esta postura governamental teve implicações negativas sobre a corporação médica da instituição, ou seja, favoreceu à organização de um corpo de saúde de má qualidade, cujas fragilidades foram sentidas na Guerra do Paraguai. IZECKHSON, Vitor. *O cerne da discórdia: a Guerra do Paraguai e o núcleo profissional do exército*. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2002, p. 59.

de março de 1890 e 7 de abril do mesmo ano (*idem*, pp. 294 e seguintes). O cirurgião-mor, naquela conjuntura, era Antônio de Souza Dantas (*idem*, p. 290; Silva, *op. cit.*, pp. 43-44). Nascido, em 15 de junho de 1835, na Bahia, colocou a vida em risco inúmeras vezes durante a Guerra da Tríplice Aliança. Tomou parte, em 24 de maio de 1866, da batalha de Tuiuti, a maior batalha travada em território sul-americano até então. Nela 32 mil aliados (destes 21 mil eram brasileiros) enfrentaram 24 mil paraguaios (Doratioto, 2002, p. 217 e seguintes; Thompson, 1968, pp. 124-128). Os pântanos das redondezas do lago do Tuiuti foram eclipsados por uma fumaça negra decorrente das primeiras explosões resultantes de canhões, bombas incendiárias e foguetes.

O cirurgião-mor de brigada Policarpo Cesário de Barros¹⁴⁷ mencionou a presença de Dantas em Tuiuti: “Ao principiar a batalha, segui para os pontos onde se mostrava mais renhido o combate, acompanhado do cirurgião de comissão [dr. Antônio de Souza Dantas]” (Mitchell, *op. cit.*, p. 294). Enfermeiros e servente outrossim estavam com os dois médicos. De acordo com Barros: “aí prestamos os devidos socorros aos que foram necessitando até que não [foi] mais possível conservamo-nos nesta posição, não só pela contínua mobilidade dos Corpos, como também por nos acharmos expostos” ao fogo inimigo. Foi tanta a exposição que José das Neves Cunha, enfermeiro e cabo do 5º batalhão de infantaria foi alvejado enquanto auxiliava o dr. Afonso de Carvalho “no curativo de um baleado”. Nesse ínterim, o soldado que Dantas tentava curar foi “contundido por uma bala”. Impossível permanecer ali. Retiraram-se os facultativos para a retaguarda. Tal passagem mostra que, de fato, em algumas circunstâncias, os doutores colocavam suas vidas em risco.

A partir da nova organização tributária dos decretos de março e abril de 1890, o serviço de saúde passou a se chamar “repartição sanitária do exército” (*idem*, p. 295). O título de cirurgião-mor do exército passou a se denominar “inspetor geral”. E o inspetor geral possuía obrigatoriamente a patente de general. As modificações não pararam aí.

A repartição sanitária, do ponto de vista administrativo, foi dividida em três seções: pessoal, material e farmácia, com chefes independentes, subordinados ao inspetor geral. Contava a repartição ainda com dois escriturários (civis), um secretário e dois assistentes (oficiais integrantes da corporação médica). A repartição assumiu a feição a seguir (*idem*): estrutura médica - 1 general de brigada (inspetor geral), 3 coronéis (médicos de 1ª classe), 9 tenentes coronéis (médicos de 2ª classe), 27 majores (médicos de 3ª classe), 85 capitães (médicos de 4ª classe), 60 médicos adjuntos civis (“com honras de Tenentes”); estrutura farmacêutica – 1 tenente coronel (farmacêutico de 1ª classe), 2 majores (farmacêuticos de 2ª classe), 8 capitães (farmacêuticos de 3ª classe), 32 tenentes (farmacêuticos de 4ª classe), 44 farmacêuticos, adjuntos civis (“com as honras de alferes”).

De acordo com a reforma, os futuros membros do corpo de saúde do exército deviam ser

147 1º cirurgião entre 1864 e 1865; cirurgião-mor de brigada de 1866 e 1871; delegado junto ao 1º e 3º corpos do exército (1868) in: *Almanak Laemmert* (www.crl.edu/brazil/almanak).

médicos ou farmacêuticos formados pelas faculdades de medicina nacionais. Dava-se o ingresso por meio de concurso. Solucionou-se, além disso, o problema nevrálgico do regulamento de 1857: “Os oficiais combatentes, nos limites de sua autoridade disciplinar e administrativa, não poderão contrariar a ação dos oficiais sanitários no que disser respeito à especialidade do seu serviço etc.”. (Silva, *op. cit.*, p. 45) Dissolveu-se também a companhia geral de enfermeiros criada por tal regulamento (*idem*, p. 46). Devia cada instituição hospitalar fornecer os seus próprios enfermeiros.

A despeito da modernização dos primeiros tempos da república, novos desafios se apresentariam aos médicos militares daquele cenário. Esta é, entretanto, uma outra história.

Ordem e asseio: a questão higiênica nos hospitais militares brasileiros

Dr. Abreu, nosso personagem principal, em 1866, caracterizou detalhadamente os hospitais militares¹⁴⁸ em que os médicos do exército (e os demais empregados do corpo de saúde) desempenhavam suas funções¹⁴⁹. Havia três tipos: permanentes, temporários e ambulantes (estes também eram denominados “hospitais de sangue”). Os primeiros foram edificadas na capital e em províncias importantes, onde havia um número expressivo de contingentes. Eram mantidos em períodos de paz e de guerra. Abreu lembrava que na Europa e nos Estados Unidos “comissões especiais”¹⁵⁰ foram compostas, como foi visto, com intuito de melhorar as condições higiênicas dos hospitais militares (permanentes ou não). Florence Nightingale, famosa enfermeira inglesa, cumpriu um papel essencial no sentido de reduzir os índices de mortalidade nos nosocômios militares da Guerra da Crimeia. De acordo com o médico, baseado na análise de Nightingale, a taxa de mortalidade nos hospitais de Scutari e Kulali, em fevereiro de 1855 (46,7%), era quase tão elevada quanto o número dos curados. Uma reforma sanitária, entretanto, reduziu o índice de mortos em pelo menos 50 vezes. Tal redução também ocorreu nos 21 hospitais de Maryland, nos Estados Unidos, graças à intervenção da Comissão Sanitária criada no contexto da Guerra de Secessão. A reflexão do médico sugere que os doutores no Brasil estavam a par da situação dos hospitais de outros países que experimentaram, havia pouco tempo, um estado de beligerância (e, obviamente, o interesse dos facultativos brasileiros, como o leitor atento já percebeu, não se circunscrevia à questão hospitalar).

148 Para uma visão geral do hospital enquanto instituição, ver o clássico: RISSE, Guenter B.. *Mending bodies, saving souls*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1999

149 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

150 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

Dr. Abreu, a pensar nas condições do exército brasileiro, dizia que os hospitais permanentes deviam ser construídos em “terrenos livres e vastos”¹⁵¹, caracterizados por ar puro, em áreas distantes das grandes concentrações populacionais. Contudo, ao mesmo tempo, estas localidades precisavam ter meios de transporte rápidos e confortáveis que garantissem o deslocamento dos militares enfermos. Não podiam contar com pântanos ou águas estagnadas, nem com vegetação escassa. Reconhecia a existência de um debate entre cientistas estrangeiros, especialmente franceses, que envolveu a Academia de Ciências de Paris, sobre a arquitetura dos edifícios que abrigariam os hospitais¹⁵².

A Academia de Ciências, a partir da destruição do Hôtel Dieu, o mais antigo hospital parisiense, em 1772, em razão de um incêndio, produziu uma discussão nos 15 anos seguintes que valorizou a noção de “arquitetura pavilhonar” (Benchimol, 1990b, p. 189 e seguintes). Debates a envolver figuras como Lassone, Daubeton, Bailly, Lavoisier, Laplace, Coulomb, D'Arcet e Tenon propunham um novo modelo hospitalar. Os acadêmicos, através de projetos e memórias, criticavam as instituições asilares do século XVIII, militares ou civis, com cômodos pouco iluminados, úmidos, abarrotados de doentes – cinco ou seis desconfortavelmente a partilhar um único leito. Não havia separação por idade ou sexo. Tal situação favorecia a disseminação de enfermidades, e, conseqüentemente, o aumento das taxas de mortalidade dos pacientes.

Tenon, após analisar cuidadosamente as condições espaciais e funcionais dos nosocômios da França e Inglaterra, em cinco memórias, apresentou preceitos que norteariam a arquitetura nosocomial do oitocentos e das primeiras décadas do século XX: “longos pavilhões paralelos, ordenados de maneira regular, segundo diversos sistemas de simetria” (*idem*, p. 190). A Academia de Ciências via o hospital como um “equipamento”, leia-se, uma estrutura correspondente à cidade salubre, capaz de atender a demanda médica da população, demanda esta passível de quantificação (*idem*). A noção de equipamento que informava os integrantes da Academia de Ciências, em um sentido mais estrito, relacionava-se aos conceitos da mecânica do século XVIII, presentes na física dos astros e na engenharia das máquinas da Revolução Industrial.

As reflexões dos acadêmicos também levaram em consideração a circulação do ar (*idem*, pp. 191-192). Ao mesmo tempo que nutria os corpos e preservava a vida, o ar funcionava como um veículo que ao transportar miasmas corrompia a compleição física humana. A categoria miasma reunia elementos das teorias de Hipócrates e das inovações no campo da química engendradas por Lavoisier, sobretudo a importância do oxigênio e do gás carbônico no processo fisiológico da

151 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

152 Sobre a questão da arquitetura hospitalar no final do século XIX e nas primeiras décadas do XX, cf. ADAMS, Annmarie. *Medicine by design: the architect and the modern hospital (1893-1943)*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2008.

respiração. Lavoisier demonstrou que o oxigênio inspirado pelo pulmão participava de reações endógenas que atuavam de sorte a expelir o gás carbônico. Donde as técnicas preexistentes de renovação do ar, obsoletas, precisaram ser reelaboradas.

Uma outra preocupação dos acadêmicos (note-se que Lavoisier era um deles) centrava-se na questão da “dispersão” (*idem*, pp. 192-193). Criticavam os hospitais de proporções agigantadas (como o Hôtel Dieu) que, ameaçadoramente, localizavam-se em áreas urbanas com grande concentração populacional. Defendiam instalações médicas menores, afastadas das zonas demograficamente expressivas, mas que, concomitantemente, tivessem correntes de ar contínuas e renováveis. Para os membros da Academia, o sistema de pavilhões dava conta de tais exigências. Nele, os pavilhões eram isolados, dispostos paralelamente, de sorte a serem contemplados pelos ventos.

O princípio da dispersão também deveria ser aplicado aos pacientes. Estes deveriam ser divididos por sexo e doença. Os portadores de patologias contagiosas seriam separados dos outros doentes, e deslocados para enfermarias especiais. Os convalescentes e indivíduos gravemente enfermos outrossim ocupariam espaços diferentes.

O interior de cada pavilhão igualmente se caracterizaria pela dispersividade. Os leitos, antes promiscuamente compostos por vários enfermos, passariam a ser ordenados de maneira a preservar a individualidade orgânica dos pacientes. A arquitetura pavilhonar devia criar não apenas um ambiente salubre com ar constante e renovado, sem emanações miasmáticas, mas da mesma forma viabilizar condições de descanso e relaxamento corporal ao enfermo, de maneira a favorecer sua recuperação. Eram tais discussões que influenciavam dr. Abreu quando discorria sobre os hospitais militares. Voltemos a ele.

Registrava que a Academia de Ciências defendia a construção de um “cordão de pavilhões isolados, paralelos”¹⁵³, dispostos de leste a oeste, cuja comunicação dar-se-ia por passadiços. Haveria, através de tal expediente, condições de limitar os focos de epidemia. Este modelo hospitalar tornou-se plenamente aceito entre os médicos nos principais países europeus e nos Estados Unidos - já vigorava durante a Guerra Civil Americana¹⁵⁴.

153 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

154 Sobre os hospitais unionistas e confederados durante a Guerra de Secessão, cf. CALCUTT, Rebecca Barbour. *Richmond's wartime hospitals*. Louisiana: Pelican Publishing Company, 2005; WELSH, Jack D.. *Confederate hospitals and their patients: Atlanta to Opelika*. Georgia: Mercer University Press, 2005; SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Confederate hospitals on the move: Samuel H. Stout and the army of Tennessee*. South Carolina: University South Caroline, 1994; DREESE, Michael A.. *The hospital on seminary ridge at the battle of Gettysburg*. North Carolina: McFarland & Company, Inc. Publishers, 2002. Para uma discussão acerca das instituições hospitalares na Guerra Hispano-Americana, cf. MARFIL, Bonifacio Esteban. “Los hospitales militares em la isla de Cuba durante la Guerra de 1895-1898” in: *Asclepio*, vol. LV-2-2003. Sobre os hospitais na Primeira Guerra Mundial, cf. SHAY, Michael E.. *A grateful heart: the history of a World War I field hospital*. Connecticut/London: Greenwood Press, 2002.

Existia um debate acerca da direção dos edifícios. Alguns facultativos entendiam que a frente dos prédios não devia se direcionar ao poente, porque os raios solares ao atingirem tais prédios, durante toda a tarde, elevariam muito a temperatura em seu interior. O aumento dilatava o ar e prejudicaria os doentes. Os raios, caso os estabelecimentos fossem construídos com o frontispício voltado para o nascente, mais brandos, agiriam pela manhã. Donde os enfermos seriam duplamente beneficiados: 1º) por serem os raios salutaros aos doentes; 2º) por eliminarem a condensação do ar (carregado em razão da umidade noturna), o que lhe possibilitava obter o nível de densidade ideal.

Era preferível que os hospitais permanentes fossem pequenos. Abreu afirmava que o “cumprimento e a largura das enfermarias ou salas dos hospitais devem estar em proporção com o número dos leitos, e oferecer uma capacidade cúbica tal que cada enfermo respire pouco mais ou menos 30 metros cúbicos de ar ...”¹⁵⁵. As enfermarias deviam ter 30 a 40 leitos no máximo¹⁵⁶. Não podia haver acúmulo de doentes pois era anti-higiênico. Um terço das suas paredes deviam apresentar janelas grandes e opostas para facultarem a renovação do ar. As camas não ficariam em frente as janelas, e sim no intervalo entre uma e outra. Tal disposição evitava que o contato direto com o ar agravasse determinadas doenças ou engendrasses “afecções catarrais, reumáticas e nevralgias”¹⁵⁷.

A distância entre os leitos devia ser de quatro palmos. Não haveria cortinados. O doutor explicava o motivo: “Não admitimos os cortinados tão em uso em hospitais militares, julgamos que sua presença deve ser banida porquanto concorrem muito para a concentração de miasmas, poeira, insetos, não falando no embaraço da aeração, e no excelente corretivo moral que imprime a aqueles em que o onanismo faz parte de sua vida, funesta epidemia que o cirurgião militar deve sempre ter em vista”¹⁵⁸. As cortinas podiam ser usadas, entretanto, nos leitos daqueles doentes que sofressem de oftalmia e outras enfermidades relacionadas ao aparelho visual. Tais enfermidades eram agravadas pela incidência da luz forte. Nota-se aqui que dr. Abreu interessava-se pela estrutura física hospitalar não apenas em função da necessidade de se criar meios para curar o soldado enfermo. Objetivava igualmente vigiar e disciplinar os corpos dos militares. A vigilância sobre a sexualidade era parte deste processo (com esta afirmação não estou a defender que não havia contra-estratégias e resistências aos mecanismos de imposição e controle).

Outra preocupação era o isolamento dos enfermos portadores de moléstias contagiosas, que

155 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

156 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

157 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

158 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

deviam ser conduzidos para enfermarias especiais (prática comum, há tempos, em hospitais franceses e ingleses). No caso brasileiro, a “tubercularização pulmonar”¹⁵⁹ exigia este tipo de atenção. Os hospitais permanentes também deviam ter latrinas limpas por meio de lavagens reiteradas (a melhor forma de desinfecção). “Os gases”, sublinhava dr. Abreu, “que exalam as latrinas mal cuidadas e construídas sem abundância d’águas, não só são nocivos à saúde, mas também assaz desagradáveis pelo excesso de amoníaco e sulfuretos que encerram”¹⁶⁰.

Os hospitais temporários ou provisórios eram aqueles estabelecidos em função de guerras, concentração de forças militares por ocasião de um evento extraordinário, ou epidemias. Em tempos de conflagração estes hospitais deviam ser edificadas em vilas ou cidades que favorecessem o acesso ao teatro de operações militares. As ações higiênicas adotadas nos nosocômios permanentes deviam ser aplicadas também aos temporários. Porém, a provisoriedade destes hospitais impedia que todas as medidas referentes à higiene fossem neles implementadas. No geral, os provisórios eram montados em casas particulares, igrejas e conventos.

Por último, os hospitais de sangue, que objetivavam acompanhar o movimento das tropas. Eram edificadas em casas vizinhas ou barracas armadas em campo de batalha, mas protegidas do fogo inimigo. Necessitavam de água nas proximidades. Distinguiam-se pela presença de uma bandeira, que servia como um instrumento de identificação. Os médicos do corpo de saúde do exército, no decorrer da Guerra do Paraguai, ofereciam os primeiros socorros aos soldados doentes ou feridos em tais hospitais, até que tivessem condições de serem transferidos aos temporários. As amputações, muitas vezes, se davam nos hospitais ambulantes, em meio ao estrondo dos canhões, a existir sempre o risco da aproximação das brigadas paraguaias. Quando a epidemia de cólera se manifestou nas tropas da Tríplice Aliança, em 1867, vários combatentes enfermos, entre vômitos e evacuações, a exalar um odor nauseabundo, receberam os cuidados iniciais nos hospitais de sangue.

Dr. Abreu carregava nas tintas para dizer que as regras básicas de higiene não eram adotadas nos hospitais militares brasileiros. Em um primeiro momento, suas críticas se direcionaram ao Hospital Militar da Corte, o mais importante hospital permanente do país, localizado no antigo edifício que abrigara o Colégio do Jesuítas, no Morro do Castelo. Comparava-o à uma descrição, de 1777, do Hôtel Dieu parisiense. Sua pena: “Suponhamos uma longa fila de salas contíguas, onde reúne-se doentes de toda espécie, e onde se acomoda muitas vezes 3, 4, 5 e 6 doentes, em um mesmo leito: os vivos ao lado dos moribundos e dos mortos, o ar infecto das exalações d’esta multidão de corpos adoentados, passando de uns para outros os germens pestilenciais de suas

159 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

160 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

enfermidades, e o espetáculo de dor e de agonia de todos os lados representado”¹⁶¹.

O edifício estava longe de ser o ideal. Era “cheio de altos e baixos e milhares de cubículos, abobadas e subterrâneos ...”¹⁶². Não havia um espaço para se “respirar um ar mais ou menos oxigenado”¹⁶³, fundamental para a cura de determinadas doenças. Os soldados, mesmo “sem terem conhecimentos profissionais”¹⁶⁴, ficavam horrorizados ao saberem que seriam recolhidos ao Hospital Militar da Corte. Viam o recolhimento como um castigo. Consequentemente, ocultavam suas enfermidades: problemas no abdome e tórax (em virtude da ação dos tubérculos), hepatites e outras patologias. Estas eram agravadas em razão dos fuzis pesados, mochilas carregadas, marchas e exercícios militares extenuantes. O resultado era um exército frágil.

Autor de matéria publicada no *Diário do Rio de Janeiro*, em 1º de novembro de 1865, “o justo”, após tecer elogios à direção do Hospital Militar da Corte, era obrigado a reconhecer a inadequação do prédio da instituição hospitalar. “Infelizmente”, dizia ele, “não se encontram naquele edifício, as proporções higiênicas de que carece um tal estabelecimento, pois como se sabe foi um convento de jesuítas, depois escola de medicina, e, ultimamente, transformado em receptáculo de enfermos. É para lastimar que só tendo ele acomodações para 300 doentes comporte, muitas vezes, um número superior”¹⁶⁵. Dizia que um leito comportava dois doentes, o que prejudicava o asseio e a ordem no local.

O Hospital Militar tinha 11 enfermarias, 4 para cirurgia e 7 para atendimentos médicos. Havia uma residência próxima, onde realizava-se o serviço de vacinação. Na descida da ladeira do Seminário, no Morro do Castelo, existia uma outra casa em que ficavam pacientes em estado de convalescença (nela funcionara, o que as fontes denominam “o antigo laboratório”). Havia ainda um outro lugar para os convalescentes e enfermos procedentes do *front*: o Hospital Militar Provisório do Andaraí, mais conhecido como o Hospital dos Convalescentes. Era um armazém de dois andares, onde existira uma fábrica de algodão. Dr. Fernando Francisco da Costa Ferraz¹⁶⁶, em visita a este nosocômio, constatou a sua falta de organização e higiene¹⁶⁷. “Ver-se-á aí”, afirmava o médico, “tísicos em todos os períodos da moléstia ao lado de indivíduos afetados de diarréias

161 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

162 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

163 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

164 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

165 “Hospital Militar da Corte – Publicações a Pedido” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 1º de novembro de 1865.

166 Dr. Ferraz (e também Eduardo Augusto Pereira de Abreu) estava entre aqueles que participaram do processo de embalsamento do cadáver do almirante visconde de Inhaúma. Tratou-se de uma homenagem oferecida à família, plenamente aceita. “Agradecimento publicações a pedido” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de março de 1869.

167 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

abundantes”¹⁶⁸. Pacientes que sofriam afecções de pele porque mantinham contato com os tuberculosos, e que permaneciam próximos a pessoas em estado de convalescença. Outros que se fingiam de doentes para fugirem do serviço militar.

Dr. Ferraz descrevia a acumulação de enfermos, um problema recorrente durante a guerra. Sua voz: “O acúmulo é tal, que se torna insignificante o intervalo de um leito a outro”¹⁶⁹. No segundo andar - “o pavimento do sobrado”¹⁷⁰ -, os enfermos eram colocados em compartimentos formados por biombos de madeira. De fato, a estrutura deixava a desejar. “O soalho [do] pavimento térreo ... se acha abaixo do nível da estrada, e as suas tábuas se acham, não só aplicadas sobre a terra, como pelas juntas se vê minar a umidade”¹⁷¹. A iluminação também se configurava em um problema para a saúde dos pacientes. “Atualmente é este estabelecimento iluminado por pequenas lamparinas de querosene, enquanto não se completam os trabalhos para o encanamento do gás de iluminação. Qualquer destes dois meios concorrerá poderosamente para alterar e [prejudicar] ainda mais o ar destes aposentos, e para bem conhecer-se o estado de viciação, basta entrar-se em uma das enfermarias à noite ou cedo. A impressão é por tal forma desagradável, que só não receia entrar nesses verdadeiros focos de infecção o médico, que está acostumado a essas emanções”¹⁷².

Ferraz considerava estas irregularidades indesculpáveis. Poder-se-ia ser mais tolerante caso o hospital estivesse estabelecido “nas paragens inóspitas do Paraguai”¹⁷³ ou “nos sertões de nossas províncias”¹⁷⁴. Na Corte imperial, contudo, era inaceitável. Dr. Ferraz sublinhava a dificuldade encontrada pelos médicos para exercerem seu ofício. A prescrição de remédios não podia ter como referência as necessidades dos enfermos; os doutores tinham que receitar “de acordo com os meios de que dispõe a farmácia do hospital”. A falta de medicamentos não se limitava ao Hospital dos Convalescentes. Era, na realidade, um problema presente no conjunto dos hospitais militares. A

168 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

169 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

170 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

171 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

172 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

173 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

174 FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

ausência de remédios, provavelmente, associava-se à fraude e à corrupção dos agentes públicos.

Luiz Bandeira de Gouveia¹⁷⁵ tinha o mesmo nome do pai. Sua mãe chamava-se Delfina Joaquina de Gouveia. Formou-se em medicina pela faculdade imperial do Rio de Janeiro, cidade em que nascera. Ajudou a combater a cólera em 1855, e durante a Guerra do Paraguai, atuou como 1º médico no Hospital Militar da Corte. Era casado e morava na rua Conde d'Eu, número 99, nas proximidades do Campo de Sant'Ana. Faleceu aos 51 anos, na manhã de 15 de dezembro de 1882, vítima de tuberculose pulmonar e mesentérica.

Em 7 de janeiro de 1866, o *Diário do Rio de Janeiro* publicou uma matéria com o título: “Ao Sr. Ministro da Guerra. Escândalo no Hospital Militar da Corte”¹⁷⁶. Dizia o autor anônimo que dr. Gouveia beneficiava um farmacêutico e fornecedor denominado Baena Farinha. Este homem enviara “ambulâncias” falsificadas do Rio de Janeiro para Montevidéu e outros lugares (o texto não informava a data). Tais ambulâncias não continham remédios; foram, na verdade, preparadas com palha, saca-rolha, fósforos e outros artigos.

Baena Farinha continuou, após estas faltas, a fazer ambulâncias. Duas delas foram remetidas para soldados enfermos no Mato-Grosso (uma vez mais a matéria não indicava a data). Ao cobrar pelo serviço, o fornecedor afirmou constar nas ambulâncias 2 arrobas de ergotina e 2 de codeína. Porém, o texto apócrifo registrava que, há dois anos, não havia importação de tal quantidade destes medicamentos. Baena Farinha tentava, então, sangrar os cofres públicos, lucrando 8 ou 10 contos de réis por produtos que não fornecera.

Dr. Gouveia, em nome do Hospital Militar da Corte, era acusado de privilegiar Farinha. O nosocômio tinha vários fornecedores, porém, sublinhava o autor, “ao referido médico só agradam as drogas do Sr. Baena Farinha ...”¹⁷⁷. No final de 1865, os jornais convocaram farmacêuticos para participarem de uma concorrência, cujo escopo era fornecer drogas e medicamentos no decorrer do primeiro semestre de 1866. Diversos concorrentes apresentaram suas propostas. No entanto, durante a licitação, uma surpresa: a proposta de Farinha expôs, em comparação a de seus rivais, um preço menor (de 1 a 3 réis) em todos os artigos. O resultado foi que o farmacêutico e seu sócio ganharam o processo licitatório e tornaram-se responsáveis pelo fornecimento de mais de seiscentos e oitenta artigos ao exército.

A matéria explicava como ocorreu a prevaricação. As listas das propostas eram distribuídas aos fornecedores com as drogas e remédios dos quais careciam o Hospital Militar. Os farmacêuticos, punham preço nos produtos que tinham interesse em vender. O coronel Sebastião

175 IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 834.50; BLAKE, Sacramento, volume 5, p. 367.

176 “Ao Sr. ministro da guerra. Escândalo no Hospital Militar da Corte – publicações a pedido” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 7 de janeiro de 1866.

177 “Ao Sr. ministro da guerra. Escândalo no Hospital Militar da Corte – publicações a pedido” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 7 de janeiro de 1866.

Francisco de Oliveira Chagas, diretor do hospital, para evitar desvios e falcatruas, rubricava todas as listas. Entretanto, sua precaução surtiu pouco efeito. Dr. Gouveia, segundo a acusação, entregou todas as propostas ao sócio de Baena Farinha, que, de posse delas, pôde produzir a sua. O autor concluía provocativamente. Dizia que o coronel Chagas não devia confiar as propostas a qualquer empregado, pois “rato de casa ninguém se livra”¹⁷⁸.

Gouveia negou acusação. Considerou o texto “um amontoado de disparates que causa nojo ...”¹⁷⁹. A pessoa por trás daquelas linhas expressava o interesse de uma “matilha de rafeiros, que julga dever aproveitar-se das circunstâncias anormais por que está passando o país, para locupletar-se com o dinheiro do cofre do Ministério da Guerra ...”¹⁸⁰. O médico respondeu a acusação retoricamente, e, de fato, não enfrentou o problema. É provável que mantivesse uma relação ilícita com Baena Farinha. Fosse como fosse, acusações de práticas fraudulentas na comercialização de ambulâncias (e também de alimentos) com o exército, ao longo da Guerra da Tríplice Aliança, não foram incomuns. E, evidentemente, tais práticas prejudicavam, como atestara dr. Ferraz, o trabalho dos facultativos nos hospitais militares.

Sublinhe-se que as ponderações de Ferraz e Abreu indicam que a Guerra do Paraguai incitou uma discussão acerca da higiene e organização dos hospitais militares. O mesmo ocorreu, como foi visto, em relação a estrutura e funcionamento do corpo de saúde do exército. Tais discussões estavam presentes nos periódicos que circulavam, especialmente, na Corte imperial e em trabalhos lidos na Academia Imperial de Medicina.

Em 1866, o Hospital Militar da Corte sofreu um aumento do número de enfermos¹⁸¹. Este aumento foi motivado por duas variáveis¹⁸²: a) o deslocamento de tropas de diferentes províncias, iniciado um ano antes, em direção ao sul, importante cenário de operações militares em virtude da ofensiva paraguaia sobre Corrientes, São Borja e Uruguaiana (a mudança de clima de uma região a outra e o desgaste dos deslocamentos prejudicavam bastante a saúde dos combatentes); b) os doentes e feridos que chegavam da Bacia Platina. Diante daquele contexto, acomodou-se parte dos enfermos no Hospital de Jurujuba.

O ministério do império, em função do medo da eclosão de uma epidemia de cólera (que materializou-se em 1867 e ampliou ainda mais o número de praças doentes), requisitou o estabelecimento de Jurujuba¹⁸³. Assim, os enfermos passaram a ser enviados para os lugares, a

178 “Ao Sr. ministro da guerra. Escândalo no Hospital Militar da Corte – publicações a pedido” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 7 de janeiro de 1866.

179 “Hospital Militar da Corte – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 9 de janeiro de 1866. A resposta do dr. Gouveia também foi publicada no *Diário do Rio de Janeiro*, 11 de janeiro de 1866.

180 “Hospital Militar da Corte – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 9 de janeiro de 1866. A resposta do dr. Gouveia também foi publicada no *Diário do Rio de Janeiro*, 11 de janeiro de 1866.

181 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1866, seção “Hospitais, enfermarias militares e corpo de saúde”.

182 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1866, seção “Hospitais, enfermarias militares e corpo de saúde”.

183 AHEX, relatório do ministério do exército de 1866, seção “Hospitais, enfermarias militares e corpo de saúde”.

saber: o Hospital Militar do Andaraí; a residência do antigo laboratório; e o edifício da ilha do Bom Jesus¹⁸⁴ (neste prédio funcionou um lazareto durante a epidemia de febre amarela de 1850 – as salas eram grandes e os quartos podiam receber aproximadamente 200 pacientes; o problema era que o acesso limitava-se ao mar). Nestas três localidades houve a implementação de enfermarias que dependiam do Hospital Militar da Corte. Os enfermos que não foram conduzidos ao Hospital Militar (ou às instituições hospitalares associadas ao último), foram recolhidos à Santa Casa da Misericórdia e casas de saúde particulares.

O governo imperial extinguiu os hospitais militares das províncias de Mato-Grosso, Pernambuco, e Bahia¹⁸⁵. Dr. Abreu asseverava que o Hospital Militar de Mato-Grosso era permanente. Nada dizia sobre a condição dos outros dois. Abreu considerava o fechamento do nosocômio mato-grossense uma imprudência: “Extinguir o hospital militar em uma província excessivamente distante, e que deve necessariamente ter forças para guarnecer suas fronteiras, é um erro grave e imperdoável”¹⁸⁶. Tratava-se, no seu entendimento, de uma “medida ditada pela ignorância e mal entendida economia de ministros alheios à prática da saúde, e que por mera ostentação rabiscam decretos e avisos sem atenderem à utilidade e necessidade do serviço”¹⁸⁷.

Embora dr. Abreu fosse ríspido em suas críticas ao governo monárquico, o fechamento do hospital não foi impensado. Três fatores contribuíram para isso: a) o deslocamento das tropas para o sul; b) a necessidade de se reduzir os gastos governamentais com os nosocômios militares (preocupação já existente em 1865, quando o governo simplificou tais estabelecimentos, e obteve uma redução de setenta contos de réis¹⁸⁸); c) a situação médica aparentemente estável em Mato-Grosso. Como informa a tabela 2189, no segundo semestre de 1865, dos 1217 soldados atendidos pela instituição hospitalar e enfermarias da província, 995 ficaram curados, 202 seguiam sob cuidados médicos e apenas 20 faleceram. Destes 8 morreram de tubérculos pulmonares, 7 de gastro-hepato-esplenite e enterite, 3 de tifo, 1 de derrame cerebral e 1 de pneumonia. Três destas mortes ocorreram na seção médica do Hospital Militar de Mato-Grosso. Dar-se-iam as outras em

184 AVÉ-LALLEMANT, Robert. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. De Francisco de Paula Brito, 1851.

185 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

186 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

187 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

188 AHEX, relatório do ministério do exército de 1865, seção “Corpo de saúde, hospitais e enfermarias militares”.

189 A tabela foi construída a partir do “Mapa do movimento do hospital e enfermarias da província de Mato Grosso no 2º semestre de 1865”, produzido pelo dr. José Antônio Murtinho, delegado do cirurgião-mor do exército. Afora os dados apresentados sobre oficiais, sargentos e soldados, inseridos na tabela construída por mim, o mapa expunha números referentes aos seguintes grupos: sargentos-ajudantes, “ditos vago-mestres”, “ditos” (?), furriéis, cabos-de-esquadras, anspeçadas, mestres de música, músicos, tambores-mores, tambores, clarins, pífaros, ferradores, inferiores, operários, marinheiros, aprendizes-marinheiros, menores do arsenal de guerra, operários, ajudantes de farmácia, serventes do hospital, presos sentenciados e escravos da nação. Biblioteca Nacional, seção manuscritos, 34-A, 003,005, nº 054, documento 2.

enfermarias da área, dentre elas a de Vila Maria.

Tabela 3

	Capitães	Tenentes	Alferes	Sargentos	Soldados	Total
Ingressos no mês de Junho		1	1	1	56	59
Ingressos no mês de Julho	1		3	2	242	248
Ingressos no mês de Agosto			1	3	225	229
Ingressos no mês de Setembro			2	3	112	117
Ingressos no mês de Outubro			1	1	165	167
Ingressos no mês de Novembro	1	1	2	8	193	205
Ingressos no mês de Dezembro			2	7	224	303
Soma	2	2	12	25	1217	1258
Egressos curados	2	1	12	24	995	1034
Falecidos					20	20
Soma	2	1	12	24	1015	1054
Permanecem no Hospital Militar ou nas enfermarias		1		1	202	204

Mapa do movimento do Hospital Militar da Província de Mato Grosso e enfermarias no segundo semestre de 1865 – oficiais, sargentos e soldados (fonte: Biblioteca Nacional, seção manuscritos, 34-A, 003,005, nº 054, documento 2)

Tendo por base a movimentação dos combatentes, o governo edificou o Hospital Militar de Santa Catarina¹⁹⁰. Era um hospital provisório, situado no Campo do Manejo, próximo a um quartel onde soldados brasileiros em luta no Prata recebiam instruções. Abreu visitou o nosocômio e sua impressão foi a pior possível. “Sem nenhuma condição higiênica e cômodo suficiente, transformou-se com toda a facilidade uma péssima enfermaria em hospital militar”¹⁹¹. O doutor dizia que a “acumulação das praças e a falta de ventilação ou aeração convidava qualquer epidemia [a] plantar aí o seu germen destruidor. Enfermaria havia que nem o elemento luz aí penetrava ...”¹⁹². A abusar da retórica, como costumeiramente fazia em seus escritos, asseverava que “quase ... em trevas gemiam os enfermos [envoltos pelo] ar mefítico e exalações fétidas ...”¹⁹³.

Dr. Salustiano Ferreira Souto, médico da enfermaria militar de Montevidéu, foi visitar, em 1867, as instalações do hospital de Santa Catarina (Abreu lá estivera, aproximadamente, dois anos antes). “Passei para Santa Catarina”, escreveu ao amigo e conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá, o marquês de Paranaguá, “cujo serviço médico muito me agradou: boas e limpas enfermarias para o que concorria além do zelo do respectivo médico, a ausência de doentes cirúrgicos [e] feridos ...”¹⁹⁴. Havia apenas enfermos a sofrer de afecções internas.

Souto, diferente de Abreu, tinha uma visão positiva do Hospital Militar de Santa Catarina. É provável que dr. Abreu não tenha se deixado levar pela imaginação ao descrever negativamente este hospital. Como a esmagadora maioria dos nosocômios, o de Santa Catarina, aparentemente, expunha problemas arquitetônicos, organizacionais, e, sobretudo, higiênicos. Contudo, bem ao seu estilo, verborrágico, hiperbólico, Abreu deve ter exagerado suas características deletérias. Vaidoso, podia, assim, ter as luzes do palco predileto (a Academia Imperial de Medicina) projetadas sobre si. Seu nome na boca dos pares e seus textos ouvidos por eles nas leituras realizadas nas sessões da instituição. Apresentava-se, publicamente, como denunciante, defensor da higienização dos hospitais (e da melhoria do corpo de saúde do exército, como vimos), a encarnação do zelo e da responsabilidade. Imagem apregoada por um homem de letras, avesso ao trabalho manual e pesado; um indivíduo que caminhava confortavelmente no mundo das elucubrações, porém, carente de ações concretas.

É verdade que os hospitais e enfermarias apresentavam questões médicas e higiênicas

190 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

191 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

192 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

193 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

194 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, (sem especificação do dia) outubro de 1867, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

relevantes. Faltavam, por vezes, artigos básicos como lençóis, sabões, camas, latrinas. Todavia, as autoridades governamentais, ao seu modo, procuraram minorar tais problemas. Não se empenharam, registre-se, no sentido de melhorar, do ponto de vista estrutural, o serviço de saúde do exército. Entretanto, houve ajustes, reposicionamentos, rearranjos. Contratação de médicos e estudantes (lembremos da incorporação das irmãs de caridade¹⁹⁵ aos serviços de enfermagem, despensa, rouparia e cozinha); inspeções em hospitais e instituições auxiliares, isolamento de portadores de moléstias contagiosas, por exemplo, varíola. Ou seja, estratégias cujo objetivo era superar as dificuldades reinantes nos nosocômios. Isso parece ter ocorrido com o Hospital Militar Provisório da Província de Santa Catarina, o Hospital Militar da Corte e o Hospital Militar Provisório do Andaraí (Hospital dos Convalescentes). Observemos a tabela abaixo.

Tabela 4

	Entraram	Saíram curados	Faleceram	Permaneceram em tratamento
Hospital Militar de Santa Catarina¹⁹⁶	1646	987	179	480
Hospital Militar da Corte (seções médica e cirúrgica)¹⁹⁷	3957	3736	208	209
Hospital Militar do Andaraí	1228	945	129	154

Mapa do movimento dos hospitais militares de Santa Catarina, da Corte e do Andaraí no ano de 1869 (fonte: Arquivo Histórico do Exército, relatório do ministério da guerra de 1870)

O relatório do ministério da guerra de 1870 dizia que o governo tinha obtido “vantagens” com a edificação do Hospital Militar de Santa Catarina. Segundo o documento, vários “doentes vindos do exército tem-se ali restabelecido ou conseguido melhoras em seus sofrimentos”¹⁹⁸. No

¹⁹⁵ Em 1871, existiam 11 irmãs de caridade trabalhando nas enfermarias do Hospital Militar da Corte. AHEX, relatório do ministério da guerra de 1871, seção “Hospital Militar da Corte e provisório do Andaraí”.

¹⁹⁶ Os números deste hospital referem-se ao período de abril a dezembro de 1869. AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Província de Santa Catarina”.

¹⁹⁷ A despesa diária com um doente no primeiro semestre de 1869 foi de 684 réis. AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Guarnição da Corte”.

¹⁹⁸ AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Província de Santa Catarina”.

ano anterior, como mostra a tabela 4, houve neste hospital 987 pessoas curadas e 179 falecidas. Muitos indivíduos conseguiram, portanto, se recuperar (apesar de ainda existirem 480 internados). Em janeiro de 1870, de acordo com o relatório ministerial, mais 114 pessoas foram curadas e somente 20 morreram¹⁹⁹.

Sobre o Hospital Militar da Corte, afirmava que o “estabelecimento tem satisfeito regularmente o seu fim”²⁰⁰. A tabela indica que, em 1869, 3736 pacientes lograram se restabelecer (2958 da seção médica e 778 da cirúrgica²⁰¹). No ano subsequente, o número total de curados aumentou para 4484, havendo apenas 190 falecimentos²⁰². Em relação ao Hospital Militar do Andaraí, a tabela 4 explicita que 945 indivíduos conseguiram curar-se e 129 faleceram. O documento descortinava uma informação importante: dos 1228 homens que ingressaram no Andaraí, no penúltimo ano da guerra, “529 sofreram operações de alta e de pequena cirurgia, todas com feliz êxito”²⁰³, sintoma de que regras de higiene deviam estar sendo aplicadas com maior acuidade.

O governo monárquico também construiu ao longo da Guerra do Paraguai, mais especificamente, em 1868, um estabelecimento destinado a abrigar doentes crônicos e amputados, leia-se, veteranos vitimados pelo conflito. Tal estabelecimento denominava-se Asilo dos Inválidos da Pátria. Como a criação do asilo era uma estratégia para evitar impacto social e psicológico provocado pela presença de amputados a transitar pelas ruas da capital imperial, analiso a instituição no capítulo 2 - “Gangrena e guerra: a cirurgia militar brasileira no teatro de operações platino”.

O governo imperial também construiu hospitais militares provisórios²⁰⁴ nos países aliados. Talvez, Buenos Aires, Montevidéu e Corrientes fossem os mais relevantes. Porém, do ponto de vista higiênico, havia tantos problemas quanto os nosocômios temporários estabelecidos em terras brasileiras.

Dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do corpo de saúde do exército, recebeu incumbência de Polidoro da Fonseca Quintanilha Jordão, o general Polidoro, de verificar se os hospitais de Buenos Aires e Montevidéu estavam aptos a receber feridos, caso houvesse necessidade de evacuar soldados enfermos dos nosocômios e enfermarias de Corrientes para lá. A inexperiência

199 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Província de Santa Catarina”.

200 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Guarnição da Corte”.

201 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar da Guarnição da Corte”.

202 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1871, seção “Hospital Militar da Corte e provisório do Andaraí”.

203 AHEX, relatório do ministério da guerra de 1870, seção “Hospital Militar Provisório do Andaraí”.

204 Apesar de Eduardo Augusto Pereira de Abreu dividir os hospitais militares em três tipos: permanentes, provisórios e ambulantes, documentos relativos ao tema explicitam apenas duas categorias: “permanentes” e “ambulantes”. O Hospital Militar Provisório de Corrientes (na verdade, um conjunto de hospitais e enfermarias edificadas na cidade argentina), por exemplo, aparece, ocasionalmente, como “Hospital Militar Brasileiro Permanente de Corrientes”. Para evitar confusões, quando uma instituição hospitalar “provisória” (nos termos que Abreu definiu) era denominada “permanente”, optei por suprimir esta palavra.

do pessoal médico recém-formado, que atuava na província correntina também favorecia a adoção de tal medida. Em Corrientes, existiam quatro hospitais provisórios²⁰⁵: Saladeiro, Avalos e os conventos Borano e São Francisco. Próximo ao rio Paraná ficava o hospital do Saladeiro, que reunia militares vitimados por doenças e feridos que necessitavam de intervenção cirúrgica. Gritos de dor e desespero ecoavam pelos galpões do Saladeiro. Os sons revelavam o medo dos combatentes das amputações e deformidades físicas. Soldados deprimidos, mal acomodados em seus leitos, por vezes no chão²⁰⁶, sem esteiras, sofriam ao pressentirem a morte iminente. Menor que o Saladeiro, o hospital de Avalos continha galpões de madeira para 300 enfermos. O convento do Borano, localizado na praça do Piro, apresentava leitos para 400 pessoas. O convento de São Francisco, situado na rua de São João era cercado por um terreno no qual existiam três galpões com mais de trezentas camas cada um. Havia ainda duas casas alugadas que serviam de enfermarias. Uma delas foi destinada aos “bexiguentos”²⁰⁷.

A utilização de galpões em Corrientes indica a adoção pelo corpo de saúde do exército do sistema de “hospitais-barracas”, construídos com tábuas, cujo uso deveria ser temporário (Benchimol, 1990b, p. 195). Este modelo foi usado por ingleses e franceses na Guerra da Crimeia e por norte-americanos na Guerra de Secessão. Posteriormente, seria adotado em hospitais civis em várias cidades europeias. Um dos seus maiores entusiastas era o médico francês Leon Lefort, que considerava os nosocômios permanentes o principal adversário da higiene. Os hospitais-barracas ganharam mais aceitação nas décadas de 1870 e 1880, coincidindo com os debates acerca do papel dos germes na disseminação de doenças. Ao serem maculados por epidemias, os hospitais-barracas, acreditava-se, eram mais facilmente desmontados, contribuindo, assim, para frear o avanço epidêmico. Durante a Guerra do Paraguai, outras áreas contaram com este modelo hospitalar: Montevideú, e provavelmente, Buenos Aires.

Em outubro de 1866, dr. Carvalho permaneceu pouco mais de uma semana em Buenos Aires²⁰⁸. Nesse período, visitou o hospital militar provisório aí existente, formado por dois edifícios. Um deles servira a marinha, e tinha condições de abrigar 360 enfermos. O médico observou que, naquele local, havia 244 pacientes a receber atendimento. Como se agravara o estado de saúde de muitos doentes, com o irrompimento de “absorções purulentas”²⁰⁹, gangrenas (dentre

205 Sobre os hospitais de Corrientes, Buenos Aires e Montevideú, no momento em que Caxias assume o comando das tropas brasileiras, em 1866, conferir carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. Biblioteca Nacional (BN), seção manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

206 Em 9 de janeiro de 1866, um médico enviava um documento a Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, cirurgião-mor do exército, em que descrevia sua experiência no Hospital de Corrientes (conjunto de hospitais e enfermarias existentes na cidade argentina). Suas palavras: “todos os doentes continuam deitados a rês do chão, alguns até sem esteiras, e deste modo se acham até oficiais!”. AHEX, pacote 5664a, pasta 3, documento 10.9.

207 Pacientes vitimados pela varíola.

208 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

209 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção

elas a terrível gangrena nosocomial ou “podridão do hospital”, como os doutores denominavam à época), o governo monárquico alugou, em Belgrano, o outro prédio. Nesta localidade, funcionava a enfermaria de São Domingos.

Os médicos afirmavam que o agravamento da situação dos pacientes guardava relação com o acúmulo de enfermos. Os facultativos brasileiros tinham conhecimento do ácido fênico, mais comumente denominado fenol. Entretanto, não o usavam regularmente, pois o caráter antisséptico da substância ainda não era conhecido de forma plena e universal (Joseph Lister publicaria o resultado de sua pesquisa sobre o fenol três anos antes do término da Guerra da Tríplice Aliança). Talvez, esta reflexão nos ajude a compreender as mortes no Hospital Militar de Buenos Aires.

Francisco Bonifácio de Abreu, delegado do cirurgião-mor do exército, descreveu a gravidade da situação no Hospital Militar de Buenos Aires²¹⁰. A tabela 5 apresenta os dados reunidos pelo delegado.

Tabela 5

Entradas	Doentes	Saídas	Doentes
No dia 25 de setembro existiam	250	Faleceram de 25 de setembro a 31 de outubro	26
Entraram nos últimos dias de setembro	3	Faleceram em novembro	14
Vieram no <i>Eponina</i> em 9 e 10 de outubro	180	Faleceram em dezembro	8
Entraram mais durante o mês de outubro	16	Faleceram em janeiro	4
Entraram no mês de novembro	22	Em outubro partiram para o Rio de Janeiro	85
Entraram no mês de dezembro	5	Em novembro partiram para o Rio de Janeiro	87
Entraram no mês de janeiro	4	Em dezembro partiram para o Rio de Janeiro	42

manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.
210 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

—		Em dezembro partiram para Montevideu	60
—		Em janeiro partiram para Montevideu	46
—		Em outubro saíram curados	29
—		Em novembro saíram curados	57
—		Em dezembro saíram curados	22
Total	480	Total	480

Mapa do movimento do Hospital de Buenos Aires de 25 de setembro de 1866 até 15 de janeiro de 1867
(fonte: AHEX, código 5620, ofícios, 1867)

Dr. Bonifácio de Abreu esclarecia que de 25 de setembro de 1866 até 3 de outubro daquele ano, houve 9 mortes, ou seja, 1 morte por dia. O aumento da taxa de mortalidade associava-se à falta de higiene no hospital, realidade presente na instituição até a chegada do dr. Salustiano Ferreira Souto, em meio a crise, cuja missão era melhorar as condições de assepsia do lugar. Bonifácio de Abreu também foi figura-chave nesse processo. O delegado dizia que o nosocômio alcançara um estágio lastimável. Assegurava, “sob palavra de honra”²¹¹, que do interior do “hospital foram retiradas quarenta e tantas carroças de lixo ...”²¹². E detritos das latrinas podiam ser vistos a escorrer pelos corredores. Aqueles que visitaram o nosocômio, em seus primeiros dias, puderam perceber “nos ladrilhos os vestígios das fezes aí estagnadas”²¹³. O mau-cheiro devia tomar as instalações do estabelecimento e gerar repugnância nos enfermos. Dr. Souto não se conteve e apelidou o Hospital Militar de Buenos Aires de “Hospital Cloaca”²¹⁴.

211 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

212 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

213 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

214 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

Havia 9 médicos contratados no hospital, responsáveis pelas visitas aos doentes; 5 eram lentes catedráticos. Existia um facultativo inglês que ofereceu gratuitamente os seus serviços. Dr. Carvalho dizia haver médicos demais na instituição hospitalar²¹⁵. Compreendia que mesmo que todos os leitos fossem ocupados, ainda assim, haveria muitos doutores. Além deles, atuavam dez pensionistas (um do 3º ano; seis do 4º; e três do 6º). O cirurgião-mor afirmava não ordenar a transferência deles para os hospitais de Montevideu e Corrientes, pois igualmente havia excesso de facultativos nestes hospitais²¹⁶. A imagem, portanto, de nosocômios com poucos doutores, com doentes a necessitar de atendimento nem sempre tinha correspondência com o mundo real.

Médicos e enfermeiros foram submetidos à uma nova rotina no Hospital Militar de Buenos Aires²¹⁷. Coube ao dr. Bonifácio de Abreu criá-la. Os facultativos passaram a ter um horário fixo para visitar os pacientes. Antes de tal determinação havia visitas em momentos variados, no geral, entre onze da manhã e duas da tarde. A inexistência de um horário pré-estabelecido produzia transtornos para o fornecimento de dietas e remédios. O delegado ordenou também que os médicos assinassem o “mapa das dietas”²¹⁸, de modo a fazer com que os enfermeiros tivessem condições de organizar os seus pedidos. Criou uma tabela com os nomes dos facultativos e pensionistas que deviam cumprir as tarefas do dia.

Não parou por aí. Implementou um livro de ponto para os empregados do hospital. Estabeleceu que as janelas das enfermarias deviam permanecer abertas, um hábito inexistente no Buenos Aires. A ausência de tal prática, associada à carência de ventiladores e ao excesso de pacientes, impedia a renovação do ar - algo que, nos dizeres da época, “viciava” a atmosfera. Apesar de alguns colegas de Bonifácio de Abreu asseverarem que janelas permanentemente abertas tornariam os doentes mais vulneráveis a pneumonias e pleurisias, o delegado do cirurgião-mor do exército não deixou de implementar esta medida.

Tais determinações (algumas delas já defendidas pelo dr. Souto) não reduziram imediatamente as mortes. Se entre 25 de setembro e 3 de outubro de 1866, houve 9 falecimentos, entre 4 e 31 de outubro existiram 17 óbitos, totalizando 26 mortes, como depreende-se da tabela 5. Dr. Bonifácio de Abreu explicava o motivo. Dos 17 falecimentos, 12 eram de enfermos procedentes do hospital flutuante *Eponina*. É provável que a embarcação tenha vindo de Corrientes. Se, de fato, o vapor veio de lá não foi por orientação de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho porque só no dia 24 de outubro ele chegou em Buenos Aires²¹⁹ (por ordem do general Polidoro, como mencionei

215 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

216 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

217 AHEX, código 5620, officios, 1867.

218 AHEX, código 5620, officios, 1867.

219 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção

linhas acima) para vistoriar o hospital da cidade. E o *Eponina* desembarcara em Buenos Aires nos dias 9 e 10 daquele mês. O vapor trouxe 180 doentes, dentre estes os mais graves foram majoritariamente conduzidos à enfermaria de São Domingos, sob a responsabilidade de dois médicos, um deles era o dr. Souto.

Por “fatalidade ou engano”²²⁰, lamentava Bonifácio de Abreu, foram embarcados enfermos que não tinham condições físicas de se deslocar até o Hospital Militar de Buenos Aires (era possível divisar moribundos entre os doentes²²¹). Os escaleres que levavam os pacientes para a embarcação tiveram que retornar de bordo, visto que três deles já estavam mortos! Dr. Joaquim de Oliveira Botelho²²², integrante do corpo de saúde da marinha, que dirigia o serviço médico do *Eponina*, se opôs a partida do vapor. Exigia a presença do conselheiro Francisco Otaviano de Almeida Rosa, que visitara os hospitais militares e esforçava-se para mantê-los dentro das regras básicas de higiene.

A despeito da chegada de Rosa, por razões obscuras, o *Eponina* (que, no começo de 1867, seria destruído por um incêndio) navegou até Buenos Aires. O delegado Abreu tentava mostrar que as mortes continuavam a ocorrer na instituição hospitalar da cidade, não por falta de práticas higiênicas, mas em função de um problema que não dizia respeito ao estabelecimento. Após o fatídico mês de outubro de 1866, houve uma redução na taxa de mortalidade. Como vemos na tabela 5, nos três meses seguintes faleceram, respectivamente, 14, 8 e 4 pessoas no nosocômio.

No começo de 1867, o Hospital Militar de Buenos Aires foi extinto²²³. As autoridades compreenderam que, centralizando-se o serviço de saúde em Montevidéu, haveria uma economia para os cofres públicos. Os médicos, acadêmicos e farmacêuticos foram redirecionados para outras cidades²²⁴. Dr. Souto seguiu (levando feridos) para o Rio de Janeiro e dr. Bonifácio de Abreu foi para Montevidéu e, em seguida, para Corrientes.

O estabelecimento de Montevidéu²²⁵ dividia-se em três edifícios. O primeiro situado na rua de Soriano era formado por dois galpões de tábuas cobertos de zinco. Estes galpões eram baixos, pouco iluminados e com uma reduzida circulação de ar. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho

manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

220 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

221 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

222 Joaquim Antônio de Oliveira Botelho era filho de Antônio Tomás de Oliveira Botelho e Ana Joaquina de Queiroz Botelho. Nasceu na Bahia, em 30 de junho de 1827. Formou-se em medicina pela faculdade imperial aí existente. Tornou-se membro do corpo de saúde da marinha. Ademais, ajudou a debelar a cólera, em 1855, no município de Cachoeira, Bahia. Viu, naquele terrível ano, o flagelo colérico ceifar inúmeras vidas em sua terra natal. Enfrentou, ao lado do dr. Salustiano Ferreira Souto, a peste de Ganges, uma vez mais, durante a Guerra do Paraguai. Morreu em 22 de junho de 1869. IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 832.62; BLAKE, Sacramento, volume 4, p. 89.

223 Ofício confidencial de João Lustosa da Cunha Paranaguá ao marquês de Caxias, autorizando a extinção do hospital militar e de todo serviço referente ao movimento do exército estabelecido em Buenos Aires. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 001 n° 045.

224 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

225 Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá. BN, seção manuscritos, 34-A,004,002 n° 043.

propôs uma reforma por meio da qual tais galpões seriam destruídos e, de acordo com os “preceitos da higiene”, substituídos por outros. No entanto, parece-me, que esta reforma não foi levada a cabo (não encontrei vestígios de sua realização). O segundo edifício localizava-se na rua do rio Negro e o terceiro na rua 25 de maio. Na avaliação de Carvalho, tal edifício explicitava preocupantes condições higiênicas em função dos ventos úmidos que bafejavam do sul e das enchentes que aí ocorriam de maneira regular. Uma matéria publicada no *Jornal do Commercio*, em 25 de outubro de 1866, chamava a atenção para a questão das cheias²²⁶. Solicitava que o marquês de Caxias, marechal do exército brasileiro, averiguasse as razões que levaram o governo uruguaio a desocupar o edifício da 25 de maio. Segundo o texto, o prédio foi “levantado em terreno de aterro tomado ao mar nos últimos anos”²²⁷. Ademais, era constantemente castigado por suas ondas, o que, em algumas ocasiões, produzia enchentes, tornando-o inacessível.

O Hospital Militar de Montevideu recebia doentes de outras instituições hospitalares. Em 1865, havia nele muita desorganização e as queixas dos enfermos não eram infundadas. Em 8 de maio daquele ano, transferiu-se 200 doentes do acampamento do Cerro para o estabelecimento²²⁸. Deu-se a transferência em “lanchões abertos”²²⁹, veículos normalmente usados nesse tipo de transporte. Daquele conjunto de enfermos, 60 desembarcaram à noite. Não ficaram abandonados no porto, mas tiveram que aguardar um bocado até serem recolhidos ao hospital.

O conselheiro Francisco Otaviano de Almeida Rosa, ao tratar do assunto com Angelo Muniz da Silva Ferraz, ministro e secretário de estado dos negócios da guerra, disse que os soldados enfermos foram levados para o nosocômio em “gôndolas brasileiras”²³⁰. Um deles morrerá. O conselheiro afirmava que, talvez, a transferência tivesse agravado a saúde do combatente. Reconhecia, entretanto, que o problema radicava-se na medida irresponsável de autorizar o deslocamento de pacientes sem condições físicas de realizá-lo. Malgrado fizesse tal reconhecimento, o conselheiro Rosa não impediu o *Eponina* de zarpar, no ano seguinte, com doentes sobremaneira debilitados para Buenos Aires. Donde infere-se que o transporte de soldados enfermos, durante o conflito, era realizado de maneira desorganizada, carecendo de inspeção, seleção e controle. O tributo pago pela ausência de rigor das autoridades brasileiras em relação às transferências, não-raramente, era a ampliação do número de combatentes mortos.

226 “Hospital de Montevideu – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 25 de outubro de 1866.

227 “Hospital de Montevideu – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 25 de outubro de 1866.

228 Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideu, destacando que este não estava preparado para receber pacientes. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 003 n° 031.

229 Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideu, destacando que este não estava preparado para receber pacientes. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 003 n° 031.

230 Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideu, destacando que este não estava preparado para receber pacientes. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 003 n° 031.

Em Montevideu, o conselheiro impressionou-se com o precário estado das vestimentas das praças. “O mau vestuário de muitos dos soldados enfermos provinha de não se ter ainda fornecido roupa nova a todos aqueles que fizeram a campanha oriental ...”²³¹. Observou que a maioria do exército experimentava esta situação. Apenas os militares que estiveram na Corte imperial, havia pouco tempo, se encontravam corretamente fardados. Tal percepção levou-o a autorizar imediatamente a compra de “capotes, bonés e tudo quanto fosse essencial para que o soldado não padecesse”²³² com a chegada do inverno.

O conselheiro Rosa, a concluir sua reflexão, notava que o Hospital Militar de Montevideu não estava preparado para receber tão significativo número de enfermos. Sua análise e as medidas que implementou nos nosocômios mostram que o governo monárquico preocupava-se com as condições dos hospitais. E realizou ações para melhorá-los. Com tal assertiva quero explicitar que, embora as instituições hospitalares tivessem problemas organizacionais e higiênicos, em alguns casos, demasiadamente graves, o governo imperial não estava alheio a eles. Procurou minorá-los, mas nem sempre com sucesso.

Em 1866, o brigadeiro Antônio Nunes Aguiar ocupava cargo administrativo no Hospital Militar de Montevideu. A documentação analisada por mim não revela qual era o cargo de Aguiar. Contudo, é certo que não ocupava uma posição desimportante. Três fatores indicam isso: 1º) sua alta patente; 2º) seu papel determinante no que dizia respeito à autorização da remoção de doentes para aquele nosocômio; 3º) sua participação, em colaboração com o dr. Antônio Manoel de Medeiros²³³, na criação (sem atentar para o problema das enchentes) do hospital da 25 de maio²³⁴.

Depreende-se, a partir dos documentos, que dr. Salustiano Ferreira Souto foi enviado pelo governo brasileiro para verificar as condições de funcionamento do Hospital Militar de Montevideu (tarefa que também realizou no estabelecimento de Buenos Aires). Após analisá-lo, Souto entendeu que a desordem reinante na instituição era responsabilidade do brigadeiro. O médico desabafava ao conselheiro Paranaguá: “não se pode conservar mais o Aguiar”²³⁵. Compreendia que o brigadeiro

231 Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideu, destacando que este não estava preparado para receber pacientes. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 003 n° 031.

232 Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideu, destacando que este não estava preparado para receber pacientes. BN, seção manuscritos, 34-A, 003, 003 n° 031.

233 Antônio Manoel de Medeiros era natural de Aracati, Ceará. Nasceu em 23 de abril de 1829. Era filho de Manoel do Rego Medeiros e Mariana do Rego da Luz. Era ainda irmão do dom Manoel do Rego Medeiros, bispo de Pernambuco. Morreu em 13 de julho de 1879, na Vila do Limoeiro, vitimado pela febre tísica. Estava a participar de uma comitiva médica por vários lugares do Ceará cujo objetivo era conter a enfermidade. IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 829.60; BLAKE, Sacramento, volume 1, p. 251.

234 “Hospital de Montevideu – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 25 de outubro de 1866.

235 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente, escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

Aguiar precisava ser “substituído por um militar honrado e digno”²³⁶, que não envergonhasse o exército “por sua improbidade, nem por sua íntima co-associação com fornecedores ladrões”²³⁷. Registre-se que os desvios a envolver fornecedores foram comuns nos hospitais militares durante a Guerra do Paraguai (recordemos o envolvimento de Baena Farinha no “escândalo” do Hospital Militar da Corte). Souto mencionava outros problemas associados a Aguiar²³⁸. Era “desbocado”, “lascivo”, “acusado de venalidades”. Além disso, mantinha uma amante e filhos. Sua “dama” e seus “alcoviteiros” contavam com soldados, que se transformaram em empregados particulares (embora continuassem a receber o soldo pago pelo governo).

A situação existente no hospital era alarmante²³⁹. O desregramento estava por todo lado: soldados que conquistavam mulheres nas ruas de Montevideú e iam fornicar no nosocômio; praças que vendiam cabras sem serem os donos dos animais; apaniguados do brigadeiro morando no local em que ficavam os feridos etc.. A presença de dr. Souto, a identificar os problemas da instituição nosocomial para o governo monárquico, e a propor meios para superá-los, melhorou o funcionamento do Hospital Militar de Montevideú.

Um dos alvos foram os fornecedores. “Tenho concorrido para acabar sem pau e sem pedras com muitos abusos, [e] ladroeiras [dos] fornecedores ... [eles] estão furiosos, mas não podem lutar ...”²⁴⁰. O doutor asseverava que o governo imperial devia nomear uma comissão formada por um farmacêutico, um lente de farmácia e um médico militar, que se responsabilizaria pela seleção e compra dos remédios. Souto considerava necessário que a comissão comprasse os medicamentos mais urgentes aos hospitais militares. Sublinhava alguns: cânfora, sulfato de ferro, ácido fênico e outros. Fez também um mapeamento do desempenho dos médicos, enfermeiros e farmacêuticos que lá trabalhavam. Destacou a importância de se rescindir contratos de facultativos. Havia muitos médicos, no final de 1867, segundo ele, desnecessariamente. Não existiam tantos doentes como em maio de 1865. Tanto mais que, em 13 de dezembro de 1867, o Hospital Militar de Montevideú foi oficialmente reduzido a uma enfermaria, que funcionava no Hospital Italiano. A enfermaria incorporou parte dos enfermos da antiga instituição hospitalar. Aqueles que estavam em melhores condições foram removidos para o Hospital Militar de Santa Catarina²⁴¹.

236 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente, escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

237 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente, escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

238 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente, escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

239 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente, escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

240 Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto, aparentemente ao marquês de Paranaguá, 30 de outubro de 1867, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

241 “Ordem do dia nº 166 – Quartel-General em Tuyu-Cuê, 13 de dezembro de 1867” in: *Ordens do dia primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 96 (1866 a 1867)*.

Ao chegar em Montevideu, depois da extinção do Hospital Militar de Buenos Aires, dr. Bonifácio de Abreu teve uma surpresa: recebeu ordem de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho para seguir em direção aos hospitais provisórios de Corrientes²⁴². Disse o cirurgião-mor que a viagem do médico fora inútil porque ele já nomeara dr. Abreu para trabalhar na província correntina. Abreu afirmava, entretanto, que não existia nomeação. Na verdade, esta foi feita, às pressas, apenas quando ele chegou em Corrientes. O médico via a atitude do chefe de saúde do exército como mais uma de suas “pirraças pequeninas”²⁴³ contra seus críticos. O cirurgião-mor, na avaliação de Abreu, não o queria perto de si. A ideia de dr. Carvalho era desestimulá-lo e convencê-lo a voltar para o Rio de Janeiro. Contudo, isso não ocorreu.

Bonifácio de Abreu considerava o cirurgião-mor incompetente. Na sua compreensão, onde o corpo de saúde sofria a influência de dr. Carvalho havia problemas. Para comprovar a sua afirmação, expôs ao marquês de Paranaguá, no começo de 1867, o que chamou de “provas”²⁴⁴. O hospital mais importante de Corrientes era o Saladeiro. Em 10 de fevereiro de 1867, havia 2010 enfermos no estabelecimento. Destes 1840 eram “doentes de medicina”²⁴⁵ e 270 “de cirurgia”²⁴⁶. Do total de enfermos, 300 estavam em barracas ao redor dos galpões. Porém, no convento de São Francisco existiam leitos vazios para mais de 300 pessoas. Bastava, então, um remanejamento para que os doentes fossem melhor acomodados. O cirurgião-mor não teve tal preocupação ou não atentou para esta possibilidade. O preço pago pelo desleixo foi caro: enquanto dr. Abreu esteve em Corrientes, “sobrevieram dois dias de chuva intensa”²⁴⁷, que favoreceram, na manhã seguinte, a morte de soldados que estavam nas barracas.

Dr. Carvalho foi acusado, ainda que delicadamente, de cometer uma outra falha. O coronel Inocêncio Veloso Pederneiras, em 9 de março de 1866, lembrava que os médicos que estavam a acompanhar os doentes transferidos dos hospitais de sangue para os hospitais provisórios não

242 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

243 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

244 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

245 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

246 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

247 Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

retornavam aos primeiros²⁴⁸. Recordava que no hospital ambulante em Tala-Corá havia muitos pacientes a precisar de cuidados médicos, e doutores que acompanharam enfermos de tal estabelecimento até Corrientes não voltaram para Tala-Corá. Ademais, sublinhava o fato de aí haver mais doentes do que na província correntina. Os facultativos não retornavam aos ambulantes, especialmente em razão de uma variável já indicada: a desconsideração da elite médica pelo trabalho manual. Jovens que assistiam aulas entediadas nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, desacostumados à labuta com as mãos, vendo-a como tarefa de escravos, arrogantes, não se adequavam às exigências médicas do *front*.

Não é fácil recuperar historiograficamente Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. Talvez, dr. Carvalho fosse, com efeito, o responsável pelos falecimentos ocorridos nas barracas de Corrientes. Quiçá, apresentasse uma postura desatenta em relação aos médicos que abandonavam os hospitais ambulantes. No entanto, denominá-lo incompetente, como sugeriu Bonifácio de Abreu (provavelmente magoado pelo cirurgião-mor não desejá-lo em Montevidéu), aparentemente, era um exagero. A posição de destaque que ocupava no serviço de saúde fazia com que ele fosse alvo privilegiado de críticos e desafetos. É provável que, em algumas ocasiões, adotasse uma postura hesitante, a evitar choques com representantes do governo, como julgava, com certa irritação, dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu ao apontar as falhas do corpo de saúde do exército.

Porém, Carvalho devia ser estudioso. Mantinha em sua casa três estantes com centenas de livros sobre medicina e cirurgia. Além disso, devia ter identificação com seu ofício (em sua residência havia também 11 caixas de ferros cirúrgicos e três estojos). A tradição de desprezo pelo trabalho manual, provavelmente, não se aplicava a ele. Não associava necessariamente labuta com aos mãos à escravidão. Talvez, visse o próprio cativo como uma instituição amoral (não havia em seu inventário registro de cativos). Conta-se que, certa vez, cuidou de um doente que sofrera uma complicada cirurgia de “invaginação”²⁴⁹. Tratava-se de um escravo, “homem do mar”²⁵⁰, que já tentara suicídio duas vezes, ferindo-se com uma faca no abdômen. Nas duas vezes foi atendido por dr. Carvalho. O cativo deu entrada uma terceira vez na enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Trazia “ainda apertado na mão, convulsamente cerrada, uma porção do intestino que intencionalmente cortara”²⁵¹. O doutor, uma vez mais, cuidou dele.

A operação foi um sucesso. Em uma das visitas diárias, cercado de estudantes, o cirurgião-mor disse que, em breve, o paciente receberia alta. O escravo sentou-se e afirmou-lhe: “se meu

248 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 14.

249 ROCHA, Ismael da. “Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho” in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

250 ROCHA, Ismael da. “Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho” in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

251 ROCHA, Ismael da. “Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho” in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

senhor não me podia dar a liberdade, por que me deu a vida?”²⁵². O médico respondeu: “Bem, rapaz, já que Deus quis que eu te desse a vida, eu te darei a liberdade!”²⁵³. O facultativo reportou-se a José Clemente Pereira, o provedor, e relatou o ocorrido. Pereira impediu que Carvalho gastasse dinheiro comprando a alforria do cativo. Ao relatar o episódio ao proprietário, este tornou-o livre. Sabe-se que dr. Carvalho, efetivamente, trabalhou no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Também é sabido que os médicos oitocentistas reuniam-se com acadêmicos no leito dos pacientes, objetivando analisar, de acordo com a tradição anatomoclínica, o desenvolvimento da enfermidade no corpo do indivíduo (donde a importância da descrição dos casos, comuns em teses e tratados médicos de então). Sabe-se igualmente que o Hospital da Santa Casa atendia escravos, forros, pardos e demais integrantes das camadas menos favorecidas.

Contudo, o episódio pode simplesmente ser uma construção mítica, romântica, com o intuito de iconizar a figura de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. De qualquer maneira, a história também é feita de mitos, e este, em particular, talvez, indique que Carvalho tivesse, no mínimo, uma postura generosa perante os escravos ou aos populares em geral.

O doutor tinha experiência em intervenções cirúrgicas. Diferente dos moços médicos e estudantes, eivados de petulância, exacerbada pela juventude, Carvalho estava habituado ao uso de torniquetes, bisturis, lancetas, serras cirúrgicas, e ao líquido vermelho nas mãos e na roupa. Relatos sugerem que o cirurgião-mor, durante a Guerra da Tríplice Aliança, chegou a operar, algumas vezes de joelhos, com as vestimentas sujas de sangue, por vinte horas consecutivas²⁵⁴.

George Guthrie, festejado médico inglês, dizia que “se um pintor quisesse desenhar ao vivo um quadro que mais comovesse o coração humano não precisava mais do que desenhar um hospital de sangue depois de uma batalha”²⁵⁵. Apesar do apelo romântico, as palavras do cirurgião não estavam longe da realidade. Vários feridos chegavam abruptamente nestes hospitais. Ossos partidos, carnes dilaceradas; médicos e enfermeiros a correr de um lado a outro; gritos e gemidos, que expressavam o desespero dos combatentes. Os hospitais de sangue não eram barracas de má qualidade improvisadas em meio ao campo de batalha (ainda que Eduardo Augusto Pereira de Abreu as comparasse às existentes nas “planícies incultas da África”²⁵⁶).

Havia nos hospitais ambulantes algum nível de organização. De acordo com o regulamento

252 ROCHA, Ismael da. “Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho” in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

253 ROCHA, Ismael da. “Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho” in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

254 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio* – Buenos Aires, 12 de agosto de 1866” in: *Jornal do Commercio*, 3 de setembro de 1866.

255 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio*” in: *Jornal do Commercio*, 1 de junho de 1866.

256 ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

de março de 1857, cada coluna do exército devia ser amparada por um hospital de sangue²⁵⁷. Um documento denominado “apontamentos para a organização de um serviço de saúde” sugeria que tais nosocômios deviam ter um sistema de ambulâncias baseado no que foi preparado pelo corpo médico francês para a guerra imperialista na África²⁵⁸. Tal sistema tinha três ambulâncias canastras: cirurgia, farmácia e provisões (esta constituía-se de objetos relativos à escrituração, fiscalização e administração dos hospitais). Através da análise do manuscrito, podemos imaginar o perfil das ambulâncias constitutivas do corpo de saúde do exército brasileiro. A tabela 6 mostra os produtos presentes nas ambulâncias de farmácia e cirurgia.

Tabela 6

Ambulâncias canastras de farmácia	Ambulâncias canastras de cirurgia
Chá hyswou	Compressas sortidas
Flores de sabugueiro	Ataduras
Flores de tilia	Fios
Óleo de rícino	Linhas
Cânfora	Linhas para ligaduras
Óleo de terebintina	Esponja
Ácido acético	Agulhas
Ácido tartoico purificado	Agulheiro
Cloreto de cálcio	Alfinetes
Sulfato de quinino	Seringa para injeção
Sulfato de sódio	Boceta de folha de flandres
Éter sulfúrico alcoolizado	Cápsula de folha de flandres
Acetato de chumbo cristalizado	Frascos quadrados
Acetato de chumbo líquido	Copo para água

257

258 AN, IG 6 14 documentos 72 a 77, 1865, série guerra.

Alcoolato de melissa composto	Agárico
Alcoolato de cachou	Instrumentos para boca
Alcoolato de cânfora	Pano crivado
Alcoolato de curesella	Algodão cardado
Alcoolato de digitulos púrpura	Caixa para amputação
Alcoolato de extrato de ópio	Crina
Extrato de alcaçuz	Castiçal de ferro
Hidrolato de flores de laranjeira	Ventosa
Hidrolato de rosas pálidas	Folhas, canivetes e lápis
Ácido sulfúrico	Tinteiro, papel e penas
Sulfato de albumina e potássio	Velas
Kernes	Pote de louça vidrada (cunhão) de 12 centilitros
Tártaro metico	Frascos de vidro branco sortidos de 250 gramas
Arotuto de prata fundido	Frascos de vidro branco sortidos de 100 gramas
Sulfato de cobre	Frascos de vidro branco sortidos de 50 gramas
Raiz de ipecacuanha	Frascos de vidro branco sortidos de 30 gramas
Pó composto hemostático	Frascos de vidro branco sortidos de 20 gramas
Óleo essencial de limão	Frascos escurilados sortidos de 150 gramas
Sublimado cononivo	Frascos escurilados sortidos de 100 gramas
Calomelanos de patente	Ataduras para fraturas de coxa
Arolato de potássio	Ataduras para fraturas de perna
Bicarbonato de sódio	Ataduras para fraturas de braço
Sulfato de zinco	Ataduras para fraturas de antebraço
Cerauto de galeno	Ataduras para preparados (corpo)
Espécies peitorais	Ataduras para preparados (quadrados)

Extrato de ópio	Ataduras para preparados (triângulo)
Pomada mercurial	Ataduras para preparados (T)
Quina em pó	Tiracolos
Açúcar	Panos para curativos
Mostarda em pó	Talas para coxa
Mistura solidificável	Talas para perna
Sondas	Talas para braço
Ataduras enroladas	Talas para antebraço
Panos para curativos	Tigela para cuspir
Fios de linho	Fios de ferro para coxa
Agulhas	Fios para perna
Alfinetes	Fios para braço
Esponjas	Fios para antebraço
Linhas	Cadarços
Seringa para injeção	Barbantes
Rolhas de cortiça	Prancheta móvel
Papel de filtro	Espátula de grãos
Cera amarela	_____
Creosoto	_____
Óleo essencial de limão	_____

Ambulâncias canastras de farmácia e cirurgia usadas na guerra imperialista francesa na África que deviam servir de base para o corpo de saúde do exército (fonte: AN, IG 6 14 documentos 72 a 77, 1865, série guerra)

Não está claro se o corpo de saúde do exército brasileiro adotou o modelo francês de ambulâncias. De qualquer maneira, registre-se que a documentação sobre o corpo de saúde

menciona a maioria dos produtos elencados na tabela supracitada. Além destes, o clorofórmio e o ácido fênico também aparecem em ofícios, relatórios, tratados médicos e outras fontes sobre o assunto. O primeiro mais regularmente que o segundo. De acordo com o texto, cada hospital de sangue devia ter 2 pares de ambulâncias canastras de cirurgia, 1 de farmácia e 1 de administração. Também deviam fazer parte dos hospitais ambulantes os seguintes materiais: padiolas; leitos; capas variadas para chuvas (as de palha serviriam igualmente como colchões); barracas; e carros de transporte. Seguindo o padrão francês, os carros deviam transportar as canastras. Contudo, só seriam utilizados se existissem boas estradas. Na ausência delas, as bestas cumpririam tal função, por meio de cangalhas. O manuscrito contém poucas informações sobre o deslocamento das praças feridas. Outras fontes, todavia, iluminam este ponto.

Na noite de 1^a de maio de 1866, José Ignacio Garmendia, militar argentino, mergulhara em um sono profundo e agitado²⁵⁹. Não estava sozinho. O resto do batalhão também dormira. Seus integrantes mantinham as armas nas mãos. Acordados estavam os sentinelas e Francisco Seeber, oficial compatriota, que não conseguia relaxar. Seeber, próximo a Garmendia, teve a impressão de que o militar sonhava que estava a enfrentar paraguaios. Garmendia serpenteava perigosamente sua espada. O patrício, quase atingido, tentou despertá-lo, mas sua atitude foi em vão. Se, de fato, eram paraguaios que ameaçavam Garmendia em seu sono atribulado, no dia seguinte, a fantasia tornou-se realidade: tinha início a batalha de esteiro Bellaco.

Em 27 de abril daquele ano, as tropas aliadas estabeleceram posições no Passo da Pátria, em território inimigo (Doratioto, 2002, p. 211). Não avançaram pois desconheciam a topografia da região. Mais do que isso. Não podiam contar com a cavalaria, porque seus membros estavam majoritariamente a pé - seus cavalos estavam mortos ou exaustos (*idem*). Sabia-se que os paraguaios estavam próximos. Antes que Bartolomeu Mitre, presidente da Argentina, pudesse proteger militarmente a área, naquele 2 de maio, Solano López²⁶⁰, em plena luz do dia, ordenou a ofensiva sobre os exércitos aliados. Os paraguaios contavam com uma bateria de artilharia e cerca de 4 mil homens, sob o comando de José Eduvigis Díaz (*idem*). Os combatentes de Díaz sobrepujaram o esteiro Bellaco, esconderam-se na vegetação, e promoveram um ataque surpresa sobre os batalhões da Tríplice Aliança, formados por 3580 soldados (1680 uruguaios e 1900 brasileiros), comandados pelo general uruguaio (referência entre os colorados) Venâncio Flores (*idem*).

Usando a artilharia, os aliados lograram envolver o inimigo. Os paraguaios fugiram, de

259 SEEBER, Francisco. *Cartas sobre la Guerra del Paraguay, 1865-1866*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de L.J. Rosso, 1907, pp. 73-74.

260 Para informações sobre a vida de Francisco Solano López, cf. GRAHAM, Robert B. Cunninghame. *Retrato de un dictador: Francisco Solano López, Paraguay, 1865-1870*. Buenos Aires: El Elefante Blanco, 2001 (1933).

maneira confusa, a abandonar mortos, feridos e armas²⁶¹. A batalha foi concluída por volta de seis horas da tarde²⁶². Os paraguaios tiveram cerca de 2300 baixas, e os aliados algo em torno de 1500²⁶³.

O ataque inimigo de 2 de maio exigiu muito trabalho dos médicos do corpo de saúde do exército. Organizaram, às pressas, dois hospitais de sangue²⁶⁴: um na capela do Passo da Pátria, e outro em dois galpões de um antigo estabelecimento paraguaio, onde se curtia couro, no lado ocidental da cidade. Divisava-se, perto destes galpões, “barracões especiais, vindos previamente do Rio de Janeiro”²⁶⁵. Neles foram atendidos vários militares (brasileiros e, provavelmente, argentinos e orientais). No hospital ambulante, à oeste, 485 combatentes receberam os primeiros cuidados (15 faleceram antes de dar os seus nomes)²⁶⁶.

No dia da ofensiva, e nos dois subsequentes, enfermos e feridos foram transportados em padiolas e em carretas puxadas por animais, “conforme a gravidade dos ferimentos e a importância dos curativos ...”²⁶⁷. Eles foram conduzidos até os vapores *Onze de Junho*, *Duque de Saxe*, e *Isabel*. Através de tais embarcações foram levados ao hospital provisório de Saladeiro, em Corrientes. Durante a Guerra da Tríplice Aliança, também usou-se o *cacolet*, isto é, dupla de cadeiras, em metal, disposta de tal modo no lombo de gados muares que possibilitava o deslocamento de soldados alvejados e enfermos. O *cacolet* foi utilizado nas expedições francesas ao Maghreb e nas Guerras Peninsular, Crimeia e Secessão (Souza, 1971, pp. 117-127).

O correspondente do *Jornal do Commercio* criticava as condições de transporte dos doentes.

261 CENTURION, Juan Crisostomo. *Memorias del coronel Juan Crisostomo Centurion o sean reminiscencias historicas sobre la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta de Obras de J. A. Berra-Bolívar, 1897, segundo tomo (republicado em Breinigsville, Estados Unidos, por Kessinger Publishing, em fevereiro de 2011), p. 90.

262 CENTURION, Juan Crisostomo. *Memorias del coronel Juan Crisostomo Centurion o sean reminiscencias historicas sobre la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta de Obras de J. A. Berra-Bolívar, 1897, segundo tomo (republicado em Breinigsville, Estados Unidos, por Kessinger Publishing, em fevereiro de 2011), p. 90.

263 CENTURION, Juan Crisostomo. *Memorias del coronel Juan Crisostomo Centurion o sean reminiscencias historicas sobre la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta de Obras de J. A. Berra-Bolívar, 1897, segundo tomo (republicado em Breinigsville, Estados Unidos, por Kessinger Publishing, em fevereiro de 2011), p. 90.

264 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio*” in: *Jornal do Commercio*, 2 de maio de 1866.

265 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio*” in: *Jornal do Commercio*, 2 de maio de 1866.

266 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio*” in: *Jornal do Commercio*, 8 de maio de 1866.

267 “Exterior – correspondência do *Jornal do Commercio*” in: *Jornal do Commercio*, 8 de maio de 1866. Isabel I, rainha da Espanha, foi a primeira monarca europeia a criar meios para transportar os feridos do campo de batalha para as instalações médicas mais próximas. Durante a conquista de Granada, importante episódio da Reconquista, leia-se, movimento de expulsão dos mouros da Península Ibérica, o exército espanhol usou carroças com camas para conduzir soldados feridos até grandes hospitais barracas. O *Queen's Hospital*, oferecido por Isabel ao exército em luta, contava com aproximadamente 400 carroças. Apesar de unidades móveis para o deslocamento de feridos serem encontradas no século XV, o “conceito moderno” delas provem do final do setecentos e começo do oitocentos, graças ao trabalho de Dominique Larrey. O exército francês lançava mão dos *fourgons*, ou seja, trens puxados por 40 cavalos ou mais. O tamanho de um *fourgon* impedia que chegasse rapidamente à cena de batalha. Consequentemente, os soldados, carentes de atendimento, morriam, em muitos casos em razão da perda de sangue. Larrey criou as “ambulâncias volantes”, que realizavam, graças à presença de cirurgiões e auxiliares, atendimentos médicos já no teatro de guerra – por exemplo, amputações e extrações de projéteis. Tais ambulâncias mantinham contato com as tropas de forma a favorecer a evacuação. HALLER Jr., John S.. *Battlefield medicine: a history of the military ambulance from the Napoleonic Wars through World War I, 1790-1925*. Illinois: Southern Illinois University Press, 2011.

Suas tintas:

... o serviço das evacuações dos feridos não tem sido tão regular como devia ser. Parece que em nosso exército se pensa pouco no grande risco que há em conduzir feridos em carretas pouco apropriadas, sem molas, por caminhos escabrosos, atravessando pontes ligeiras feitas sobre lagoas e banhados imensos, até a margem de um rio, onde são transportados para botes, ou escaleres, que os passam a vapores, os quais os conduzem até o Saladeiro, onde passam de novo a outros botes, que por fim os levam ao cais do hospital [correntino]²⁶⁸.

O autor recordava que o transporte do dia 4 de maio havia terminado uma hora da manhã! E perguntava-se: “se durante o dia essas mudanças, esses transportes, são arriscadíssimos, o que acontecerá na escuridão da noite?”²⁶⁹. O correspondente centrava fogo no fato de que todos os feridos eram transportados de uma única vez. Na sua avaliação, os homens mais gravemente feridos deviam ser conservados nos hospitais de sangue. Aqueles que apresentassem ferimentos ou afecções leves também. Os primeiros só deviam ser deslocados mediante progresso em seu estado de saúde. Os últimos, assim que se recuperassem, deviam ser devolvidos aos seus respectivos batalhões. O que o correspondente não considerava era que os hospitais ambulantes não tinham condições de manter os enfermos por muito tempo em suas instalações. Como veremos nas próximas linhas, a precariedade material neles existente era grande. Talvez, a corrupção a envolver os fornecedores de medicamentos (como ocorria nos outros nosocômios militares) e o descaso dos facultativos contribuíssem para a ausência de peças essenciais ao seu funcionamento.

Com efeito, a chegada de feridos, após uma batalha, devia produzir transtornos e desordenamentos nos hospitais de sangue. Isso não significa, entretanto, que os seus integrantes não tivessem funções previamente definidas, como, aliás, seus pares nos demais hospitais militares. Em 1º de julho de 1865, Manoel Luiz Osório, general em chefe do exército brasileiro, reorganizou o hospital ambulante, que acompanhava as tropas próximas à Vila Concórdia²⁷⁰. O general redefiniu os seus membros. A tabela 7 apresenta-os, discriminando seus nomes e cargos.

268 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio” in: *Jornal do Commercio*, 8 de maio de 1866.

269 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio” in: *Jornal do Commercio*, 8 de maio de 1866.

270 AHEX, “Ordem do dia nº 47 – quartel general do comando em chefe do exército em operações junto à Vila da Concórdia, em 2 de julho de 1865” in: *Ordens do dia, primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 113, 1865*.

Tabela 7

Nomes	Cargos
Dr. Praxedes Gomes de Souza Pitanga	1º cirurgião
Dr. Mateus Alves de Andrade	1º médico
Dr. Jayme Gomes Robson	2º cirurgião
Dr. Alcebíades José de Azevedo Pedra	2º cirurgião
Dr. Francisco Homem de Carvalho	2º cirurgião
Teodomiro de Melo Barreto	alferes
Anacleto Ramos de Abreu Carvalho Contreiras	alferes (escrivão)
João Augusto dos Santos Vital	2º sargento (amanuense)
Matias Carlos do Rego Monteiro	1º sargento (enfermeiro-mor)
Firmino de Barros	cabo de esquadra (enfermeiro)
Manoel José de Araújo Lima	cabo de esquadra (enfermeiro)
João Bezerra	cabo de esquadra (enfermeiro)
Padre Américo Augusto de C. Coelho dos Santos	capelão
Frei Fidélis d'Ávola	capelão
Frei Jerônimo de Montefiori	capelão
Acólito Manoel José	capelão

Membros do Hospital Ambulante nas proximidades de Vila Concórdia (fonte: AHEx, “Ordem do dia nº 47 – quartel general do comando em chefe do exército em operações junto à Vila da Concórdia, em 2 de julho de 1865” in: *Ordens do dia, primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 113, 1865*)

Os hospitais ambulantes, como os permanentes e provisórios, passavam por ajustes e reformulações. Expunham mudanças que obedeciam aos eventos e desdobramentos da guerra. Uma das preocupações de Osório era com o acúmulo de enfermos. No começo de setembro de 1865, os soldados do marquês de Herval estavam em Gualeguasyto. Aí aquele hospital de sangue sofreria

uma nova modificação²⁷¹. Passou a ter cinco seções separadas, que corresponderiam às quatro divisões do exército e à brigada de artilharia. Determinava-se que as seções deveriam ficar na retaguarda das divisões e da brigada. Ordenava-se ainda, para favorecer o funcionamento das mesmas, a criação de duas seções de farmácia correspondentes, cada uma, a duas divisões. Estabelecia-se que a brigada de artilharia seria contemplada pela seção que estivesse mais próxima.

Por vezes, o médico militar tinha que lidar com o perigo. Deixava o hospital ambulante na retaguarda e ia prestar atendimento aos combatentes feridos na frente de batalha. A cultura do preconceito pelo trabalho manual e o medo da morte faziam com que doutores lançassem mão de subterfúgios para não deixarem o hospital de sangue. Dr. Guilherme Neagli, 2º cirurgião, em 20 de fevereiro de 1866, recebeu ordem para deixar o hospital militar ambulante em Tala-Cará, e seguir, de madrugada, para a “vanguarda”²⁷². Não a cumpriu. Em seu nome, dr. Manoel José de Oliveira, cirurgião de brigada, afirmou que Neagli, no dia 12 daquele mês, fora “acometido de uma infecção purulenta, em consequência de ferimento feito na abertura de um cadáver ...”²⁷³.

Talvez, dr. Oliveira estivesse dizendo a verdade, e Neagli, de fato, tivesse se adoentado por ocasião de uma autópsia (um indicativo de que as vicissitudes da conflagração não impediram que os facultativos abrissem e esquadrinhassem corpos para descortinarem a *causa mortis* dos soldados). Entretanto, parece-me, que, por uma questão pessoal, ou por mero corporativismo, o cirurgião de brigada quis proteger a vida do colega.

Ainda que o autor anônimo do manuscrito “apontamentos para a organização de um serviço de saúde” tencionasse formar hospitais de sangue bem supridos de medicamentos, objetos para curativos, instrumentos cirúrgicos, a realidade não correspondeu às suas expectativas. No mesmo dia que dr. Neagli recebeu a ordem para seguir ao *front*, dr. Manoel da Silva Pontes, cirurgião-mor de brigada, dizia que na 3ª seção do hospital ambulante em Tala-Cará, não tinha “um só ferro para a extração de dentes ...”²⁷⁴. Reclamava “providências no sentido de ser quanto antes fornecido um estojo ou caixa de ferro para tal operação, a fim de que não estejam a ficar sem os socorros da arte, [as] praças, que, constantemente, são [remetidas] dos corpos para serem extraídos dentes, e outros que aqui mesmo tem necessidade de semelhante operação”²⁷⁵.

Dr. Pontes ao afirmar que “constantemente” soldados necessitavam de cirurgia dentária, não tinha em mente praças com uma dor inoportuna em razão de cáries, abscessos ou doenças da gengiva; usava o advérbio porque via, com regularidade, combatentes com mandíbulas destruídas,

271 AHEX, “Ordem do dia nº 91 – quartel general do comando em chefe do exército em operações no Gualaguasyto, em 3 de setembro de 1865” in: *Ordens do dia, primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 113, 1865*.

272 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 2.

273 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 2.

274 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 3.

275 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 3.

bochechas dilaceradas, e rostos disformes, empapados de sangue, decorrentes de tiros de fuzil e (em menor escala) baionetas.

Dr. Joaquim Mariano de Macedo Soares estava de serviço, em 20 de junho de 1866, no hospital ambulante, perto do Passo da Pátria, no Paraguai. Nesse dia, atendeu um major do exército brasileiro com uma ferida com pouca gravidade. Cuidou também de um capitão argentino com a perna esquerda fraturada, e com “contusões na face”²⁷⁶. Tratou ainda de três soldados feridos. Um deles com “ferimentos mui graves na face, havendo extensas dilacerações das partes moles, e fratura cominativa de alguns ossos”²⁷⁷. O combatente morreu à noite. Os doutores que trabalhavam nos hospitais de sangue tiveram que se habituar com soldados com semblantes destruídos, alguns, por conta da agressividade da ferida, desumanizados.

Em janeiro de 1866, dr. Oliveira, cirurgião-mor de brigada, e chefe da 4ª seção do hospital de sangue perto da Lagoa Brava, asseverava que “os ferros existentes na mochila cirúrgica que possui acham-se em muito mau estado, só podendo ser utilizados para autópsias ...”²⁷⁸. Além da ausência de instrumentos cirúrgicos em bom estado, os médicos igualmente careciam de materiais essenciais para o cuidado de ferimentos e machucados. Dr. Pontes, também naquele mês, usou sua pena para informar a Manoel Feliciano Pereira de Carvalho que o mesmo hospital sofria sobremaneira com a “falta de pano para curativo”²⁷⁹. Tratava-se de uma peça fundamental para atender às necessidades do “grande número de doentes”²⁸⁰ que lá havia.

A ausência de remédios era mais um problema experimentado nos hospitais ambulantes. Dr. Oliveira notou uma carência de remédios no hospital de sangue em que atuava. Cobrou-os ao dr. Pontes, cirurgião-mor de brigada, e, aparentemente, delegado do chefe do corpo de saúde do exército. Não foi atendida sua solicitação. Em 5 de março daquele ano, Oliveira, descontentado, novamente, cobrou Pontes. “Tornando-se cada vez mais sensível à falta dos medicamentos mais usuais, a ponto de não termos um grão de sulfato de sódio ou magnésio, nem uma gota de óleo de rícino ou outro qualquer purgante, nem meia onça de farinha de linhaça, vou de novo rogar a V. Sa. para que se digne dar as providências necessárias, a fim de satisfazer-se o meu pedido de medicamentos ...”²⁸¹.

A administração dos hospitais de sangue era problemática porque, assim como remédios e ferramentas cirúrgicas, faltavam materiais básicos para sua escrituração e supervisão²⁸². O ambulante próximo à Lagoa Brava sofria com tal dificuldade. Dr. Pontes recordava que neste

276 AHEX, pasta 5708, documento 10.37, pasta 2.

277 AHEX, pasta 5708, documento 10.37, pasta 2.

278 AHEX, pasta 5664a, documento, 10.9, pasta 6.

279 AHEX, pasta 5664a, documento, 10.9, pasta 6.

280 AHEX, pasta 5664a, documento 10.9, pasta 6.

281 AHEX, pasta 5661a, documento 1.4, pasta 11.

282 AHEX, pasta 5708, documento 10.30, pasta 8.

hospital dava-se “falta absoluta dos mais importantes papéis impressos, como papeletas, baixas, altas ...”²⁸³. Lembrava ao cirurgião-mor que tais objetos podiam ser encontrados em Corrientes, e a ausência dos mesmos atrasavam o trabalho dos amanuenses. A preocupação de Pontes não era gratuita. Sem papéis não havia como informar aos seus superiores as necessidades do hospital; realizar o mapa com o número de enfermos, produzir estatísticas etc. Depreende-se, a partir das linhas anteriores, que se o governo imperial conseguiu, em algumas ocasiões, melhorar o estado dos hospitais permanentes e provisórios, o mesmo, em geral, não ocorreu em relação aos ambulantes.

A marinha tinha seus próprios hospitais e enfermarias. Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo mencionou 5 nosocômios – Buenos Aires, Corrientes, Humaitá, Assunção²⁸⁴, e o vapor *Onze de Junho* (“hospital de sangue da esquadra”). A dificuldade em obter edifícios em Corrientes fez com que a marinha aí e alhures, como o exército, usasse o sistema de hospitais-barracas. A influência da Guerra Civil Americana, como julgava dr. Azevedo, foi determinante para a implementação de tal sistema.

O *Onze de Junho* continha uma boa praça d' armas com 12 camarotes, tendo dois beliches em cada um. Provavelmente, mais 12 camarotes existiam na coberta. A câmara do navio era o local em que ficava a sala de operações (embarcações inglesas, do alvorecer do oitocentos, tinham suas salas pouco iluminadas – pintadas de vermelho escuro – para minorar a tensão dos feridos diante do sangue e dos assustadores instrumentos cirúrgicos). O cirurgião-mor da esquadra sublinhava que, havendo muitos enfermos, o médico poderia mobilizar uma botica “sortida de todos os medicamentos”. A partir da experiência do exército, é provável que a fala de Azevedo seja exagero. Como vimos, falcatruas e desorganização dificultavam o trabalho dos doutores. Havia também 3 enfermarias – Vila de Uruguaiana, Cerrito, e Chaco.

283 AHEX, pasta 5708, documento 10.30, pasta 8.

284 O Hospital da Marinha em Assunção começou a funcionar por volta de março de 1869. No momento de sua inauguração havia os seguintes integrantes: dr. Manoel Simões Daltro e Silva (primeiro-médico); dr. José Carlos Marianni (primeiro-cirurgião); dr. Bento Gonçalves Cruz (segundo-cirurgião); José Caetano Pereira Pimentel (primeiro-farmacêutico). Manoel José Álvares, João Gonçalves de Carvalho e Ignacio Manoel Alves de Chastinet eram segundos-farmacêuticos. Ignacio Esmerati era capelão. Havia 1 enfermeiro-mor, 2 primeiros-enfermeiros, e 5 segundos-enfermeiros. Além disso, existiam 3 cozinheiros, 13 serventes, e 5 homens cuja tarefa era lavar a roupa dos pacientes. AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870, p. 429.

Tabela 8

Diretores em diferentes épocas	Cirurgiões	Médicos encarregados das enfermarias em diferentes épocas
João José Damazio	João José Damazio	João José Damazio
Pedro Aufran da Matta e Albuquerque	Pedro Aufran da Matta e Albuquerque	Pedro Manoel Álvares Moreira Villaboim
José Caetano da Costa	_____	_____
Antenor Augusto Ribeiro Guimarães	_____	_____

Quadro do pessoal médico do *Onze de Junho* - hospital de sangue da esquadra (fonte: *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870)

Entre doentes e ofícios (I): conflitos entre militares médicos e não-médicos em um contexto de guerra

José Cerqueira de Lima, mineiro, tinha trinta e seis anos de idade quando foi nomeado pelo presidente da província de Pernambuco, em 10 de março de 1865, major²⁸⁵ do 1º corpo de Voluntários da Pátria. Casado com Carolina Augusta Carqueja, foi comandante do destacamento do presídio de Fernando de Noronha. Segundo seus superiores cumpria seus deveres com “zelo, inteligência, atividade e boa-vontade”²⁸⁶. Não era médico. Tornou-se bacharel em matemática e ciências físicas sete anos antes. Entre fevereiro e agosto de 1866, exerceu o cargo de diretor dos hospitais de Corrientes, na Argentina. No ano seguinte deixou de desempenhar esta função por ser acometido de moléstia incurável: “estreitamento orgânico da uretra”. Não tendo condições de saúde para prestar serviços ao exército lhe foi designada a reforma.

O trabalho do major Lima naquela cidade argentina era hercúleo. Por ocasião dos combates, os hospitais de Corrientes ficavam apinhados. Os doentes chegavam diariamente – algo que tornava

²⁸⁵ Embora fosse nomeado major em comissão do 1º Corpo de Voluntários de Pernambuco, José Cerqueira de Lima era capitão da 6ª Companhia do 4º Batalhão de Artilharia a Pé. E como capitão foi reformado por questões de saúde. AHEX, pasta IV-24-10, fé-de-ofício de José Cerqueira de Lima.

²⁸⁶ AHEX, pasta IV-24-10, fé-de-ofício de José Cerqueira de Lima.

a vida do major mais difícil. Ele considerava “urgência indeclinável”²⁸⁷ a ampliação do número de médicos no Hospital Militar Brasileiro (conjunto de hospitais e enfermarias radicados na região correntina – Saladeiro e Avalos eram os principais). Em 12 de maio de 1866, apresentou o problema ao cirurgião-mor do exército Manoel Feliciano Pereira de Carvalho: “Ressentindo-se o Hospital Militar desta cidade de falta de pessoal de médicos para acudir o grande número de doentes hoje existentes aí, como tenho feito ver a V. Exa. me vi na contingência de deixar ficar aqui para servir na enfermaria do Saladeiro o Dr. José Maria de Souza Fernandes 1º cirurgião de comissão do Corpo de Saúde ...”²⁸⁸. No mês subsequente, propunha a Carvalho a contratação de facultativos espanhóis que vieram do Chile e trabalhavam no Hospital Argentino de Corrientes. Seus nomes: Joaquim Nogueira; Pelegrin Martins e José Musriera²⁸⁹.

De fato, a situação em Corrientes era delicada. Lima estava convencido de que praças feridos do Hospital Militar necessitavam ser transferidos para o nosocômio de Montevideú. Dizia ao coronel Cristiano Pereira de Azeredo Coutinho, comandante das forças brasileiras na cidade argentina, no dia 18 de maio de 1866, “não haverem mais cômodos para recolher doentes”²⁹⁰. Os enfermos acabariam “no campo expostos aos rigores da atmosfera”. No momento em que o major, preocupado, escrevia a Coutinho quase quatro mil doentes sofriam nos hospitais correntinos. Em junho daquele ano, existiam naquelas instalações 3156 enfermos – 62 em São João; 165 em São Francisco; 69 no Estaleiro (que também passou a funcionar como enfermaria); 1737 no Saladeiro e 1123 na Quinta de Avalos²⁹¹.

Certamente, o decreto de 1857 – que punha hospitais e enfermarias sob a administração de oficiais não-médicos - e o excesso de enfermos tensionaram o relacionamento do major Lima com

287 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866). A carência de médicos não era um problema apenas para o hospital militar de Corrientes. A situação do hospital militar do 2º corpo do exército na ilha de Cerrito também era problemática. O ofício enviado pelo doutor José Joaquim dos Santos Correia, em 5 de março de 1867, a Cristóvão José Vieira, cirurgião-mor do exército é um indicativo deste fenômeno. “Acabo de receber o ofício de V. Sa., sob número 1113, de hoje datado em que me ordena [apresentar] a Repartição de Saúde o Dr. Francisco Joaquim de Souza Paraíso, [e ao mesmo tempo empregar] o 2º cirurgião Luiz Eduardo Neumann de modo conveniente, e que a substituição daquele médico seja feita de modo que não sofram os doentes no tratamento que estavam recebendo do já referido Dr. Paraíso. Eu estou sumamente embaraçado para fazer o que V. Sa. me ordena porque havendo dez enfermarias neste hospital, conta ele hoje apenas [com] nove médicos, inclusive o Dr. João Frederico Estrunk e dois estudantes. Me vejo pois forçado a entregar duas enfermarias, cada uma de mais de cem doentes, a um médico, resultando daí que não é possível que os doentes deixem de sofrer”. AHEX, código 5618, ofícios e atestados de 1867; mapas e apartes de 1869.

288 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866). Neste mesmo código há um outro documento que mostra o esforço do major Lima em obter mais facultativos para o Hospital Militar: “Ao sr. Dr. Alves Pontes. Diretoria do Hospital Militar Brasileiro na Cidade de Corrientes, 07/05/1866 = Ilmo. e Exmo. Sr = Para conhecimento de V. Sa e para os fins convenientes participo a V. Sa. que nesta data deixei ficar na enfermaria do Saladeiro o Dr. José Teodósio de Souza Dantas que veio do exército acompanhando doentes feridos, a fim de poder assim aumentar o pessoal dos médicos do Hospital, atenta a grande quantidade de doentes atualmente existente aí. = Deus guarde a V. Sa. = Ilmo. Sr. Dr. Francisco Alves Pontes, cirurgião-mor de Brigada. = José de Cerqueira Lima, Major Diretor.”

289 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

290 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

291 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

alguns doutores²⁹². Ele os pressionava a cumprirem corretamente suas funções. Interessante é notar que oficiais não-médicos, como Lima, em alguns momentos, expunham maior preocupação com a higiene e com o funcionamento do serviço de saúde do exército do que os próprios doutores.

Em 6 de maio de 1866, usava sua pena para informar a Manoel Luiz Osório, general em chefe do exército, o procedimento “insólito, repreensível e até criminoso”²⁹³ de alguns facultativos. Ao perceberem a chegada de “nossos infelizes irmãos perdidos em combate”, dois médicos deixaram a cavalo a enfermaria do Saladeiro. Se recusaram a cuidar dos feridos, “dever este tão justo quanto humano e caritativo”. O major Lima pedia a Osório que reprimisse e castigasse doutores como estes para que eventos desta natureza não viessem a ocorrer novamente. Em 19 de junho de 1866, disparou contra o dr. Reis²⁹⁴. Disse ao cirurgião-mor de brigada José Joaquim Gonçalves de Carvalho que 60 enfermos chegaram da enfermaria do Saladeiro para o hospital de Avalos, e “não foi aí encontrado, desde manhã até agora 3 horas da tarde, o médico do dia o sr. Dr. Reis”. Prova de sua falta era a ausência de sua assinatura nos pedidos das dietas, o que inviabilizara a entrega destas. Major Lima solicitava ao cirurgião-mor “as mais enérgicas providências acerca dessa falta bem repreensível e de [outras] que constantemente aparecem cometidas por alguns senhores médicos, chamando V. Sa. esse doutor ao cumprimento de seus deveres por maneira que faça ele sentir sua falta de cumprimento, ficando certo que só por deferência a V.Sa. não mando prender o citado Dr. Reis”.

Nem sempre Lima livrava os facultativos do xadrez. No mês seguinte, pediu a Manoel

292 O major Lima também construiu relações tensas com militares não-médicos. Um deles era o tenente reformado – e major em comissão - Antônio Lourenço da Silva Castro. Alguns documentos do AHEX explicitam o relacionamento desarmonioso entre Lima e Castro. Tudo indica que o tenente usava o jornal *Esperança* para criticar o funcionamento das enfermarias do Hospital Militar de Corrientes sob a administração de Lima. Atente-se aos vocábulos do major Lima: “Diretoria do Hospital Militar de Corrientes, 14/06/1866. = Ilmo. Sr.= Tendo hoje sido publicado no jornal *Esperança* um nauseabundo e falso artigo contra esta Diretoria assinado por um Brasileiro, vou pedir providências as mais enérgicas possíveis a V. Sa. para que faça desaparecer totalmente tais escritos publicados mais de uma vez, com tão toscas e imundas expressões que repugnam a leitura deles, a qualquer homem de bom [senso]. A respectiva autoria toda do Tenente reformado e Major em Comissão Antônio Lourenço da Silva Castro, sobre o qual pesam horríveis crimes cometidos na Província de Pernambuco, e que só vive aqui na ociosidade, praticando imoralidades, homem este indigno do galão que tem; mesmo porque é um verdadeiro idiota, tanto que nem a própria língua vernácula sabe, como dever contra esse asqueroso homem já dei parte ao Sr. Comandante das Forças, então Sr. Cel. Cristiano, entretanto que ele deixou no olvido esse meu pedido, vendo-me na contingência de chamar a responsabilidade perante os tribunais competentes desta Cidade o tal Sr. Castro, por tais escritos contra a dignidade de minha pessoa como Diretor do Hospital dessa Cidade, a fim [de] que ele prove as asserções que tem emitido nos ditos escritos ou pasquins contra mim, o que ainda não teve efeito pela morosidade que tem havido e vai continuando o tal negócio. As providências que peço a V. Sa. para fazer desaparecer de todo tais pasquins partidos do dito Major em Comissão Silva Castro, são, não só de uma necessidade vital para minha pessoa, como digna para a honra do País Brasileiro, visto que destarte preveni-se qualquer sinistro que possa aparecer pelas ofensas de minha honra, as quais afetam completamente a do Brasil em que nascemos. Espero que V. Sa. compenetrado das razões expostas, e portanto da Justiça que me assiste, não hesitará um momento em satisfazer [minha solicitação]. Peço a V. Sa. que se sirva visitar todas as enfermarias dos Hospitais desta Cidade para mais claramente conhecer as falsidades dos artigos [aos quais me refiro]. = Ilmo. Sr. Ten. Cel. Dr. Manoel da Cunha Barbosa, Comandante das Forças Brasileiras nesta Cidade. = Assinado – José de Cerqueira Lima, Major Diretor”. AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

293 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

294 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

Feliciano Pereira de Carvalho a prisão de três: José Paulo de Gouveia; João Manoel do Sacramento e Odorico Ferreira. Foram conduzidos à prisão do Hospital Militar de Corrientes “em razão de não se terem apresentado na enfermaria do Saladeiro por espaço de três dias depois que aqui chegaram para funcionarem no Hospital Militar”²⁹⁵. O major lembrava que “a urgência do serviço sanitário não deve de forma alguma sofrer mormente quando acabam de chegar tantos irmãos nossos feridos em combate em prol da honra do país em que nascemos ...”²⁹⁶

Lima registrava, entretanto, a presença de bons médicos²⁹⁷ no Hospital Militar de Corrientes. Alcebiades José de Azevedo Pedra e Brás Martins dos Guimarães Bilac estavam entre eles. Dr. Pedra não viu seu filho crescer. O menino – Alcebiades Henrique de Azevedo Pedra - tinha seis meses de idade quando o pai morreu, em 1870, na Bahia. A inventariante, Maria del Transito Colodrero y Pedra, esposa do médico, natural de Corrientes, declarou que “... seu marido [voltou para] Bahia com licença do Governo, por se achar doente e não poder continuar [na guerra contra o] Paraguai, onde esteve; na província baiana faleceu [na] casa de sua família. Declara que por essa razão não tinha móveis, nem objetos, ouro ou prata a inventariar. Porém, declara que [o] inventariado deixou [na Corte imperial] a quantia de 6.000\$000 em uma caderneta passada pelo Banco Rural Hipotecário, [devendo] essa quantia, bem como [os juros embutidos nela] ser partilhada pela inventariante, e por seu dito filho. Declara também [que devia ser incorporado ao inventário] um escravo por nome Jerônimo, que [estava] no Rio Grande do Sul para ser vendido ...”²⁹⁸.

Dr. Bilac nasceu 1 de novembro de 1834²⁹⁹. Foi batizado no oratório da fazenda do reverendo Manoel José da Costa, na freguesia de Irajá. Foram seus padrinhos o reverendo e Emerenciana Rosa Umbelina. Enterrou o pai (Brás Martins dos Guimarães), a mãe (Maria Angelica Correia dos Guimarães) e o irmão (João Batista dos Guimarães). Seu irmão também era médico e morreu jovem – 26 anos – na freguesia de São Pedro do Rio Grande do Sul. Bilac, diante do falecimento de seu pai, sua mãe e seu irmão, herdou os prédios que o monte do casal possuía no Morro do Castelo, Rio de Janeiro. Os edifícios foram avaliados em 10.000\$000 de réis.

“Aires”³⁰⁰, “Platão”³⁰¹, e “Jaime”³⁰² também eram médicos competentes. Contudo, o preferido de Lima era José Maria de Azevedo. Dr. Azevedo apresentava todas as qualidades de um

295 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

296 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

297 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar de Corrientes (1866).

298 Museu da Justiça (MJ), inventários, Alcebiades José de Azevedo Pedra, Comarca da Capital, Juízo de Órfãos, caixa 197, ano 1871.

299 Brás Martins dos Guimarães Bilac AN, inventários, Brás Martins dos Guimarães Bilac, maço 419, ano 1876.

300 Aires de Oliveira Ramos, 1º cirurgião (1864-1871); 1º médico da enfermaria central em Tuiuti (1868) in: *Almanak Laemmert* (www.crl.edu/brazil/almanak).

301 Platão José Alves Rigaud, 2º cirurgião (1865-1866) in: *Almanak Laemmert* (www.crl.edu/brazil/almanak).

302 Jaime Gomes Robson, 2º cirurgião (1864-1865); 1º cirurgião (1866-1871); encarregado da enfermaria no hospital do Saladeiro (1868) in: *Almanak Laemmert* (www.crl.edu/brazil/almanak).

exímio facultativo: “inteligência médica e cirúrgica”, “zelo”, “interesse”, “dedicação”. Em alguns momentos chegava a fazer “vigílias junto ao leito do enfermo, como um amigo e parente dele”. Um indicativo de que determinados facultativos trabalhavam com seriedade, procurando, de fato, melhorar as condições de saúde do doente.

Se dr. Azevedo era coberto de elogios pelo major, o mesmo não acontecia com Francisco Alves Pontes, cirurgião-mor de brigada. Pontes nasceu na cidade de Januária do Acaracú, província do Ceará, em 19 de setembro de 1917. Formado em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, teve condições de ser nomeado 2º cirurgião alferes em 1851. A partir de então teria uma longa lista de serviços prestados ao exército. No começo da Guerra do Paraguai deslocou-se do Ceará ao Rio de Janeiro. Aí trabalhou na enfermaria de convalescentes do Andaraí. Em 1865, tornou-se encarregado da Repartição de Saúde da Corte. Em 11 dezembro, foi nomeado cirurgião-mor de brigada em comissão. Dois dias depois, embarcou para o Paraguai. No dia 18, naufragou na costa do Albardão, local onde anos antes ocorreria o afundamento do navio inglês *Prince of Wales* – episódio que levaria ao rompimento das relações diplomáticas entre Brasil e Inglaterra (“Questão Christie”)³⁰³. Determinado, Pontes seguiu para o Rio Grande do Sul e, posteriormente, para Porto Alegre. Em 9 de fevereiro de 1866, chegou na região correntina. No dia seguinte foi nomeado presidente da Junta Militar e 1º médico dos hospitais de Corrientes. Aí seu destino³⁰⁴ cruzou com o do major Lima.

O major havia se transformado em uma pedra no sapato de Pontes. Citando os artigos do regulamento do corpo de saúde do exército, o cirurgião-mor de brigada não tinha dúvida de que o diretor do Hospital Militar estava desempenhando tarefas que não lhe diziam respeito. Na visão de Pontes, o major Lima se imiscuía em questões médico-sanitárias e transcendia, portanto, suas funções administrativas³⁰⁵. Lima admitiu isso. Contudo, em 13 de maio de 1866, declarou ser forçado a proceder desta maneira porque Pontes praticamente nada [fazia] em cumprimento de seus deveres visto que não visita enfermarias ..., não se importa com a sorte dos doentes, não chama a

303 Para uma primeira leitura acerca da Questão Christie, cf. GUIMARÃES, Lúcia Maria Paschoal. “Questão Christie” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, pp. 603-604.

304 Pontes participou de toda a guerra e assumiu várias funções em campo de batalha. Em 6 de junho de 1866, foi nomeado diretor do hospital do Saladeiro. Algumas destas funções foram desempenhadas fora de Corrientes. Exemplos: chefe de saúde do 2º Corpo do exército em Curuzú; 1º cirurgião do hospital de Cerrito; chefe da ambulância de Assunção. Durante o conflito obteve três licenças. Em 7 de fevereiro de 1870 foi submetido a uma inspeção de saúde e considerado incapaz de seguir com suas atividades no exército. Sofria de duas enfermidades: “tumores hemorroidais e bronquite asmática”. AHEX, pasta III -19-74, fé de ofício de Francisco Alves Pontes. Em 1869, dr. Domingos Azevedo Couto de Duque Estrada reconheceu que “o sr. Dr. Francisco Alves Pontes sofre de hipertrofia do coração consecutiva a hepatite crônica, de que padece há muitos anos e a cujos males se ligam, atualmente, insultos brônquicos de caráter asmático”. No mesmo ano, dr. Cândido Brandão de Souza Barreto atestou que “o sr. Dr. Francisco Alves Pontes se acha afetado de bronquite crônica e de embaraço no centro circulatório ...”. Dr. Barreto sugeria a mudança imediata para um lugar em que “as estações sejam regulares”. AHEX, maço 46, pasta 1570, requerimentos de Francisco Alves Pontes. Por conseguir provar que suas doenças foram decorrentes da guerra, “foi reformado com o soldo por inteiro”. Conferir fé de ofício supracitada.

305 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

seus deveres alguns médicos que não o desempenham satisfatoriamente”³⁰⁶. O diretor do Hospital Militar entendia que as críticas de dr. Pontes se deram em virtude da nomeação do dr. José Maria de Souza Fernandes para exercer funções médicas no nosocômio. Porém, como o cirurgião-mor nunca nomeou qualquer facultativo para o hospital, Lima assumiu esta responsabilidade – e dizia que não pararia de agir desta maneira. Em conclusão, recomendava que Pontes lesse o “artigo 80 do Regulamento dos Hospitais, pelo que verá que compete a esta Diretoria observar se os facultativos visitam as enfermarias, devendo igualmente V. Sa. ler os artigos 86 e seguintes do dito Regulamento e pôr em prática o que neles contêm”. E arrematava: “porque funcionário público não deve saber só teoricamente quais as obrigações que lhe são inerentes como também deve pô-las em prática completamente”.

Para Lima o cirurgião-mor transformara-se em uma figura “inútil” ao serviço do Hospital Militar³⁰⁷. Uma vez que só se preocupava em citar regulamentos do corpo de saúde do exército, “não pondo em prática como deve o que nele está ordenado”, entendia que Pontes deveria ser exonerado. Mais do que isso. No seu lugar, propunha a Osório, em 14 de maio de 1866, a nomeação de um médico “que bem compreenda seus deveres e que tenha a precisa inteligência e sentimentos humanitários”³⁰⁸. Tinha um doutor em mente: José Maria de Azevedo, “que a todos os médicos deste Hospital sobressai e prima, já por sua capacidade intelectual e profissional quer médica quer cirúrgica, já finalmente pelo zelo, interesse e dedicação que de coração apresenta no curativo dos doentes, mormente dos feridos de que está especialmente encarregado”.

Dois dias depois, o major Lima, usava, uma vez mais, suas tintas para criticar o dr. Pontes. Para tal mencionava o caso de João Antônio da Silva Marquês, 2º cirurgião do corpo de saúde do exército³⁰⁹. O 2º cirurgião encarregava-se da enfermaria de sangue, localizada na rua de São João (convento de São Francisco). Na visão de Lima, Marquês não se mostrava “interessado e zeloso no cumprimento de seus deveres” visto que não fazia “os precisos exames nas feridas” dos enfermos. Sugeriu a Pontes que interpelasse os doentes sobre a veracidade de sua fala. Lima solicitava ao cirurgião-mor de brigada as “necessárias providências” em face ao caso. E provocava: “Cumpre-me dizer que sou obrigado a entrar nessa apreciação de deveres, porque V. Sa. ignora completamente o procedimento do dito Dr. na dita enfermaria visto que raríssimas vezes aí aparece e por conseguinte como primeiro Chefe do Hospital Militar hei de me ingerir em tudo quanto for a bem do mesmo e da humanidade certamente avocando a mim as atribuições que V. Sa diz e declara lhe pertencerem”.

A cada ofício enviado, o rosto de Pontes exprimia novos contornos que indicavam o ódio que nutria pelo major Lima. Partiu para a ofensiva. Acusou o major de perpetrar castigos físicos em

306 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

307 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

308 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

309 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

um doente³¹⁰. Cristiano Pereira de Azeredo Coutinho, comandante das forças brasileiras em Corrientes, pediu explicações. Lima afirmou que tinha “ordem do Exmo. Sr. General em Chefe para castigar todos os praças de pré que cometerem faltas criminosas; uma ou outra vez o tenho feito a aqueles que estão nesse caso, mas nunca a um praça que realmente se ache doente”. Asseverava que a presença de um soldado em uma enfermaria não significava necessariamente que o mesmo encontrava-se adoentado. Como prova, poderia formar e enviar a Coutinho uma “força não pequena” de combatentes que estavam em enfermarias do Hospital Militar em boas condições de saúde. Afirmava ainda que para “desmentir o conteúdo dessa vingativa e tacanha portaria” iria mostrar que o cirurgião-mor Pontes omitira o nome do “praça castigado”. E, petulante, concluía com um autoelogio: “continuarei dizendo que me ufano de ser a antítese da desumanidade e tanto que os doentes [se encarregaram de] apelidar-me de seu Pai e desejam que sempre eu esteja nas enfermarias o que faço diariamente, [enquanto] outros, como o autor citado, não aparecem aí, são inteiramente desleixados, desumanos e ignorantes na ciência que professam de Hipócrates ...”.

É provável que Pontes estivesse certo. Talvez, Lima tivesse castigado fisicamente o enfermo. Castigos corporais não eram incomuns. Podiam ser praticados por autoridades competentes em soldados sãos – o próprio major indica este fato em seu discurso³¹¹. O problema era que a fronteira entre a punição física legítima e a ilegítima era borrada, imprecisa. Tudo tornava-se mais cinzento em função de um contexto extremado como o de uma conflagração.

Vejam os casos do filho de Manoel Lázaro Mendes. Seu nome era Francisco Mendes Amorim, e nasceu em 30 de julho de 1832, na Bahia³¹². Formado pela faculdade de medicina desta província, foi nomeado alferes 2º cirurgião em 23 de setembro de 1857. Serviu ao corpo de saúde do exército no Rio Grande do Sul, Pernambuco, Pará e Amazonas. Foi eleito deputado da Assembléia Provincial do Amazonas para o biênio 1860-1861. Para ocupar este cargo obteve licença do corpo de saúde³¹³. Com a eclosão da guerra, dr. Amorim foi para a frente de batalha. Ali mancharia sua carreira ao ser acusado de usar a violência contra doentes. Ordenou que enfermos recebessem bolos de palmatória³¹⁴ e carregassem armas e sacos de areia no hospital do Saladeiro. Pela repercussão do caso – que chegou ao conhecimento do conselheiro Angelo Muniz da Silva Ferraz, ministro de estado dos negócios de guerra -, deve ter projetado todos os seus demônios

310 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

311 Ao comentar com Manoel Feliciano Pereira de Carvalho a acusação sofrida pelo dr. Francisco Mendes Amorim – segundo a qual ordenara bolos de palmatória em doentes no hospital do Saladeiro –, o coronel Cristiano Pereira de Azeredo Coutinho diz: “V. Exa. sabe as nossas Leis militares não autorizam [castigos corporais em praças de pré], a não ser por intermédio da autoridade competente” [grifo meu]. AHEX, pasta 5708, pasta 2, documento 10.19.

312 AHEX, pasta III, 21-10, fé-de-ofício de Francisco Mendes de Amorim.

313 AHEX, maço 111, pasta 3038.

314 Ofício ao Ministro da Guerra, Angelo Muniz da Silva Ferraz, tratando de castigos de bolos de palmatória dados aos enfermos do hospital de Saladeiro em Corrientes pelo dr. Francisco Mendes de Amorim. BN, seção de manuscritos, 34-A, 005,001 n° 026.

sobre os corpos doentes das praças no Saladeiro. O “insólito procedimento” de Amorim passou às mãos de Osório. No entanto, o general nada pode fazer a respeito porque o facultativo baiano encontrou a morte em meio ao conflito.

Voltando à escaramuça entre o major e o cirurgião. O embate entre Lima e Pontes envolveu o próprio Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do corpo de saúde do exército. Em 17 de maio de 1866, Carvalho determinou que os médicos do Hospital Militar de Corrientes fossem “com a maior brevidade possível” para o hospital ambulante do acampamento do exército. No mesmo dia, por volta de sete e meia da noite, Lima pediu a Pontes que enviasse para lá os doutores Pedro Maurício da Conceição Embiruçu, José Maria de Souza Fernandes, Antônio Pereira de Guimarães, João Antônio da Silva Marques, Ulisses Leonísio Pontes e José Teodósio de Sousa Dantas³¹⁵. O cirurgião-mor de brigada afirmou que todos estavam cientes de que deveriam se deslocar para o hospital ambulante. Apenas dr. Dantas, por encontrar-se doente, não seguiria com os colegas.

O major estava certo de que a ordem do chefe do corpo de saúde do exército fora cumprida. Entretanto, não foi o que aconteceu. Ficou “surpreendido” ao ler um ofício em que Pontes solicitava ao coronel Cristiano Pereira Azeredo Coutinho a permanência dos doutores no Hospital Militar de Corrientes. No entendimento de Lima, o cirurgião desobedecera e desrespeitara Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. E não apenas isso. A “desobediência” foi “acompanhada do fingimento da ilusão”³¹⁶ visto que afirmara ter executado a ordem de Carvalho. Diante do ocorrido, uma vez mais, o major criticou duramente Pontes: “pensando com calma reconheci que este Sr. já está azado em não cumprir seus deveres, vivendo nesta cidade sob suas comodidades domésticas, sem se interessar de forma alguma pela sorte dos infelizes doentes, não percorrendo as enfermarias do Hospital para examinar e fiscalizar o regime médico e economias dos mesmos, e tratar de evitar que aí se pratiquem ações hediondas e indecentes como acontecem na enfermaria do Saladeiro onde o cinismo, a relaxação e os vícios que destruíram as antigas cidades de Sodoma e Gomorra aparecem de parte de alguns médicos praticados com serventes”³¹⁷. Reiterava a visão negativa acerca do trabalho de Pontes: “a presença dele como médico do Hospital é inteiramente inútil e supérflua”. Era duplamente inútil: por não cumprir as “funções inerentes ao seu cargo” e por ser “médico da mais curta inteligência”. Compreendia que não devia gastar mais seu tempo e de seus superiores com tal figura³¹⁸.

Lima aproveitou a recalcitrância de Pontes para mencionar a existência de relacionamento

315 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

316 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

317 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

318 Houve quem defendesse o trabalho de doutor Francisco Alves Pontes junto ao ministro da guerra. “Os serviços do major de brigada Dr. Francisco Alves Pontes são menos valiosos que os de seus colegas? Oh! Exm. Senhor, é tempo de reparar tanto esquecimento do governo imperial”. “Publicações a pedido” in *Jornal do Commercio*, 27 de setembro de 1867.

homoerótico entre facultativos e seus subordinados nas enfermarias do hospital de Corrientes. Quase dois meses após produzir as linhas supracitadas, exonerou “do serviço de cozinheiro que tinha na enfermaria do Saladeiro”, João José Ambrósio, soldado do 5º batalhão de infantaria, “por não cumprir suas obrigações devidamente [pois cometia] atos imorais”³¹⁹. Talvez a exoneração não guardasse relação com práticas homossexuais denunciadas antes. De qualquer maneira não, é este o ponto que quero registrar aqui. Sublinho apenas que o relacionamento entre militares médicos e não-médicos não era destituído de embates e disputas. Choque de atribuições e acusações mútuas integravam a realidade destes agentes sociais. O cenário de guerra tensionava sobremaneira a relação construída entre eles (já contraditória em tempos de paz).

O major Lima era um homem temperamental. Não media as palavras. Tinha dificuldade de ser político no trato com seus colegas de farda. O conflito com Pontes não foi o único. Também andou às turras com o cirurgião-mor de brigada Antônio de Jesus e Souza³²⁰. Em 30 de janeiro de 1852, Jesus entrou para o quadro do corpo de saúde do exército como alferes 2º cirurgião. Destacou-se, em 1855, no combate à epidemia de cólera na Bahia. Por servir com “zelo, perícia e dedicação” nesta província, foi nomeado delegado de saúde pública em Santo Amaro. Três anos depois, tornou-se 3º cirurgião do hospital militar de Mato Grosso. Após dois meses na região, foi removido para o Rio de Janeiro. Em 4 de março de 1865, foi posto a disposição do coronel Manuel Pedro Drago, nomeado presidente da província de Mato Grosso. Atuou como chefe do serviço de saúde das forças expedicionárias sob o comando de Drago. Tais forças partiram de São Paulo para ajudar a combater as tropas paraguaias que, em dezembro do ano anterior, invadiram o território mato-grossense.

Em 1866, o cirurgião-mor de brigada cuidava dos doentes do Hospital Militar de Corrientes. Trabalhava com o major Lima. Em 26 de junho daquele ano, o dr. Souza requisitou a Lima a remoção de dezesseis oficiais feridos da enfermaria do Saladeiro para a do São Francisco³²¹. O diretor do Hospital Militar declarou que “já tinha em mente” tal medida porque reconhecia que na enfermaria da rua São João havia “melhores depósitos higiênicos”. Contudo, autorizou a transferência de apenas dez oficiais por não “existirem camas disponíveis” para todos. No dia 7 de julho, o cirurgião-mor pediu que o major não ordenasse a remoção de qualquer doente da seção cirúrgica do Saladeiro para o hospital de Avalos sem consultá-lo³²². Lima asseverou-lhe que, um dia antes, cerca de 400 doentes vieram do acampamento para o Saladeiro. Não havia, portanto, como evitar a “transferência de grande número deles para a enfermaria mais vizinha, visto que aquela não [os] pode comportar”. Assumia um tom ríspido ao afirmar que em virtude da presença

319 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

320 AHEX, maço 104, pasta 3119 – requerimentos de Antônio de Jesus e Souza.

321 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

322 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho em Corrientes, “só a ele me devo dirigir [quando o assunto for] negócios médicos”.

O clima entre Lima e Souza esquentou. O cirurgião-mor de brigada fez uma representação contra o major e endereçou-a ao brigadeiro Jacinto Pinto de Araújo Correia, chefe do estado maior do exército. O major comentou, ironicamente, o manuscrito do dr. Souza com Correia³²³. Quem lesse a representação, e estivesse com o “espírito desprevenido”, talvez, inferisse que os “infelizes camaradas feridos [em] campo de batalha” eram tratados com desleixo. Porém, ao passar o olhos com calma sobre o texto e “[por de lado] as bombásticas e pretensiosas reclamações [leia-se] críticas mordazes, concluir-se-á, quando muito, que o Sr. Dr. [Jesus tem] muito pouco apreço [pelo] tempo”. Compreendia que após um rosário de rodeios o conteúdo da carta restringia-se, medularmente, a um ponto: a cozinha do Hospital de São Francisco.

O cirurgião-mor discontentava-se com a “instalação da cozinha em um pequeno pátio formado pela concorrência de três enfermarias”. Como o fogão da cozinha não tinha chaminé a fumaça penetrava no interior das enfermarias. Lima mencionava, entretanto, que a cozinha ficou ali somente em caráter provisório. Uma nova casa foi construída para solucionar tal problema. Assim, não havia mais fumaça a não ser na “escaldada imaginação do Dr. [Souza]”. No ofício enviado ao brigadeiro Correia, deixou entrever uma outra questão³²⁴ – que mal lhe desceu pela garganta. Uma das enfermarias do hospital, que não estava “ocupada por leitos” por necessitar de alguns reparos, mas que tinha uns poucos enfermos “muito bem acomodados ...”, “um belo dia”, foi “transferida por ordem do mesmo Dr. [Souza] e sem a mínima ciência de minha parte”. Expunha, ato contínuo, toda a sua insatisfação: “Deixei passar esta falta de atenção do Dr. [Souza] como deixei passar outras, com o fim unicamente de não pôr tropeços a marcha do serviço e irritar conflitos tão inconvenientes ...”; conflitos estes cujas “funestas consequências” recaem sempre sobre os enfermos. Traçava, em conclusão, o perfil do cirurgião-mor para Correia.

o Dr. [Souza] como 1º cirurgião não tem uma enfermaria em que trate e só ocupa em dar ordens cada qual mais inconveniente, procurando ingerir-se em cousas que não são de suas atribuições, tratando tão somente de alienar os ânimos das pessoas com que se acha em contato, procurando sempre opor-se a qualquer medida por mais insignificante que seja, tomada por esta Diretoria, tendo isto com o fim de esquivar-se ao cumprimento dos deveres que [lhes] são inerentes. Não tendo o seu tempo ocupado no curativo dos doentes ... trata tão-somente de tomar o tempo [desta] Diretoria com exigências esquisitas, como acintosas reclamações, roubando ao mesmo tempo o precioso tempo de V. Exa. com protestos

323 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

324 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

Atente-se, reitero o argumento, para a importância do regulamento de 1857 no que diz respeito à incitação de escaramuças que tiveram o major Lima como foco. Egos expandidos igualmente favoreceram os conflitos. Nem todos os embates em Corrientes foram, entretanto, protagonizados pelo major Lima. Húngaro de nascimento, João Detsi, major e almoxarife do Hospital Militar da cidade argentina se sentiu ultrajado por Luiz Álvares dos Santos, 1º cirurgião do mesmo nosocômio. Santos era uma figura conhecida dos leitores do *Jornal do Commercio* pois atuava como correspondente para este periódico. Expunha ao grande público os principais problemas dos hospitais correntinos. Um deles era o desvio da receita do exército, tema que levou-o a entrar em rota de colisão com o almoxarife. Santos acusou o major de reter dinheiro de “empregados falecidos e ausentes” do Hospital Militar³²⁶. Dizia que a atitude corrupta de Detsi foi identificada pelo tenente coronel Luiz de Azevedo Coutinho de Duque-Estrada, chefe da repartição fiscal de Corrientes. O major reagiu diante da acusação. Através da páginas do *Jornal do Commercio* explicitou ao marquês de Caxias os “desvios do Sr. Duque-Estrada e a leviandade com que este correspondente abraça as falsas e indignas informações que lhe são levadas”³²⁷. Suas tintas eram ferinas: “Este indivíduo [Luiz Álvares dos Santos] felizmente já é bem conhecido aqui e todos sabem que sua pena só tem servido para ferir as boas reputações ou para procurar meios de conquistar a todo transe uma posição que não está ao alcance da baixeza de seu caráter, nem da mesquinhez de seu espírito”.

Detsi afirmava que a informação oferecida pelo “correspondente indiscreto”, a partir de dados obtidos com Duque-Estrada, era mentirosa. Recordava que assumiu o almoxarifado em 5 de janeiro de 1867. Naquele momento, encontrou “muitas irregularidades sobre a lavagem de roupas e aplicação de bichas para os enfermos dos hospitais”. A repartição fiscal pagava – mensalmente - de 8000\$ a 9000\$ pela lavagem e 4000\$ pela aplicação de sanguessugas. “Nenhum documento encontrei no almoxarifado sobre estas despesas, e nem livro de lançamento sobre recepções”. Esforçou-se, então, para organizar o serviço: criou livros e produziu os “vales das bichas”. A sistematização – já no primeiro mês de sua administração – levou a redução dos gastos de 13000\$ para algo em torno de 3 e 4000\$. Com amargura dizia: “a veracidade [da] minha asserção acha-se provada [por] documentos [referentes àquela época] que podem ser confrontados na repartição fiscal”.

Em março de 1867, quando a cólera fustigou o exército brasileiro, os hospitais ficaram

325 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

326 “Publicações a pedido” in *Jornal do Commercio*, 14 de junho de 1868.

327 “Publicações a pedido” in *Jornal do Commercio*, 14 de junho de 1868.

abarroados de enfermos em Corrientes – mencionava algo em torno de 6 mil doentes. Não tardou para que um maior volume de roupas fosse lavado. No entanto, a despesa não ultrapassou 3000\$. Os gastos com aplicação de bichas não superaram 400\$. Mais ainda. Reduziu o número de serventes no almoxarifado sem que a qualidade do atendimento fosse afetada. Sobre a acusação de Santos, publicou inúmeros documentos por meio dos quais tentava comprovar que jamais retivera dinheiro de funcionários mortos ou ausentes dos nosocômios. Mostrava que os “desmandos da repartição fiscal” pareciam não ter fim. No dia 7 de dezembro daquele ano, fez uma solicitação à repartição. Pleiteou 600 talheres – que deveriam ser enviados ao 2º corpo do exército – e “22 resmas de papel almaço para o consumo dos hospitais”. A repartição fez a compra das mercadorias e entregou-as em péssimas condições. O papel era de “embrulho” – embora fosse pautado -; “os talheres estavam avariados, podres, enferrujados e quebrados”. Apesar de Duque-Estrada insistir – através de seu representante - para que Detsi aceitasse os objetos o major rechaçou-os.

O húngaro assegurava a Caxias que jamais fez “liga com os fornecedores”. Várias “representações por mim feitas subiram ao conhecimento do comando das forças em diversas datas, sendo-me honroso ainda uma vez lembrar a V. Ex. que propostas indignas dos agentes dos fornecedores me foram apresentadas, e, sendo repelidas por mim com a energia de meu caráter, imediatamente pedi à autoridade providências que fizessem cessar tanta ousadia ...”. Considerava sua atuação no almoxarifado um empecilho a esquemas costurados entre funcionários públicos e fornecedores. A gravidade de suas assertivas não deixou-o sem resposta.

Em 14 de junho de 1868, um domingo, os leitores do *Jornal do Commercio* se depararam com uma matéria escrita pelo “amigo ausente”. Após defender Santos “de golpes a falsa fé”, o autor anônimo escudava Duque-Estrada. Colocava-se a pergunta a saber: “Poderá o mesmo sr. Detsi explicar por que acaba de ser dispensado do lugar de almoxarife pelo Exm. Sr. marquês de Caxias (justiceiro, como ele próprio confessa), que cerrou ouvidos às suas queixas, e deixou o Sr. tenente-coronel Duque-Estrada (que inquestionáveis serviços há prestado no exercício de suas funções) continuar no desempenho de seu honroso cargo?”

O pai de Duque-Estrada também saiu em defesa do filho.

Não me achando habilitado, por falta de documentos, para responder a exposição constante do *Jornal do Commercio* de hoje assinado pelo Sr. Detsi contra meu filho, o tenente-coronel chefe da repartição fiscal de Corrientes, Luiz de Azevedo Coutinho de Duque-Estrada, limito-me, na mente de destruir qualquer impressão desfavorável que tenha podido produzir a mesma exposição, a declarar que o dito meu filho continua no exercício daquela repartição, no entanto que o Sr. Detsi, pelos fatos expostos em sua publicação, foi pelo Exm. Sr. marquês de Caxias destituído de seu posto e demitido do emprego de almoxarife.

Este ato de S. Ex., [de] caráter nobre e justo, não deixa em dúvida sobre qual dos lados existe a razão e a verdade.

Dr. Duque-Estrada

Rio 13 de junho de 1868328

As intervenções do “amigo ausente” e do dr. Duque-Estrada (pai) revelam que os embates entre militares médicos e não-médicos transcendiam o teatro de operações. Tornavam-se conhecidos através das matérias publicadas nos jornais que circulavam na Corte e em outras áreas do império. Nelas os envolvidos atacavam desafetos e adversários, lançando mão, em alguns momentos, de palavras sobremaneira hostis.

Da mesma forma oficiais médicos e não-médicos tentavam resgatar a honra maculada por acusação. Em uma sociedade fundada no privilégio e na distinção social, de sensibilidades afetadas, o ataque à honradez era inaceitável. Donde a necessidade de se recorrer, ao jornais, ao julgamento público, para depurá-la. Mais ainda. A exposição de tais enfrentamentos devia desgastar a imagem do governo monárquico junto aos integrantes das camadas letradas, formadoras de opinião, que, através dos periódicos e revistas, acompanhavam o desenrolar da Guerra do Paraguai. É provável que as classes médias do Rio de Janeiro, formadas a partir da urbanização e do desenvolvimento do comércio (procedentes do capital cafeeiro do Vale do Paraíba fluminense) cumprissem um papel importante nesse processo.

Conflitos de outra natureza – entre os próprios médicos, por exemplo – também tornaram-se comuns. Passo a analisá-los.

Entre doentes e ofícios (II): outros conflitos – médicos, enfermeiros e demais integrantes do corpo de saúde do exército

“Pobre de fortuna, mas rico das glórias lavadas por uma vida sem manchas”³²⁸. Era assim que o cirurgião-mor do exército Cristóvão José Vieira via a si próprio. Nasceu em 1802, na freguesia de São Pedro Gonçalves, província de Pernambuco. Dedicou sua vida ao exército. Em

328 “O sr. major Detsi, almoxarife dos hospitais em Corrientes, e o tenente-coronel Duque-Estrada, chefe da repartição fiscal” in: *Jornal do Commercio*, 14 de junho de 1868.

329 AHEX, maço 47, pasta 1376 – requerimentos de Cristóvão José Vieira.

1822, marchou de Pernambuco para a Bahia, na condição de cirurgião-mor do corpo expedicionário. Ajudou a pacificar a província sublevada por ocasião dos eventos políticos engendradores da Independência. Pedro Labatut, general comandante em chefe, encarregou-o de organizar os hospitais fixo e de sangue na localidade. Vieira deslocava-se com as “ambulâncias em todas as ocasiões de ataque” e ofertava os primeiros cuidados médico-cirúrgicos aos feridos. Retornou a Pernambuco. Não há evidências de que tenha participado da desarticulação da Confederação do Equador³³⁰, movimento contrário ao autoritarismo de Pedro I, originado em sua terra natal. De qualquer maneira, é certo que, em 1838, marchou para o Rio Grande do Sul em função do irrompimento da Guerra dos Farrapos. “Foi na campanha da dita província encarregado da administração dos hospitais prestando importantes serviços não só com zelo e inteligência na sua profissão, mas ainda como valente militar ...”. Treze anos depois, integrou as operações do exército no Estado Oriental do Uruguai. Responsabilizou-se, naquele momento, pela repartição de saúde. Foi reformado em 1851; entretanto, seguiu a frente de tal repartição. Recebeu a medalha de ouro pela atuação na campanha uruguaia.

Com a deflagração da Guerra do Paraguai, Vieira a pedido do tenente-general João Frederico Caldwell, comandante das armas da província de São Pedro do Rio Grande do Sul, cuidou das praças destacadas em Cachoeira, cidade integrante da mesma província. Não havia facultativos, nem enfermarias na localidade. Fez mais: chegou a oferecer “a sua casa para nela serem [recolhidos as] praças se assim o exigisse a gravidade das moléstias ...”³³¹. Em 1865, o presidente da província sul riograndense “o louvou em nome do governo imperial pelo patriótico procedimento que teve, entregando-lhe, por convite do chefe do corpo de saúde do exército, a direção da enfermaria militar de Cachoeira”. Vieira dispensou as vantagens que teria direito como médico contratado. No mesmo ano, apresentou-se ao tenente-general Barão do Porto Alegre para chefiar a repartição de saúde do exército. Destacou-se – como chefe desta repartição - no ataque ao forte de Curupaití, ocorrido em setembro de 1866, pela realização de “numerosas e difíceis operações ...”. Em 1866 ainda, foi condecorado com a “comendada Ordem da Rosa” pelos serviços prestados na guerra até então. Quando a cólera, caprichosa, acometeu os soldados em Curuzú, em 1867, lá estava a cuidar dos enfermos.

Dr. Vieira, a despeito do preconceito dos doutores pelo trabalho manual, provavelmente, foi influenciado pela atmosfera de camaradagem surgida entre os militares por ocasião das dificuldades experimentadas em campo de batalha. Viu o flagelo colérico matar combatentes, as vezes, em poucas horas. Vivenciou as vicissitudes enfrentadas pelo corpo de saúde do exército durante o

330 Para uma leitura inicial do fenômeno histórico, cf. NEVES, Lúcia Maria Bastos Pereira das. “Confederação do Equador” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Op. cit.*, pp. 160-162.

331 AHEX, maço 47, pasta 1376 – requerimentos de Cristóvão José Vieira.

conflito. Não apenas a precariedade material para o exercício da medicina, mas também a desarmonia entre os médicos.

Após uma vida atribulada, cansado, com 70 anos de idade, sofreu uma hemiplegia no lado esquerdo do corpo. Seus membros paralisaram. Inúmeros médicos atestaram que a moléstia lhe acompanharia até o fim da vida. Manoel José de Campos, um dos doutores, sugeriu que a paralisia era uma decorrência da atuação de Vieira na campanha do Paraguai³³². Sem poder exercer a medicina, pleiteou junto ao exército uma pensão uma vez que o soldo da reforma era insuficiente. Apesar de ter uma carreira irretocável, a instituição recusou-se a atender aos apelos do militar. Foi acusado de bigamia no documento que transcrevo a seguir: “Secretaria de Estado dos Negócios da Guerra. Seção de exame. Rio de Janeiro, 17 de agosto de 1875. O Sr. Conselheiro Dr. Francisco Baltazar da Silveira, no incluso ofício reservado de 11 do corrente, participa que, por este ministério, lhe foram remetidos os papéis ... relativos à pensão solicitada pelo coronel cirurgião-mor reformado do Exército Cristóvão José Vieira, para emitir o seu parecer, e informa que conhecendo muito o suplicante e tendo comunicação que o antecessor de Sua excelência o Sr. Conselheiro Junqueira devia saber quem ele era e o que se dava a seu respeito tomou a liberdade de em conferência confidencial e verbal lembrar que aquele Cristóvão José Vieira era casado na Bahia e tinha filhos, e quem sem motivo algum havia abandonado a sua família e que se deixara ficar no Rio Grande do Sul, onde era público e notório, vivia amancebado e com filhos adulterinos. Que o mesmo Sr. Conselheiro teve a bondade de anuir que não era aquele servidor do Estado merecedor de pensão ...”³³³.

Cinco anos antes de ter o corpo parcialmente paralisado, Vieira recebeu um ofício³³⁴ do major Luiz Franco, diretor do hospital militar de Corrientes. O major discorria sobre o 2º cirurgião contratado Antônio Pedro da Silva, encarregado da enfermaria de coléricos em Baterias. No dia 21 de novembro de 1867, Silva abandonou a enfermaria. Demorou tanto a voltar que as altas das praças precisaram ser assinadas pelo facultativo do hospital de São Francisco. Notou-se a ausência do médico por conta da chegada de um colérico ao recinto, naquela data, por volta de dez e meia da noite. Diante do episódio, Franco exigiu explicações do dr. Brás Martins dos Guimarães Bilac, 1º cirurgião do hospital militar – que estranhara o procedimento de Silva.

332 “Atesto que o Sr. Cirurgião-mor do Exército Dr. Cristóvão José Vieira foi acometido a 8 de janeiro de 1872, de uma hemiplegia do lado esquerdo; e na qualidade de um dos seus médicos assistentes fiz-lhe [todas as aplicações], que a [ciência] recomenda em tais casos [sem contudo se] poder restabelecer, restando-lhe dificuldade no movimento dos membros superior e inferior [no] mesmo lado: o que lhe priva de poder exercer a sua profissão médica e cirúrgica, donde tira os seus meios de subsistência. Esta moléstia continuará a [subsistir enquanto] ele [viver], e foi produzida por ter ido à campanha do Paraguai, onde a sua exposição às intempéries deste mal clima, a falta de cômodos convenientes a sua já avançada idade [resultaram no] aparecimento daquela grave enfermidade. É o referido verdade, e atesto [sob] fé do meu grau. Porto Alegre, 15 de junho de 1874. Dr. Manoel José de Campos”. AHEX, maço 47, pasta 1376 – requerimentos de Cristóvão José Vieira.

333 AHEX, maço 47, pasta 1376 – requerimentos de Cristóvão José Vieira.

334 AHEX, pasta 5707, documento 10.12, pasta 204.

A ponta do novelo da falta cometida pelo 2º cirurgião encontrava-se no quarto dispensado a Silva. Entendia que seu cômodo na enfermaria “estava bem longe de ter o asseio que devia”. O major determinou, então, que o 1º cirurgião cobrasse de Silva um documento em que constasse “qual o asseio que necessitava [o] aposento, a fim de se tomar as providências que fossem necessárias ...”. Silva descontrolou-se. Dirigiu-se a Bilac “em termos insolentes e nocivos”. Ademais, teria qualificado de insuficiente “a cama de ferro com dois colchões, dois lençóis, dois travesseiros com fronhas, uma manta de lã, uma colcha de chita, uma talha com água, um lavatório de ferro com bacia e toalhas, uma mesa e [um] castiçal com vela de composição, objetos estes que seus antecessores julgaram decentes”. Reclamara ainda da roupa suja (Franco não compreendia “por que razão não exigia do enfermeiro respectivo a mudança dela, como se [praticava] com os doentes”). O 2º cirurgião foi preso pelo major em razão do abandono da enfermaria e da postura desrespeitosa em relação ao 1º cirurgião.

Nem sempre o relacionamento entre os médicos degenerava e o desrespeito passava a grassar entre eles. Porém, em alguns contextos, se não havia postura desrespeitosa, era perceptível o desgosto dos facultativos em relação ao seus superiores. O caso do dr. Francisco da Silva Moraes sugere isso. O médico era encarregado da enfermaria do Alegrete, no Rio Grande do Sul. Cristóvão José Vieira, chefe da repartição de saúde da mesma província, perguntava-lhe o motivo dos altos gastos com sabonetes, tidos como um “luxo”. O questionamento também estendia-se ao consumo elevado de papel e tinta. Em 4 de março de 1866, Moraes respondeu – ressentidamente - ao chefe da repartição com as palavras abaixo:

Pela parte que me toca, cumpre-me informar a V. Sa. que, depois que [assumi] a direção da enfermaria nesta cidade, apenas rubriquei dois pedidos de sabonetes para o serviço dos médicos aqui empregados; e quando assim procedi, não considerei que a Repartição Fiscal julgasse objeto de luxo a uma necessidade filha unicamente da higiene e do asseio, porquanto, como V.Sa. sabe, depois das visitas diárias (em que sempre há curativos cirúrgicos importantes, que não se deve confiar a enfermeiros) o cirurgião tem de sujar as mãos, muitas vezes com matérias purulentas contagiosas, e água pura não pode despir estas daquelas, sem o socorro do sabão. Se nas próprias repartições fiscais (onde se trabalha somente com papéis) os empregados têm sabonetes para lavar as mãos e não se considera objeto de luxo, com mais razão não poderá se considerar como tal o uso de sabão para médicos empregados em uma enfermaria; portanto neste ponto parece que o luxo é fictício ... A repartição fiscal pelos pedidos verificará que não se pediu durante minha administração mais de uma resma de papel por mês. Se pois antes de 17 de fevereiro ..., houve pedidos excessivos de sabonetes, tinta, papel pautado, ou para embrulhos, nada posso a semelhante

respeito informar por não me achar na direção da enfermaria. Quando pertenci ao corpo de saúde do exército, sempre tive em vista toda a economia da fazenda nacional nas enfermarias que dirigi, e hospitais em que servi, e nunca houve reclamação alguma sobre excessos nos gastos das enfermarias, ao contrário, sempre havia saldos³³⁵.

Dr. Moraes dizia ser injustiçado por Vieira. Lembrava que, à época da ofensiva paraguaia ao Rio Grande do Sul, em junho de 1865, se ofereceu ao general João Frederico Caldwell para trabalhar em São Borja e Butuhy, “quando não havia um só médico militar” naquelas cidades. Recordava que labutara por três meses (de junho a setembro) gratuitamente. Afirmava, em conclusão, que não pediria mais sabonetes e outros objetos. Comprometia-se ainda a administrar de modo mais econômico sua enfermaria. O uso excessivo de sabonetes no Alegrete mostra, como vimos na seção anterior, que os médicos preocupavam-se, em algum grau, com a higiene. Doutores nem sempre tinham as mãos sujas quando iam realizar um exame clínico ou uma intervenção cirúrgica.

Houve muitas outras situações de conflito entre os médicos. A leviandade de alguns abria espaço para desentendimento entre eles. Não se tratava de embates físicos. Ser privado de liberdade por alguns dias ou a exoneração era o máximo que ocorria com os doutores. As escaramuças eram, aparentemente, circunscritas às palavras. O discurso agressivo não era monopólio dos médicos. Militares não-médicos – como os majores Lima e Detsi – podiam exprimir-se, em nível discursivo, agressivamente. E na relação entre doutores e estudantes de medicina? Havia tensões?

Muitos estudantes mostraram coragem em campo de batalha. Um deles foi José Joaquim de Figueiredo Júnior. Em 5 de Janeiro de 1867, um sábado, por volta de uma da tarde, o *Eponina*, o mais importante hospital flutuante brasileiro, ardeu em chamas³³⁶. “Sendo de pinho quase toda a obra de carpintaria, e recentemente pintada a óleo”, a embarcação foi presa fácil do fogo. Os tripulantes dos botes e dos demais navios da esquadra empenharam-se para combater o incêndio. Entretanto, “em menos de um quarto de hora”³³⁷ o *Eponina* desaparecera em meio as labaredas alaranjadas. Dele partia uma fumaça escura que serpenteava em direção ao céu. A visão era aterrorizante. “A oficialidade, médicos e tripulação apenas se salvaram com a roupa do corpo, e todo o material do navio se perdeu”. Aparentemente, o fogo começou em um “caixão de fósforos” em uma das enfermarias. Havia mais de duzentos enfermos a bordo, cujo destino era Corrientes. Oito morreram. O número não foi maior graças a atuação de jovens como Figueiredo Júnior. O acadêmico “esqueceu-se dos próprios perigos para salvar da morte cruel por afogamento e fogo [os]

335 AHEX, pasta 5661A, documento 2, pasta 5.

336 *Jornal do Commercio*, 26 de janeiro de 1867.

337 *Jornal do Commercio*, 26 de janeiro de 1867.

miseros amputados”³³⁸.

O estudante Arsênio Marques de Souza, como Figueiredo Júnior, deu provas de valentia e destemor. Na madrugada de 16 de julho de 1868, o marquês de Caxias obteve a informação segundo a qual canoas abarrotadas de gente deixaram a fortaleza de Humaitá em direção ao Chaco (Doratioto, 2002, pp. 326-327; Doratioto, 2008, p. 176). A fortaleza localizava-se estrategicamente às margens do rio Paraguai. Caxias ordenou, então, o ataque. O general Osório aproximou-se dela com 6 mil homens. Porém, somente 1700 militares a cavalo participaram da ofensiva. Os animais foram tragados por armadilhas (“bocas-de-lobo”) preparadas pelos soldados paraguaios. Concomitantemente, 46 canhões dispararam contra as tropas de Osório. Apesar dos inúmeros cadáveres, militar experiente, o general reorganizou suas forças. Persistiu na ofensiva. Arriscou a vida, como fizera em outras oportunidades, a ponto de seu cavalo ser morto e seu poncho perfurado por vários projéteis. Dizia-se, por sobreviver a diferentes combates, que tinha o “corpo fechado” (Doratioto, 2008, p. 177). Diante das “pesadas perdas”, recebeu ordens de bater em retirada³³⁹. O acadêmico Souza vivenciou todo o drama da batalha. Naquele dia, esteve “junto aos muros da famosa fortaleza”³⁴⁰. Assistiu a munição da “metralha inimiga” dilacerar o corpo do enfermeiro que lhe acompanhava.

Português de nascimento, o estudante Manoel Cabral Júnior, “verdadeiro tipo de modéstia e sisudez”, atuou “com a maior resignação em Tuiuti em uma divisão de vanguarda ...”. Esteve à mercê de “tremendos e diários bombardeios em um espaço de um ano”. Posteriormente, assumiu uma tarefa ingrata: montou e dirigiu a enfermaria dos bexigentos de Tuyu-Cuê. E em 16 de julho “curou feridos quase junto às trincheiras de Humaitá”³⁴¹.

Estes episódios foram extraídos do *Jornal do Commercio*; talvez, o periódico tenha exagerado ao descrever as ações vivenciadas pelos estudantes. Quiçá, não explicitassem coragem ou disposição para luta. No entanto, atitudes corajosas, ou mesmo heroicas³⁴², existiram na Guerra do

338 “Publicações a pedido – os estudantes de medicina do Paraguai” in: *Jornal do Commercio*, 12 de dezembro de 1869.

339 Osório, após a evacuação paraguaia ordenada por López, entrou, em 25 de julho de 1868 na fortaleza de Humaitá. DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Op. cit.*, 2002, pp. 328-329.

340 “Publicações a pedido – os estudantes de medicina do Paraguai” in: *Jornal do Commercio*, 12 de dezembro de 1869.

341 “Publicações a pedido – os estudantes de medicina do Paraguai” in: *Jornal do Commercio*, 12 de dezembro de 1869.

342 O *Jornal do Commercio* também descreveu determinados médicos como sendo homens de coragem. Foi o caso do doutor Horácio César. “Acha-se entre nós, vindo do teatro da guerra por doente, o simpático e dedicado médico Dr. Horácio César. A gratidão nacional fala bem alto no coração dos brasileiros: Horácio César é o [transunto] fiel do devotamento ao dever, da dedicação à causa da pátria ...; o médico amigo verdadeiro do soldado, aquele que, a todo sacrifício, lhes curava as feridas abertas no campo das batalhas. Entre tantas a que assistiu, prestando os seus serviços, sempre com incedível dedicação, não podemos deixar de referir um episódio, que revela bem solenemente o que é a bravura modesta, o que é o martírio na consciência do dever! No sempre memorável assalto dos paraguaios às trincheiras de Tuiuti, o Dr. Horácio achava-se em campo. Só quem viu pode fazer ideia do horror desse combate! Quando tudo julgava-se perdido, quando tudo era confusão, sangue, incêndio, morte, o Dr. Horácio César, entre bem poucos, como Santos Correia e Álvaro Sampaio, achava-se em sua missão no hospital de sangue. Tinha os paraguaios

Paraguai. Uma atmosfera de companheirismo e camaradagem emergiu entre os combatentes, em virtude de uma experiência comum, extrema, onde a possibilidade de morrer ou ter uma seqüela grave era real. Batalhas como Riachuelo, Tuiuti, Lomas Valentinas, imprimiram uma marca nos combatentes que participaram delas. Tal atmosfera produziu ações caracterizadas pelo destemor. Demonstrações de bravura, provavelmente, eram comentadas entre os soldados e, por conta da circulação de informações, alcançavam os ouvidos dos autores das matérias jornalísticas publicadas no Rio de Janeiro e em outras partes do império (fossem eles correspondentes ou não). Obviamente tais informações eram truncadas, distorcidas aqui e acolá, reelaboradas, mas, ainda assim, expunham certa verossimilhança. Com tal reflexão quero dizer que é plausível que José Joaquim de Figueiredo Júnior, Arsênio Marques de Souza e Manoel Cabral Júnior, capturados pelo clima de companheirismo irrompido no conflito, tenham sido protagonistas de ações ousadas.

Estudantes de medicina estiveram presentes na Guerra da Crimeia. A maioria em Scutari. No entanto, eram encontrados também em outros locais. Ficavam no *front* de três a seis meses em média. Raros eram os casos de acadêmicos que permaneceram por um ano em comissão (Kaufman, *op. cit.*, p. 164). Na Guerra Civil Americana estudantes igualmente foram para as frentes de batalha. Alguns indivíduos tidos oficialmente como cirurgiões regimentais e assistentes de cirurgia eram, no exército unionista, acadêmicos em medicina³⁴³ (Freemon, *op. cit.*, p. 35).

Retornando ao conflito com o Paraguai. Alguns médicos incomodavam-se com o fato de que acadêmicos dos primeiros períodos das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia fossem encarregados de tarefas – e obtivessem remunerações – correspondentes as de um facultativo formado, às vezes, com anos de experiência³⁴⁴. “O simples bom senso compreende que essa aluvião de estudantes que nos chegam por todos os vapores com comissões de 2º e até de 1º

penetrado no reduto central, haviam chegado até por perto da capelinha, que era então [a] enfermaria dos oficiais, a pouca distância do hospital de sangue! Tudo parecia perdido, e Dr. Horácio César firme no seu posto, enquanto martirizava-lhe o coração a lembrança da família, consolava o soldado ferido, amenizava-lhe o sofrimento. O horror, porém, se extremava, e quando se pensava perto o momento do sacrifício para Horácio César, Sampaio, Correia, vítimas sublimes da dedicação à pátria, o Dr. M. Maia, cunhado de Horácio César, que sempre o acompanhara, pergunta-lhe: “Horácio, os paraguaios estão perto, o que nos resta? “Abraçarmo-nos com Nossa Senhora e pedirmos a Deus que nos ampare!” - foi a resposta que deu! Era a luz do Gólgota que o iluminava, o martírio deveria ser sublime!”. “Publicações a pedido – o simpático, bravo e inteligente médico Dr. Horácio César” in: *Jornal do Commercio* 29 de novembro de 1868”.

³⁴³ Os confederados apresentavam um certo cuidado com a organização do serviço médico. Os doutores eram previamente avaliados. Os facultativos que explicitassem conhecimento médico inadequado durante o conflito eram submetidos a um segundo exame. Tal exame era realizado pelo cirurgião general Samuel Preston Moore. Tinham seus contratos suspensos se fossem mal na avaliação. FREEMON, Frank R. *Op. cit.*, pp. 31-32. Na Guerra Hispano-Americana, os médicos tinham que comprovar, antecipadamente, habilidade profissional através de um teste físico e teórico. CONNOR, J.T.H.. “Before the world in concealed disgrace: physicians, professionalization and the 1898 cuban campaign of the Spanish American War” in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Op. cit.*, p. 35.

³⁴⁴ A ordem do dia nº 89 determinava que os alunos pensionistas que atuassem no teatro de guerra, e já tivessem concluído o 3º ano da faculdade de medicina, poderiam usar as insígnias de 2º cirurgião do corpo de saúde do exército. Seus vencimentos, entretanto, deveriam respeitar os contratos firmados por eles junto ao governo imperial. “Ordem do dia nº 89 – quartel general no Curuzu, 30 de outubro de 1866” in: *Ordens do dia – segundo volume compreendendo as de número 50 a 103 (1866 a 1867)*.

cirurgiões, muitos somente com as matérias de 1º, 2º, e 3º anos, outros com as do 4º e 5º anos, e poucos com as do 6º ano [não atende as demandas das brigadas]”³⁴⁵. A situação tornava-se mais problemática no momento em que enfermarias eram entregues aos jovens acadêmicos, pois “os míseros soldados precisam de [doutores] que possam aliviar-lhes os sofrimentos, que sob mil formas os atacam ...”. Os combatentes “de bom grado dispensam a honraria de servirem para ensaios dessa mocidade, na maioria com as primeiras noções de ciências acessórias”. O desejo de realizar um bom trabalho; de servir ao próximo, em suma, a esperança e a fé dos moços de que poderiam ser úteis não eram o bastante. “Digam embora que é uma juventude esperançosa, todos sabem que não são com esperanças que se curam tifo, cólera, lesões de corações e a multiplicidade de moléstias endêmicas que têm assolado o nosso exército”. E mais:

... é digno de reparo, que estes neófitos [aprendizes] de Esculápio venham com vencimentos de 600\$ mensais, além da ajuda de custo fabulosa, e com comissões que os põe acima de médicos provecos [experientes] do corpo de saúde, como é um Álvaro Sampaio³⁴⁶, que, apesar de geralmente reconhecido como uma das mais belas ilustrações da corporação médica do exército, e não obstante os valiosos serviços, que desde Uruguaiana e Curuzu têm prestado no 2º corpo do exército, merecendo por isso os elogios dos generais, todavia, não passa de um 2º cirurgião! Ele e os seu colegas do 2º corpo ainda não mereceram a comissão de 1º cirurgiões, que aliás se deu a todos do 1º corpo, e hoje até se barateia a estudantes!³⁴⁷

A vida de médicos e estudantes, como as linhas acima deixam entrever, foi marcada por um estranhamento por conta da incompetência do governo imperial. A monarquia foi incapaz de sistematizar as atribuições de doutores e acadêmicos, leia-se, definir claramente os limites de cada um destes agentes sociais. Donde identifica-se um ressentimento dos facultativos formados em relação ao governo e um mal-estar no relacionamento com os estudantes.

A guerra prejudicou em demasia os acadêmicos de medicina (e de farmácia). Muitos

345 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Tuiuti, 4 de setembro de 1867” in: *Jornal do Commercio*, 2 de outubro de 1867.

346 Álvaro Moreira de Sampaio era filho de Francisco Moreira Sampaio e de Maria José da Cunha Sampaio. Nasceu na Bahia em 1836 ou 1837. Obteve, em 1859, o título de doutor pela Faculdade de Medicina da Bahia. Três anos depois concorreu ao cargo de opositor na mesma faculdade com o trabalho *Da importância da fisiologia em relação à terapêutica*. Não foi aprovado. Partiu para a Guerra do Paraguai em novembro de 1864 e retornou em fevereiro de 1869. Tornar-se-ia conhecido no exército após realizar amputação dupla em Júlio José das Chagas, soldado do 27º Corpo de Voluntários da Pátria. Instituto Histórico Geográfico Brasileiro (IHGB), coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação DL 829.16; BLAKE, Sacramento, volume 1, p. 67.

347 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Tuiuti, 4 de setembro de 1867” in: *Jornal do Commercio*, 2 de outubro de 1867.

deixaram as escolas e seguiram para o *front*. Não raras vezes permaneceram por anos em combate. E a conclusão dos estudos? A experiência obtida nas frentes de batalha capacitaria o aluno a ser um bom médico? A prática substituiria a teoria? Questões desta ordem alimentaram discussões nos periódicos de então. O correspondente do *Jornal do Commercio* em Assunção via de maneira positiva o retorno dos “moços estudantes” às suas casas na parte final da conflagração³⁴⁸. “Se a interrupção de quatro meses de estudo nas férias faz esquecer as ideias adquiridas em oito meses de lição, o que não fará o largo espaço de quatro anos [?] Fiquem em campanha ainda os que quiserem, mas não se obrigue a permanecer [na guerra] aqueles que desejam reatar o fio dos estudos”. Considerava essencial a aprendizagem teórica.

O *background* ganho no teatro de operações não bastava para que o estudante se transformasse em um médico competente. “Ainda admitindo que todos os estudantes estivessem servindo nos hospitais, essa prática não passaria da patologia interna e da externa, e nessa particularmente, das operações por feridos de armas de fogo”. Aonde os acadêmicos obteriam informações sobre os partos, por exemplo? “Terão aprendido partos nos exércitos em campanha?”, perguntava-se o correspondente.

O momento vivenciado pelos estudantes é melhor apreendido através da observação da trajetória de um deles. Trata-se de um jovem anônimo³⁴⁹, “um moço de excelentes qualidades”, que estava na guerra a dois anos. Atuou em “diferentes hospitais em marchas com ambulâncias médicas”. Assumiu, em algumas circunstâncias, a “direção no tratamento de feridos e mutilados”. Obteve, em razão do exímio desempenho, “as justas considerações dos seus superiores e a gratidão dos muitos bravos que se salvaram, e que em extenso número estão nesta corte, inclusive muitos oficiais”. Participou da incursão a Lomas Valentinas. Nesta localidade ficava a colina de Itá-Ivaté. No final da conflagração, a nove quilômetros dali, Solano López mantinha o seu quartel-general. No dia 27 de dezembro de 1868, mal começara a amanhecer, as tropas brasileiras, argentinas e uruguaias atacaram o quartel do ditador. Os paraguaios resistiram desesperadamente (Thompson, 1968, p. 246). No entanto, foram aniquilados. O soldado Francisco Pereira da Silva Barbosa³⁵⁰, ferido nesta batalha, escreveu um relato dramático sobre o que vivenciara.

No dia 21 marchamos para Lomas Valentinas, a 1 hora da madrugada. Pouco depois

348 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Assunção, 15 de dezembro de 1869” in: *Jornal do Commercio*, 29 de dezembro de 1869.

349 “Publicações a pedido – Academia de Medicina” in: *Jornal do Commercio*, 21 de junho de 1869.

350 Francisco Pereira da Silva Barbosa nasceu em 2 de abril de 1843 na Fazenda do Caximbau, povoação da Serrinha, no Rio de Janeiro. Assentou praça, em 17 de fevereiro de 1865, no 1º Corpo de Voluntários da Pátria. Foi soldado por cinco anos e cinquenta e três dias. BARBOSA, Francisco Pereira da Silva. *Diário da Campanha do Paraguay* in: <http://br.geocities.com/cvidalb2000/textdiariotra.htm> (25/07/2007).

do meio dia, cercamos as trincheiras, parecendo-nos estarem abandonadas. Fomos apertando o cerco e sempre prevenidos, quando às 2 horas fomos metralhados por forte chuva de balas jogadas pela Artilharia, que se achava mascarada. Não nos causou surpresa, contávamos com ela. [Durante o combate] fui vítima de um pedaço de metralha que, fazendo saltar os miolos do soldado que estava a minha direita, apenas sentindo a dor da pancada forte e nada mais, sendo nesse momento batizado com sangue e miolos desse inditoso companheiro. Meia hora depois não podia suspender a espada, passei-a para a esquerda, mas custando-me a mover o braço que começava a inchar, às 5 ½ apresentei-me ao Comandante que me mandou retirar para o Hospital de Sangue, a retaguarda. Aí foi o ferimento banhado com água e sal (julgo eu).

No dia 22 apresentei-me cedo por terem desaparecido as dores. Combati nesse dia, nos dias 25 e 27, dias estes que foram considerados de combates, mas verdadeiramente combatemos desde as 2 horas do dia 21 até a tarde de 27, sem parar, dia e noite ...³⁵¹

Três dias depois, em Angostura, 1300 combatentes inimigos renderam-se (Doratioto, 2002, *op. cit.*, p. 373). As mulheres paraguaias aprisionadas foram estupradas. Desde o dia 6, as forças paraguaias perderam 20 mil soldados (*idem*, p. 374). Os cadáveres jaziam no chão. A esmagadora maioria formada por anciãos e crianças. Alguns meninos usavam barbas postiças (*idem*). López conseguira escapar. Dois longos anos foram necessários até que fosse morto³⁵².

Depois de Lomas Valentinas, o acadêmico anônimo compreendeu que era a hora de voltar para casa. Almejava retomar os estudos. E, provavelmente, livrar-se dos perigos oferecidos pelo conflito. Pediu autorização ao governo para suspender o seu contrato. A solicitação foi deferida. Após cinquenta dias da rescisão, prestou novos exames, sendo, todavia, reprovado. Em 21 de junho de 1869, o *Jornal do Commercio* sugeriu que seus examinadores foram muito rigorosos com o “infeliz estudante”, tratando-o como alguém que estivesse distante das aulas por dedicar-se “aos prazeres da mocidade”. De acordo com o periódico: “É penoso contemplar-se a repetição do ano para um estudante brioso, que reúne altos títulos de consideração, pelos serviços prestados, como atestam muitos dos seus colegas ...”. Se, por um lado, a experiência das trincheiras não era suficiente para a formação de um médico, por outro, a guerra deveria funcionar como um salvo-

351 BARBOSA, Francisco Pereira da Silva. *Diário da Campanha do Paraguay* in: <http://br.geocities.com/cvidalb2000/textdiariotra.htm> (25/07/2007).

352 López foi morto em Cerro Corá em março de 1870. O general brasileiro José Antônio da Câmara atacou Cerro Corá com aproximadamente 2600 homens. Havia ali algo em torno de 200 paraguaios famélicos. O ditador, auxiliado por dois oficiais da cavalaria guarani, foi cercado. Os dois oficiais foram mortos. López tentou agredir o cabo brasileiro Francisco Lacerda, conhecido como Chico Diabo. Contudo, foi lancetado no estômago. Ferido, conseguiu, com muita dificuldade, aproximar-se do rio Aquidaban. O general Câmara encontrou-o novamente. Ordenou que se rendesse. Porém, López recusou-se. Quando ia determinar que fosse preso, um combatente por trás do general disparou contra o ditador, matando-o. Cf. LILLIS, Michael & FANNING, Ronan. *Calúnia: Elisa Lynch e a Guerra do Paraguai*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2009, capítulo “Cerro Corá”.

conduto para que o jovem veterano seguisse sua trajetória acadêmica sem maiores percalços. Passo a discutir a relação entre os doutores militares e outros integrantes do corpo de saúde do exército.

Luiz Álvares dos Santos era baiano, filho de José Álvares dos Santos e irmão do doutor Malaquias Álvares dos Santos³⁵³. Gostava do magistério. Lecionou português e grego no Liceu da Bahia. Depois botânica e zoologia. Médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ensinou fisiologia nesta mesma instituição. Seus colegas tinham-no como um profícuo orador. Participou “voluntariamente” de toda a campanha do Paraguai. Recebeu, por isso, no fim da guerra, as honras de cirurgião de brigada. Foi um militar festejado. Era oficial da Ordem da Rosa e comendador da Ordem Austríaca do monarca Francisco José, representante da dinastia dos habsburgo. Aos 61 anos de idade encontrou a morte. Sua vida foi ceifada por um “carcinoma de próstata”. Em 30 de março de 1866, aproximadamente dois anos antes de acusar o major Detsi de corrupção, enviou um ofício ao dr. Francisco Alves Pontes, cirurgião-mor interino do exército em Corrientes. Nele, acusava duramente os enfermeiros. Carregava nas tintas:

Fui ontem surpreendido por ser retirado da mesma enfermaria, que tem para mais de 80 doentes, o ajudante do enfermeiro ..., sem que desse fato tivesse eu notícia senão pelas queixas incessantes dos doentes, pela falta de aplicação dos medicamentos, que tendo vindo a hora [de] costume, não estavam ainda ministrados [até as] 9 horas da noite, pela falta de luzes acesas na enfermaria, ao que não observara o enfermeiro já [em si] desleixado ... Se a desídia e [a] negligência dos enfermeiros já [são lamentáveis], essas retiradas súbitas e não substituídas são pretextos com que eles procuram [ocultar as] contínuas faltas, o que é ainda muito lamentável. Indiferentes e preguiçosos, esses homens deixam mover seus companheiros sem dar-lhes os remédios: contentam-se [em] entregar-lhes as vasilhas, e abandonam as enfermarias. O regulamento torna responsável o enfermeiro-mor por todos esses desvios, e é digno de atenção essa disposição da lei, pois que ainda não vi o enfermeiro-mor nas enfermarias, chamando os seus subordinados ao cumprimento do dever. A continuar esse estado de cousas ele poder ser muito bem classificado de assassinato lento, surdo [e] dissimulado dos defensores da pátria. Peço pois a V. Sa. que haja de mandar transcrever as disposições da lei relativas aos enfermeiros, a fim de que sejam pregadas nas portas das enfermarias, para que as tenham eles gravadas na memória³⁵⁴.

As acusações não cessavam. Recordava que no dia 29 de março o fornecedor não mandara “uma só gota de água” para as enfermarias do Avalos. O enfermeiro-mor explicou a Santos que o

353 IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação DL 834.44; BLAKE, Sacramento, volume 5, p. 342.

354 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

fornecedor avisara de véspera que não faria a entrega por se tratar da Sexta-feira Santa. Em razão da sacralidade deste dia era “proibido andarem carretas nas ruas”. Donde a pergunta do médico: “... por que de véspera não fez o enfermeiro-mor encher a grande caldeira de água para dois dias?”³⁵⁵ Lembrava ainda que, naquele dia, recolhera à capela - visto que não estava sagrada e obtivera a autorização do capelão - “toda a roupa suja de leitos e de doentes que a mais de [oito dias] estava acumulada em inúmeras trouxas em uma [das salas] das enfermarias. Ao serem questionados a cerca do motivo de não lavarem as roupas, os enfermeiros respondiam “com desculpas frívolas e subterfúgios”³⁵⁶. Admirava “que nunca tivesse o enfermeiro-mor visto tais montes de trouxas, e não lhes desse o conveniente destino, apesar de ter eu em todas as visitas diárias recomendado aos enfermeiros a retirada desses focos de infecção das mesmas enfermarias”. E inferia: “[acredito] que o enfermeiro-mor não visita as enfermarias”. Diante das dificuldades, dr. Santos preconizava o deslocamento dos enfermeiros para as frentes de batalha. O melhor a ser feito era enviá-los “para matar paraguaios nos combates”.

O médico Alcebíades José Azevedo Pedra - um dos preferidos do major Lima em Corrientes -, considerava, como o dr. Santos, difícil lidar com os enfermeiros. O enfermeiro-mor, denominado Sipião³⁵⁷, o tirara do sério. Sipião prendeu em, março de 1866, um doente da enfermaria a cargo de Pedra. Ao longo de quatro dias o infeliz enfermo passou fome pois o enfermeiro-mor deu-lhe apenas as “primeiras dietas”. No quinto dia o facultativo pôs o doente em liberdade. Insatisfeito com a atitude do enfermeiro, obteve autorização do diretor do Hospital Militar para prender Sipião. Após três horas no xadrez do Avalos, relaxou a prisão e libertou-o para que pudesse “cuidar de suas obrigações”. Contudo, informou ao enfermeiro-mor que a noite, uma vez mais, seria recolhido. No entanto, Sipião apresentou um bilhete – produzido pela diretoria - por meio do qual era posto definitivamente em liberdade.

No final da tarde do dia 28 de março, o esculápio mostrou um ofício feito por Francisco Martins, 1º médico do nosocômio, a Sipião. Nele, o enfermeiro era repreendido e deveria ser novamente preso. Pedra decidiu prendê-lo à noite, assim “que terminasse os trabalhos”. Ordenou ao sargento da guarda, como o planejado, que Sipião fosse recolhido. Era por volta de 19 horas. Entretanto, “com subterfúgios”, Sipião engambelou o sargento e não foi preso. Duas horas depois, aproximadamente, o médico fez o militar recolhê-lo. Mais ainda. Determinou que um soldado vigiasse o xadrez. Quando, posteriormente, verificou a prisão, Sipião desaparecera. Enraivecido, o doutor mostrou ao sargento “o quarto sem o preso”. O militar desculpou-se. Não sabia de nada. Foi surpreendido com a notícia da fuga do enfermeiro enquanto defecava. Vendo-se em maus lençóis, o

355 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

356 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

357 AHEX, pasta 5707, documento 10.12, pasta 164.

sargento conseguiu encontrar Sipião. Todavia, sua ação não minorou o descontentamento do dr. Pedra. O médico deu-lhe voz de prisão. O militar injuriou-se. Tratou de chamar cadetes e doentes para testemunharem a “prepotência e o abuso de autoridade” de Pedra. Porém, foi em vão. Seu destino: o xadrez.

Além do desleixo dos enfermeiros nos hospitais, havia um outro grave problema à relação urdida entre eles e os médicos: os roubos. Enfermeiros, serventes e os próprios doentes roubavam as enfermarias. Em 25 de junho de 1866, o major Lima endereçava um ofício ao tenente coronel dr. Manoel da Cunha Barbosa, comandante das forças brasileiras em Corrientes. “Para fins convenientes, faço apresentar preso a ordem de V. Sa. o soldado Manoel Teixeira Pereira dos Santos, adido ao 6º Batalhão de Infantaria, o qual foi exonerado do lugar de ajudante de enfermeiro da enfermaria de [São] Francisco por ser dado a embriaguez e ter roubado alguns objetos ...”³⁵⁸. No mês anterior, o mesmo major redigiu um outro manuscrito. Enviou o documento a Cristiano Pereira de Azeredo Coutinho. Nele, mencionava um outro personagem: o soldado Honorato Brandão. “Faço apresentar preso a ordem de V. Sa. o soldado Honorato Pereira Brandão do 7º Batalhão de Infantaria, que sendo inspecionado de saúde foi julgado inapto para o serviço do Exército e vivia na enfermaria do Saladeiro cometendo roubos ...”³⁵⁹.

Os militares Manoel e Honorato eram ladrões. Contudo, não eram os únicos. Outros gatunos andavam livres pelas enfermarias da cidade correntina. Desde abril, o major diretor desgastava-se com a ação dos afanadores. Tanto mais que no dia 25 daquele mês, reportou-se ao coronel Coutinho nos seguintes termos: “A fim de poder reprimir os continuados roubos que aparecem nas enfermarias do Saladeiro e Quinta de Avalos, praticados pelos doentes e serventes das mesmas, peço a V. Sa. que dê suas ordens a fim de que seja aumentado o destacamento daquela com 20 soldados e um cabo, e a guarda desta com 10 praças inclusive um cabo, mesmo pela razão de estarem os doentes muito separados uns dos outros em suas barracas, os quais são em grande número”³⁶⁰. A forma pela qual os enfermos foram distribuídos em Saladeiro e Avalos – muito apartados uns dos outros – dificultava o controle sobre eles. Daí a exigência de um número maior de contingentes.

No dia 26, Lima endereçou ao coronel Coutinho um novo ofício. Considerava, através do texto, imprescindível a evacuação de muitos soldados do exército oriental radicados na enfermaria do Saladeiro³⁶¹. Os praças recebiam aí os primeiros socorros. Porém, perpetravam, dia após dia, “roubos em grande escala”. Mesmo objetos femininos existentes na enfermaria eram furtados. A questão era realmente séria. Algumas semanas antes da detenção do praça Honorato, repisou suas

358 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

359 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

360 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

361 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

solicitações junto ao comandante Barbosa. “Reitero o pedido que tenho feito a V.Sa. acerca de uma guarda que deve existir nas enfermarias seguintes do Hospital sob minha direção, a saber: Avalos, [São] Francisco e [São] João, [com o objetivo] de se poder reprimir os roubos, que se cometem nas mesmas ...”³⁶². Avalos deveria receber 20 praças (18 soldados, um cabo e um inferior); São Francisco 12 ao todo e São João 8. Sublinhava também: “... peço a V. Sa. mais uma guarda de 11 praças para o Almojarifado por existirem muitos objetos cujos depósitos requerem grande vigilância”.

A participação de enfermeiros e ajudantes de enfermagem em roubos se relacionava às reduzidas qualificações de tais membros do corpo de saúde do exército. Eram homens com pouca instrução – como mencionei páginas atrás – e com um sistema de balizamento ou referências corrompido. Não era fácil reunir pessoas gabaritadas ao desempenho das funções relativas à enfermagem. Não se limitava o problema ao serviço de saúde do exército brasileiro. Mobilizou-se como enfermeiros, nos primeiros anos da Guerra Civil Americana, soldados feridos ou doentes que não apresentavam condições físicas de retornar aos campos de batalha (Freemon, *op. cit.*, pp. 51-52). As irmãs católicas³⁶³ (popularmente denominadas irmãs de caridade) também cumpriram este papel - aproximadamente 617 missionárias, de ordens diferentes, participaram da guerra em ambos os lados. Atuaram como enfermeiras após a invasão de seus conventos ou hospitais ao longo das batalhas. Foram algumas vezes arregimentadas oficialmente pelos governos federal, estadual ou municipal. Dispunham-se, noutras ocasiões, simplesmente a auxiliar o próximo através da presença voluntária nos hospitais militares. Sentiam-se incomodados os pacientes protestantes, com o escudo do preconceito nos braços, diante das irmãs. Elas não se preocupavam em disseminar o catolicismo entre os militares; contudo, não foram poucos os pacientes que se converteram à religião católica.

Dorothea Lynde Dix³⁶⁴ tornou-se superintendente das enfermeiras no exército unionista. Nascida em Hampden, Maine, em 4 de abril de 1802. Seus pais eram Joseph and Mary Bigelow Dix. Um de seus principais traços de personalidade era o isolamento emocional, a introspecção, características que produziam uma barreira entre ela e os que lhe cercavam. Sua vida foi marcada por vários problemas de relacionamento. Não é gratuito o fato de nunca ter se casado. Dedicou-se a cuidar de indivíduos mentalmente insanos. Voluntariou-se, com a eclosão da Guerra Civil Americana, a organizar um grupo (não-remunerado) de enfermeiras cujo intuito era cuidar dos enfermos e feridos. Sua proposta foi endossada por Simon Cameron, secretário de guerra. Em 10 de

362 AHEX, código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes (1866).

363 Sobre as irmãs católicas, cf. “Nuns” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*; MAHER, Mary Denis. *To bind-up the wounds: catholic sister nurses in the U.S. Civil War*. Louisiana: Louisiana State University Press, 1999, particularmente o capítulo 5 (“Catholic sister nurses in the Civil War”). Para informações acerca do papel da mulheres na Guerra Civil Americana, de uma maneira geral, cf. SCHULTZ, Jane E. *Women at the front: hospital workers in Civil War American*. North Carolina: University of North Carolina Press, 2004.

364 Para uma primeira leitura sobre Dorothea Lynde Dix, cf. “Dix, Dorothea Lynde” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*. Para uma análise mais detalhada, cf. SCHULTZ, Jane. *Op. cit.*

junho de 1861, Cameron a reconheceu como superintendente das enfermeiras da União.

Dix reunira-se a Florence Nightingale e visitara os hospitais militares da Crimeia (Adams, *op. cit.*, p. 176; *idem*, p. 52). Daí o seu apelido: “Florence Nightingale americana”. Selecionou, detalhadamente, as enfermeiras. Sua ideia era construir um grupo reduzido; entretanto, bem qualificado. Na sua leitura, mais relevante era o conteúdo moral e espiritual das enfermeiras do que sua experiência em instituições hospitalares. Escolheu mulheres maduras cuja idade variava de trinta e cinco a cinquenta anos. Não lhe interessava jovens aventureiras em busca de um casamento³⁶⁵. Sua administração fora caracterizada por uma gama de percalços. Entrou em choque com médicos e não conseguiu cooperar com a Associação Central de Ajuda Feminina e com a Comissão Sanitária dos Estados Unidos. Mantinha uma relação conflituosa com as irmãs. Não confiava nelas. Via-nas como um grupo pré-disposto a competir com suas enfermeiras.

Vislumbrava as irmãs de caridade por um outro prisma o médico baiano Luiz Álvares dos Santos. Descontente com os enfermeiros, propunha, em março de 1866, a substituição destes empregados incompetentes pelas irmãs de caridade. Era impossível “encontrar pessoal mais dedicado, mais humano, mais consciencioso”³⁶⁶ do que as religiosas. “A [despesa] infrutífera [do] tesouro público com os atuais enfermeiros [seria melhor empregada] para obter aquelas santas mulheres, que em muito menor número satisfariam a todas as necessidades do tratamento”³⁶⁷. Conhecia o trabalho das irmãs junto aos enfermos, visto que servira “com elas no hospital da Santa Casa da Misericórdia na Bahia, e aqui mesmo [em Corrientes], para onde o governo argentino mandou cinco dessas angélicas enfermeiras”³⁶⁸.

Dr. Santos não foi o único a defender as missionárias. O médico Maximiano Marques de Carvalho também valorizava as religiosas. Seus vocábulos: “Os bons enfermeiros são tão necessários em um hospital que toda ciência médica será inútil se os não houver. As mulheres são as melhores [para a realização dos serviços de enfermagem]. Os exércitos franceses, cujos hospitais e ambulâncias servem de modelo a todos os hospitais militares do mundo, são servidos por irmãs de caridade, elas acompanharam o exército francês a Crimeia ... e prestaram nos hospitais ambulantes os maiores serviços que se podem render à humanidade sofredora, e certamente, [irão] prestar um grande serviço aos bravos feridos na campanha do Paraguai”³⁶⁹. Aqueles que visitaram os hospitais militares franceses na Crimeia e em Constantinopla ficaram impressionados com o grau de limpeza e organização das instalações médicas. Relacionava-se tal situação à presença de uma equipe de enfermeiras e de irmãs de caridade (pertencentes à ordem de São Vicente de Paulo). Um inglês foi

365 De fato, um dos temores dos críticos da presença de enfermeiras nos hospitais militares era o suposto desejo delas de encontrar o amor. ADAMS, George Worthington. *Op. cit.*, p. 177.

366 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

367 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

368 AHEX, pasta 5664A, documento 10.11, pasta 21.

369 “Revista médica, hospitais militares” in: *Jornal do Commercio*, julho de 1865.

obrigado a reconhecer que as condições dos hospitais britânicos em Scutari eram sobremaneira inferiores (Figes, 2010, p. 293).

Em março de 1865, o *Jornal do Commercio* cobrava o envolvimento das missionárias na Guerra do Paraguai. “Por que não hão de as irmãs de caridade fazer pelo Brasil o que tem feito pela França? O que as movem na Europa foi o sentimento de religião e de humanidade: por que não as movem o mesmo sentimento no Brasil? São os gemidos dos que sofrem, são as aflições e os padecimentos dos doentes e dos feridos que devem anunciar às irmãs de caridade o lugar onde mais necessários se tornam os seus serviços: pois então? A guerra com o Paraguai [irá] começar em breve: nossos batalhões estão marchando, os hospitais se organizam, que esperam as irmãs de caridade? O seu posto de religião e de honra não é mais no seio brando, suave e bondoso da cidade do Rio de Janeiro, é lá no campo das peijas, que será também o mais vasto campo de caridade”³⁷⁰.

Fundou-se a Companhia das Irmãs de Caridade em 1633, na França. Foi a fundação obra do padre Vicente de Paulo e de Luisa Marillac, viúva que dedicou o resto de sua vida à consolidação do trabalho das missionárias (Passos & Barreira, *op. cit.*, p. 149). O objetivo da companhia era superar as dificuldades da Confraria da Caridade. Compunha-se a companhia por “damas da sociedade” que promoviam ações caritativas. As ações dependiam do dinheiro arrecadado e do tempo disponibilizado por estas mulheres. Preocupavam-se com o devir, a transcendência, a vida após a morte. Queriam reservar um espaço no reino dos céus. Donde sua atenção dispensada aos enfermos. A proposta era a seguinte: “Assistir aos doentes pobres espiritualmente para morrerem em estado de graça ou, recuperando a saúde, para viverem sem ofender a Deus, e corporalmente, proporcionando-lhes remédios e alimentos” (*idem*).

As primeiras irmãs de caridade chegaram, em março de 1849, ao Brasil. Foram enviadas as religiosas da Irmandade de São Vicente de Paulo para as terras brasileiras por ocasião da solicitação de Antônio Ferreira Viçoso, bispo de Mariana. Tencionava o bispo mobilizá-las em favor da catequização, educação das moças e serviços no hospital da Santa Casa da Misericórdia (*idem*, pp. 150-151). Não demorou para que o bom trabalho desempenhado pelas missionárias em Mariana fosse conhecido nas demais províncias. Nessas circunstâncias, tais províncias se esforçaram para contar com suas atividades. José Clemente Pereira, advogado português e provedor da Santa Casa de Misericórdia, por conta das vicissitudes encontradas para reunir enfermeiros com o mínimo de qualidade, trouxe as irmãs para labutar no Rio de Janeiro. Em 1852, já atuavam na Santa Casa e, no ano subsequente, no hospício D. Pedro II.

Foram atendidas as preces do dr. Santos. Publicava-se em 12 de dezembro de 1868 as

370 “Publicações a pedido – A Guerra e as Irmãs de Caridade” in: *Jornal do Commercio*, 21 de março de 1865.

“Instruções para o serviço dos hospitais e enfermarias militares, em que houver irmãs de caridade”³⁷¹. O documento, escrito por Manuel José Vieira Tosta, Barão de Muritiba, expunha vinte e três artigos. O 1º definia que o serviço exigido pelas enfermarias ficaria a cargo de uma irmã superiora e das irmãs enfermeiras. Auxiliariam as missionárias o enfermeiro-mor e os ajudantes de enfermagem. De acordo com o 2º artigo, as religiosas, o enfermeiro-mor e os ajudantes de enfermeiros estariam submetidos ao 1º médico (no tocante às questões de saúde) e ao diretor (no concernente aos problemas administrativos). E não apenas isso. O enfermeiro-mor responderia por suas atividades à irmã superiora e os auxiliares de enfermagem se subordinariam às irmãs enfermeiras e ao enfermeiro-mor.

O 4º determinava que a “... irmã superiora obrigará todos que lhe forem subordinados a cumprirem exatamente os seus deveres, não só quanto ao tratamento dos doentes, aplicações de remédios, distribuição de dietas, como também no que diz respeito à polícia e limpeza das enfermarias”. A situação da irmã superior estava longe de ser confortável: “Por qualquer falta havida [em uma enfermaria] será responsabilizada a irmã superiora perante os chefes do serviço médico ou cirúrgico da [mesma]”. O artigo 6º apresentava as linhas que transcrevo: “A irmã superiora será responsável pelas roupas, utensílios e mais objetos que faltarem, se a falta for proveniente de descuido ou dilapidação feita pelos seus subordinados, bem como pelas faltas devidas a extravios nas arrecadações a seu cargo”. Concedia-se aqui uma atenção ao problema dos roubos e furtos nas enfermarias.

Aparentemente, as religiosas realizaram um trabalho de qualidade nos hospitais militares brasileiros. Também estiveram presentes nos nosocômios argentinos. Atestaram a dedicação das irmãs em tais nosocômios, médicos nacionais que aí labutaram. Sobre a atuação das missionárias, o correspondente do *Jornal do Commercio* dizia: “Chegaram para os hospitais argentinos, onde ... estão tratando os feridos dos últimos combates, as irmãs de caridade, que estão prestando bons serviços ... Nesses hospitais teve lugar no domingo passado a comunhão dos feridos. É um ato solene e edificante. Depois de receberem os feridos os consolos da religião cristã, recebem os cuidados das senhoras, que inspiradas nos sentimentos de caridade evangélica, servem aos enfermos, prodigalizando-lhes todos os cuidados. É belo ouvir o roçar das sedas, ver o curvar dos balões no meio desses leitos de dores e gemidos, ver [as mãos delicadas] que apertam as finas luvas de pelica perfumadas, segurando uma chávena de chocolate, de leite ou de chá, e uma fatia ou pedaço de pão-de-ló, estender-se sobre o leito de um ferido no combate”³⁷².

Ilusório é, entretanto, pensar que não houve embates a envolver as irmãs de caridade.

371 “Ordem do dia nº 657 – repartição do ajudante-general, 28 de dezembro de 1868” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 607 a 658)*. Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1868.

372 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio” in: *Jornal do Commercio*, 12 de março de 1866.

Vislumbrar as cousas desta maneira é desumanizar as missionárias. É recriá-las historiograficamente, porém, a partir de uma perspectiva romântica. Noutras palavras, é inseri-las como personagens heroificadas em uma fabulação. Indicou, em 14 de setembro de 1865, o próprio Eduardo Augusto Pereira de Abreu a existência de escaramuças em Montevidéu, cuja base eram as religiosas. “Atualmente há um conflito entre as irmãs de caridade [por executarem] atribuições que não lhes [competem]”. Alicerçadas no cônsul brasileiro na cidade uruguaia “querem governar e dispor do Hospital como sua propriedade, fazem questão de não admitirem [a incorporação aos] serviços do Hospital uma Senhora Brasileira enviada pelo Ministério da Guerra a fim de aqui servir”³⁷³.

O problema com as religiosas em Montevidéu ia mais além³⁷⁴. Chegaram, no começo de junho de 1865, no hospital brasileiro da cidade uruguaia. Ficaram encarregadas do almoxarifado. Algumas eram “bonitas”, “provocadoras”, ao mesmo tempo e paradoxalmente, tinham um ar que descortinava brandura. Organizaram um depósito de gêneros no hospital. Para edificá-lo, passaram a ter uma relação de proximidade com José Vitorino da Rocha, representante do fornecedor. Diversos eram os objetivos do depósito: fornecer suprimentos para o Hospital da Misericórdia (*La Caridad*) em Montevidéu; sustentar José Ferreira Ramos, amanuense do nosocômio e amante de uma delas; sustentar também Fuão Ribeiro e sua família (Fuão era enfermeiro e se transformara em um factótum das irmãs de caridade). Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, em face a tal comportamento, terminou por demiti-las.

As irmãs de caridade trabalhavam também no Asilo dos Inválidos da Pátria. Apesar do asilo ter sido criado oficialmente, em 1868, na ilha do Bom Jesus, a instituição funcionou antes, provisória e fragmentariamente, em prédios usados como quartéis em outros locais: Praia Vermelha, Campo da Aclamação, Ponta da Armação (Niterói) e na própria ilha do Bom Jesus. As missionárias, mesmo antes da inauguração mantinham uma relação tensa com os militares. Incomodava-os o excesso de poder depositado nas mãos das religiosas.

Um destes militares era o alferes Agostinho José de Andrade. O alferes tencionava saber quais os limites entre suas funções e as das irmãs de caridade.

‘Ilm. Snr. Capitão Commte. Interino.

O Alferes reformado do Exército Agostinho José de Andrade em serviço no Asilo de Inválidos da Pátria, sob o interino comando de V. Sa., sendo eleito Agente para funcionar no

373 Carta de Eduardo Augusto Pereira de Abreu ao Conselheiro Nabuco de Araújo, IHGB, coleção Senador Nabuco de Araújo, Guerra do Paraguai, lata 362, pasta 2 (14 de setembro de 1865).

374 AN, códice 547, volume 2, documento 89.

2º semestre do corrente ano, a bem de poder cumprir com as obrigações que lhe devem competir, passa a fazer algumas ponderações ... 1º) Se havendo o Asilo contratado com particulares o fornecimento de gêneros para o rancho das praças e [enfermarias], devem os pedidos ser feitos e recebidos pelo Agente ou pelas Irmãs de Caridade, visto que elas confeccionam o pedido e recebem os gêneros sem que o Agente tenha conhecimento; 2º) Se as compras de objetos precisos ao rancho das praças e Enfermarias, devem ser feitas pelas Irmãs de Caridade ou pelo Agente, porquanto elas fazem por sua deliberação todas as compras ...; 3º) Se havendo um Conselho Econômico no Corpo por quem [deve] ser [apresentada] mensalmente as contas de despesa; 4º) Quais as atribuições que de direito devem competir ao Agente; 5º) Finalmente se o Agente deve ficar com a responsabilidade dos atos praticados pelas referidas Irmãs de Caridade'.

Rio de Janeiro 9 de julho de 1867.

Agostinho J. de Andrade³⁷⁵.

As missionárias não foram as únicas mulheres presentes na guerra. “Apresentou-se ao presidente [da província da Bahia] uma senhora com uma filhinha de seis anos, oferecendo-se [como] enfermeira em algum hospital no teatro de guerra”³⁷⁶. A mulher foi cuidar dos soldados enfermos e feridos na conflagração. Sua filha foi recolhida em um asilo pelo governo imperial. Joana Francisca Leal de Souza, nortista, em 21 de agosto de 1865, “se ofereceu para ir servir como enfermeira nos hospitais de sangue na campanha”³⁷⁷. Também atuavam, eventualmente, como enfermeiras as esposas dos soldados e outras mulheres (por exemplo, escravas e prostitutas) que acompanhavam as tropas.

Alfredo d'Escragnolle Taunay, ao relembrar a “Retirada da Laguna”, mencionou o desempenho da mulher de um combatente: a “preta Ana”. “Grande número de feridos brasileiros se transportaram de vários pontos; foram todos levados à ambulância provisória, onde os nossos médicos os puseram nos carros de bois, apertados, não há dúvida, e uns sobre os outros, mas recebendo todos os socorros que as circunstâncias comportavam. Uma mulher de soldado, a preta Ana, antecipara nesta obra caridosa os cuidados da administração hospitalar ... desvelara-se por todos os feridos que lhe traziam, tomando ou rasgando das próprias roupas o que lhe faltava para os pensar [aplicar curativo em uma ferida] e ligar ...”³⁷⁸.

Relevante papel foi o desempenhado por Anna Nery. Integrante de uma família de militares, seus três filhos e seus dois irmãos foram para a guerra. Solicitou, desejosa de compartilhar o destino

375 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 379.

376 “Interior” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 9 de agosto de 1865.

377 “Noticiário” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 22 de agosto de 1865.

378 TAUNAY, Alfredo d'Escragnolle (visconde de). *Op. cit.*, p. 81.

da prole, a autorização ao presidente da província da Bahia para ir para o *front* na condição de enfermeira voluntária. Prestou serviços em hospitais militares de várias regiões: Salto, Corrientes, Humaitá e Assunção. Perdeu um de seus filhos no Paraguai. Retornou a Bahia. Aí dedicou-se a cuidar das tarefas domésticas e das “órfãs de guerra” que adotara. Por ocasião da transferência de seu filho, Pedro Antônio Nery, capitão do exército, a “mãe de todos”³⁷⁹ (como foi apelidada) foi viver no Rio de Janeiro, onde morreu aos 65 anos.

Nery não conseguiu assumir no Brasil a mesma relevância que Nightingale logrou na Inglaterra (e, posteriormente, em outros países). Diferente dela, a enfermeira brasileira não produziu textos sobre as condições sanitárias dos hospitais militares em que trabalhou. Ao ir à guerra seu objetivo era estar próxima dos filhos. Nightingale, aparentemente, procurava dar um sentido para sua vida. Suas convicções religiosas fizeram com que ela ajudasse o próximo; cuidasse dos soldados feridos na Guerra da Crimeia. Para além da vontade de tornar sua vida útil, produtiva, Nightingale objetivava livrar-se, parece-me, da pressão familiar que exigia que ela se enquadrasse nos padrões da sociedade vitoriana, por exemplo, contraísse matrimônio. Fosse como fosse, a escolha da “senhora do candeeiro”, como seria conhecida entre os combatentes, mudou a história da saúde pública.

Nery representava uma exceção (Passos e Barreira, *op. cit.*, pp. 146-149). Tinha 40 anos quando foi à guerra, idade madura, simbolicamente maternal para os padrões da época. Seus familiares eram membros do exército. Adotou uma postura submissa ao pedir autorização ao presidente da Bahia para atuar como enfermeira no conflito. Não eram oficialmente reconhecidas pelo governo imperial mulheres como a “preta Ana” (enfermeiras improvisadas diante das demandas do teatro de operações). Donde infere-se que, no tocante à enfermagem militar, a opção governamental foi, com efeito, pelas irmãs de caridade. Por que?

Eram vítimas do patriarcalismo e do senhorialismo, heranças nefastas dos tempos coloniais, as mulheres que viviam no Brasil monárquico. Tinham direito, legalmente, o marido de matar a esposa adúltera e o pai autoritário de castigar fisicamente a filha em nome da boa educação. Quatro décadas antes da eclosão da Guerra do Paraguai, ainda vigorava tal legislação³⁸⁰. Mais do que isso. Associava-se o ente feminino, por conta de um imaginário impregnado de religiosidade católica, a imagens e fantasias referentes à “Queda de Adão”. Estas fantasias relacionavam a mulher a vocábulos como: pecado, dissimulação, traição etc.. Pululam nas páginas dos cronistas, que

379 “... D. Ana Nery, essa matrona venerada em todo o exército, esse anjo tutelar dos hospitais e cujo nome era pronunciado por soldados e oficiais com lágrimas de enternecimento e gratidão e que em sua linguagem franca e sincera a apelidavam a mãe de todos”. “Publicações a pedido – A família Nery e a Guerra do Paraguai” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 21 de dezembro de 1869.

380 Foram proibidos o direito do marido de matar a esposa adúltera e as mutilações e os castigos corporais (exceção feita aos escravos) com a criação, em 1830, do Código Criminal. GRINBERG, Keila. “Código Criminal” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Op. cit.*, pp. 145-147.

visitaram o Brasil imperial, histórias de misoginia. Conta-nos Thomas Ewbank uma delas: “Um comerciante ... levou um dia a passeio sua filha única a pretexto de fazer uma visita. O carro se deteve diante do Convento da Ajuda. A jovem subiu os três ou quatro degraus externos sem se dar conta do lugar em que se achava, e logo um portão se fechou atrás dela e seu pai se foi. A moça recusara um marido que lhe fora escolhido, e ficou encerrada atrás das muralhas por dois anos até que cedesse e consentisse em fazer a vontade do pai, para que pudesse então sair dali”³⁸¹.

Mais assustador é a experiência de Paula (ou “irmã Paula” como se tornara conhecida no Rio de Janeiro oitocentista). O cenário, uma vez mais, o Convento da Ajuda. “De linhagem respeitável, nascera e fora criada no interior. Amável e inteligente, infelizmente tornou-se rica pela herança recebida [em razão da] morte da mãe. Seu pai e irmãos cobiçaram-lhe a riqueza, e acharam meios de [entregar Paula] à abadessa do Convento da Ajuda. Uma grande caixa, com furos para a entrada de ar foi preparada pelos desalmados criminosos, e nela a pobre vítima metida e trazida às pressas de sua residência, a algumas léguas do Rio, para ser enclausurada no convento. Resistiu a todas as tentativas feitas para que tomasse o hábito, e no curso de longos anos, conseguira por três vezes escapar, mas implorou em vão, com o coração a arrebentar de angústia, a misericórdia de seus parentes. Da última vez que fugira, foram seus irmãos que a jogaram novamente no Convento, pois o pai já falecera. Por fim a natureza não mais resistiu. Os castigos que por suas fugas ela sofrera – privações, falta de alimentos, grilhões e outras torturas somente conhecidas pelas almas malignas que as infligiam, quebrou a resistência da condenada, que perdeu a razão e se tornou irremediavelmente insana”³⁸².

Note-se que os irmãos lhe transportaram ao convento em uma caixa e não lhe soltaram mesmo após terem se assenhorado da herança da mulher. Foi a abadessa que, tempos depois, lhe concedeu a liberdade. Em 1846, Paula tinha mais de 50 anos, louca e pobre, vivia de ações caritativas e solidariedades. Foi essa tradição patriarcal que impediu uma participação mais expressiva do sexo feminino em um espaço como a Guerra do Paraguai. As irmãs de caridade não eram mulheres no sentido sexualizante da palavra. Eram, na verdade, “santas mulheres” (na expressão de Luiz Álvares dos Santos), “esposas de Cristo”. Noutros termos, entes femininos cujo destino era a abnegação e o sofrimento. Traços culturais que se coadunavam a um palco dramático como o da Guerra da Tríplice Aliança.

A guerra contra López produziu um corpo variado de tensões entre os médicos e entre estes e os acadêmicos de medicina. Engendrou igualmente animosidades entre doutores e enfermeiros (a ponto do governo monárquico se esforçar para substituí-los por irmãs de caridade). Não ficaram alheios os farmacêuticos a tal conflituosa realidade. João José Dória, farmacêutico alferes da

381 EWBANK, Thomas. *Op. cit.*, 162.

382 *Idem.*

Ambulância Central de Reserva, em Tuyú-Cué, por pressão de Policarpo Cesário de Barros, médico que destacara a atuação do doutor Dantas na batalha de Tuiuti e delegado do cirurgião-mor do exército, José Ribeiro de Souza Fontes, chamou a atenção dos farmacêuticos sob sua responsabilidade para o seguinte ponto: eram obrigados a cumprimentar o dr. Fontes quando o cirurgião-mor viesse visitar a Ambulância Central³⁸³. Um indicativo de que o relacionamento entre o chefe do serviço de saúde do exército e os boticários naquele acampamento era caracterizado por um mal-estar.

Domingos Rodrigues Seixas³⁸⁴ era filho do brigadeiro honorário Domingos Rodrigues Seixas e de Ana Marques Seixas. Nasceu na Bahia, em 6 de janeiro de 1821. Morreu aos 61 anos no interior do navio *Finance* no momento em que adentrava ao porto soteropolitano. Formou-se em medicina pela faculdade da Bahia. Foi conselheiro do imperador e membro da Academia Imperial de Medicina. Escreveu, dentre outras cousas, *Da cólera-morbus epidêmica em 1855 na província da Bahia*.

Dr. Seixas

participou de toda a campanha no Paraguai. Com 46 anos era o chefe da Ambulância Central de Reserva. Convenceu-se de que a insubordinação dos farmacêuticos não era gratuita. Era estimulada por Augusto Alves de Abreu³⁸⁵, estudante de farmácia do 2º ano, e farmacêutico contratado. Abreu foi “repreendido por circulares” e preso em uma barraca por ordem do cirurgião-mor de brigada Policarpoé de Cesário de Barros. O farmacêutico, antes da prisão, devolvera, através de um enfermeiro, receituário a um médico da Ambulância Central com “palavras inconvenientes”. Fizera o mesmo com outro doutor. Criava inúmeras dificuldades aos médicos, “negando-se a aviar com presteza os medicamentos, até na hora crítica das operações ...”.

Os farmacêuticos, em Corrientes, esgotavam a paciência do baiano Luiz Álvares dos Santos. Dr. Santos não tinha dúvida de que o trabalho do farmacêutico responsável pelas enfermarias do hospital de Avalos, sob sua administração, se notabilizava pela negligência³⁸⁶. “Os fatos que se deram nos últimos três dias [7, 8 e 9 de março de 1866] me convenceram de que é negligente e descuidado o tal oficial de farmácia”. Que fatos? O médico mencionava caixinhas de pílulas cerradas; entretanto, vazias (“como aconteceu com uma caixa de pílulas Kernes mineral ...”). Fórmulas que não eram enviadas para as enfermarias, a despeito de registradas no livro de solicitações.

Transformou-se o Avalos, a considerar também a culpabilidade dos enfermeiros, em um espaço caótico. “Arguidos por mim os enfermeiros desculpam-se com os boticários; arguidos por

383 AHEX, pasta 5661A, documento 2.3, pasta 11.

384 BLAKE, Sacramento, volume 2, p. 230; IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 830.61.

385 AHEX, pasta 5661A, documento 2.3, pasta 12.

386 AHEX, pasta 5707.

mim os boticários desculpam-se com os enfermeiros e os condutores da carretilha; e nesse ziguezague de desculpas vê-se o médico iludido em sua boa fé, e [o mais grave], morre o pobre soldado, vítima da negligência de uns, da preguiça e descuido de outros, e da indiferença de todos”.

A relação entre médicos e farmacêuticos era desigual. E não foi a Guerra do Paraguai que produzira esta desigualdade. Havia, no espaço acadêmico, uma hierarquização social entre farmacêuticos e facultativos. Noutras palavras, os doutores consideravam os farmacêuticos representativos de uma ciência auxiliar, secundária. Tal característica tornou-se mais evidente com a reforma de 1854. A reforma transformou a farmácia em parte integrante da seção das ciências acessórias³⁸⁷. Estas ciências tinham dificuldades em obter professores. Diferente do que ocorria com as ciências médicas e cirúrgicas, em épocas de concurso, as ciências ditas acessórias, no geral, não conseguiam reunir candidatos. Segundo os estatutos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na ausência de candidatos por um ano, o governo se encarregaria de selecionar um médico com seis anos de clínica para preencher a vaga. Partia-se da premissa, portanto, que um doutor em medicina tinha condições de ocupar a posição de um farmacêutico.

A subordinação social dos farmacêuticos aos médicos (e da farmácia à medicina), constitutiva das hierarquias construídas nas faculdades imperiais, também se revelou no corpo de saúde do exército. Não por outra razão os farmacêuticos compunham um número menor no interior da corporação médico-militar e sua patente (alferes) era inferior a dos doutores. Associada à desorganização do serviço de saúde e aos temores e incertezas da guerra, a posição social inferiorizada dos farmacêuticos (e da ciência que professavam) favoreceu a emergência de conflitos entre eles e os facultativos.

Após deslindar a estrutura do corpo de saúde do exército e os embates envolvendo os seus membros, convido o leitor a refletir sobre as práticas cirúrgicas no contexto da Guerra da Tríplice Aliança.

³⁸⁷ A reforma de 1832 criou três seções na esfera acadêmica: “das ciências médicas (fisiologia, patologia interna, matéria médica e farmácia, higiene e história da medicina, e clínica interna); das ciências cirúrgicas (anatomia geral e descritiva, patologia externa, partos, medicina operatória e aparelhos, e clínica externa) e das ciências acessórias (física, botânica e zoologia, química e mineralogia)”. VELLOSO, Verônica Pimenta. *Farmácia na Corte Imperial (1851-1887): práticas e saberes*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), 2007, p. 263.

2) Gangrena e guerra: a cirurgia militar brasileira no teatro de operações platino

Os gemidos dos moribundos que entram exalando o último suspiro, os 'ais' dos feridos, as ondas de sangue que espadanam, as roupas ensopadas e secas em sangue e terras, as caixas de amputações abertas, a atitude dos médicos, de cócoras, de joelho, de pé, laqueando artérias, aplicando ataduras, torniquetes, garrotes para hemorragia, amputando pernas ou braços, e tudo isso com uma dedicação e trabalho infatigáveis, e no meio dessa cena o culto imponente e venerando do sacerdote cristão, confessando a um moribundo, absolvendo a outro, unguindo aquele que expira ao entrar no hospital, tudo isso forma um quadro sem igual, uma harmonia de dor e resignação que não tem palavra na linguagem humana ...388

... não pensem ser fantasia; não, não é, estava uma vez de *dia* – e foi chamado [um cirurgião] para socorrer a um ferido, recolhido do hospital. Acercou-se do infeliz, que tinha o ventre aberto e os intestinos de fora, palpantes. Deixou o cigarro, cheio de sarro, na *barra* ensanguentada; e, sem lavar as mãos, tentou debalde reduzir a hérnia, rebelde e obstinada. Desanimado, abriu uma caixa de amputação, tirou uma faca fina, longa, meio enferrujada; agarrou com a mão esquerda o intestino mais saliente; com a faca ameaçadora na direita olhou para o cabo-enfermeiro, que fitava, espantado, aquela cena e perguntou-lhe: *Corto?*

O cabo respondeu: - *Não, senhor doutor.*

Então arranja-te – disse o cirurgião, e retirou-se.

O enfermeiro, mais prático do que ele, introduziu os intestinos e coseu o ventre do infeliz.

Parece fábula, mas é a verdade, em toda a sua nudez³⁸⁹.

388 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio” in: *Jornal do Commercio*, 1 de junho de 1866.

389 CERQUEIRA, Dionísio. *Reminiscências da Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980, pp. 236-237.

“Um espetáculo doloroso”: o drama de Júlio José das Chagas

Júlio José das Chagas³⁹⁰ era soldado do 27º batalhão de voluntários da pátria. Participou, em 21 de março de 1868, da ocupação de Curupaiti. Talvez a possibilidade de um ferimento grave ou mesmo a morte naquela batalha lhe atormentasse. Talvez tivesse dificuldades para dormir ou perdesse a vontade de comer a ração que, diariamente, lhe era ofertada. Quiçá imaginasse, esperançoso, que voltaria para casa com vida e saudável para rever sua mãe e irmãs. Fosse como fosse, naquele dia, a sorte não estava com Chagas.

Um ano e meio antes, as forças aliadas decidiram tomar o forte de Curupaiti, estratégica posição paraguaia visto que oferecia acesso à fortaleza de Humaitá. Marcou-se a ofensiva para o dia 16 de setembro de 1866. Executou-se o ataque, entretanto, seis dias depois (Doratioto, 2002 pp. 242). Deu-se o atraso em razão das divergências entre os aliados³⁹¹. Para piorar as coisas, o tempo estava péssimo. Naquela semana a chuva parecia interminável. A frente das forças aliadas, Bartolomeu Mitre Martinez, presidente da República Argentina, ordenou a ação. Uma trincheira de dois quilômetros de extensão protegia Curupaiti. Defendiam-na 4 a 5 mil guaranis e aproximadamente noventa canhões, direcionados ao rio Paraguai e ao terreno circunvizinho (*idem*, p. 243). Joaquim Marques Lisboa, o almirante Tamandaré, de acordo com o plano previamente traçado, abriu fogo contra as linhas inimigas. Convenceu-se, após uma análise equivocada, de que fustigara as tropas paraguayas e a esquadra sinalizou para que as unidades terrestres agredissem as posições inimigas.

Os aliados formavam cerca de 20 mil homens, divididos, de forma equilibrada, entre

390 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Corrientes, 30 de julho de 1868” in: *Jornal do Commercio*, 11 de agosto de 1868.

391 Os generais aliados não questionavam a importância da ofensiva. Contudo, o orgulho de Manoel Marques de Souza, conde de Porto Alegre, produziu divergências entre eles. Sentiu-se desprestigiado com o fato de Mitre participar do ataque a frente do 2º Corpo do Exército Brasileiro (o argentino era seu superior). Expôs sua insatisfação com a ajuda de Joaquim Marques Lisboa, o almirante Tamandaré. Sublinhava que, com o auxílio da marinha, tinha condições de tomar Curupaiti. Porto Alegre ia além. Criticou o plano de ataque original. Não deveria a ofensiva iniciar com suas tropas. Mais acertado seria a incursão começar com Polidoro da Fonseca Quintanilha Jordão, o general Polidoro. Este deveria partir de Tuiuti, local, segundo o raciocínio de Porto Alegre, ideal para alcançar os pontos mais vulneráveis da fortaleza paraguaia. Pensava assim em função das informações obtidas junto a um desertor inimigo. Por pressão de um irritado Mitre (e de Venâncio Flores Barrios, presidente do Uruguai e integrante do Partido Colorado) o plano manteve as características originalmente definidas. Antes da ofensiva o ditador paraguaio solicitou um encontro com Mitre. Com esporas de prata e botas altas, bem como um uniforme serpenteado em fios de ouro, López encontrou, em 12 de setembro de 1866, o comandante argentino vestido de forma simples (embora usasse um grande chapéu de feltro). Deu-se a reunião em Iataití-Corá. Flores retirou-se dela após um conflito verbal com o ditador (López acusou-o de ser o responsável pela eclosão da conflagração, ao favorecer a intervenção brasileira, em 1864, no Uruguai). O líder paraguaio asseverou que levava seus combatentes à guerra por entender que o Brasil objetivava dominar o Uruguai e, em seguida, os territórios contíguos. DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Op. cit.*, 2002, pp. 238-239.

brasileiros e argentinos (*idem*). Manoel Marques de Souza, general e conde de Porto Alegre experimentou dois problemas ao iniciar a ofensiva: o barro e a artilharia paraguaia. O lodaçal prejudicava a movimentação dos combatentes e retardava o ataque. Os artilheiros (diferente do que Tamandaré imaginava) não tinham sido alvejados, e as forças aliadas lutavam corajosamente contra eles. Mitre deslocou dois homens em direção às tropas de Porto Alegre. Seu interesse era fazê-los verificarem a real situação dos batalhões do general brasileiro. Entretanto, confundiram-se. Pensaram que os aliados tinham conquistado a trincheira paraguaia. Não notaram, contudo, que os soldados tomaram tão-somente o primeiro fosso (*idem*). Restava, portanto, a trincheira principal. Os enviados de Mitre repassaram a ele a informação errada. E de posse dela, Mitre determinou que tropas argentinas comesçassem uma nova agressão, cujo objetivo era fortalecer Porto Alegre em suposta vantagem.

“Os argentinos lutaram com bravura até as trincheiras, a despeito da lama que chegava aos joelhos ...”³⁹². Os brasileiros também enfrentavam, valorosamente, os paraguaios. Continuavam o avanço em meio a ferocidade do inimigo. Inúmeros corpos jaziam no chão. Depois de longo e encarniçado enfrentamento, pressionados, as forças aliadas bateram em retirada. Deixaram 5 mil mortos e feridos para trás³⁹³. “Curupaiti”, afirmou espirituosamente Richard Burton, “foi uma noz duríssima para os aliados e lhes quebrou alguns dos dentes”³⁹⁴.

Chamou a atenção dos inimigos a disposição dos argentinos e brasileiros para a luta: “Em Curupaiti impressiona – e isso foi destacado por espectadores paraguaios do combate – o sangue frio dos soldados aliados que, durante horas, marcharam adiante, para preencher claros dos companheiros mortos, cômicos de que muito possivelmente eles também morreriam” (*idem*, p. 244). Nota-se o drama subjacente à ação através da fala de José Ignacio Garmendia. Ao perceber sangue no corpo de Martín Viñales, integrante do 1º batalhão de Santa Fé, Garmendia indagou-lhe se estava ferido. A resposta teria sido a seguinte: “não é nada, apenas um braço a menos; a pátria merece mais”³⁹⁵. Foram conduzidos muitos feridos ao Hospital Militar Brasileiro de Corrientes. O baiano Luiz Álvares dos Santos, 1º cirurgião, registrava, em setembro de 1866, a presença de 2484 doentes nas enfermarias do nosocômio correntino.

A derrota em Curupaiti teve forte impacto sobre os círculos do poder no Rio de Janeiro. Aventou-se a possibilidade de se firmar um armistício com Solano López (*idem*, p. 252). Não floresceu tal proposição porque Pedro II a rechaçou. O fim da guerra deveria ocorrer apenas com a morte ou captura do ditador paraguaio. O imperador se dispunha a abdicar do trono caso os

392 BURTON, Richard F. *Cartas dos campos de batalha do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1997, p. 265.

393 *Idem*.

394 *Idem*, p. 264.

395 Citado por DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Op. cit.*, p. 244.

deputados não lhe dessem apoio. O resultado da batalha também tensionou o relacionamento entre os aliados. Desgastou sobremaneira a relação entre o comandante-em-chefe argentino e Tamandaré. Os próprios generais brasileiros expunham discordâncias e trocavam acusações. Nesse quadro, o governo imperial, com o escopo de fortalecer o comando, nomeou, em 10 de outubro de 1866, o marquês de Caxias, chefe das tropas nacionais no Paraguai (*idem*).

A derrota comprometeu igualmente o moral do exército. O fim da guerra parecia distante para a soldadesca e o desânimo se assenhorou dos combatentes. Além disso, as tropas sofriam com as enfermidades, sobretudo, a cólera. Os hospitais estavam apinhados. Caxias desconfiou do alto número de combatentes enfermos. Enviou uma comissão de saúde liderada pelo dr. Francisco Pinheiro Guimarães³⁹⁶ para inspecionar os nosocômios no teatro de operações militares e em Corrientes. Objetivava a comissão retirar dos hospitais combatentes que fingiam estar enfermos. Agiam assim por contarem com o acobertamento dos médicos. Em duas semanas, dois mil soldados, em plenas condições de saúde, foram deslocados para Tuiuti, mais especificamente, para o acampamento militar existente na região (*idem*, p. 280).

Em 20 de março de 1868, Caxias entrevistou Joaquim José Inácio de Barros, o visconde de Inhaúma. Comandante da esquadra brasileira, em substituição ao almirante Tamandaré, Inhaúma ouviu, naquele dia, Caxias expôr seu desejo de promover uma ofensiva entre Curupaiti e Humaitá (Fragoso, 1959, volume 3, p. 444). Tencionava, com apoio da marinha, realizar um ataque de flanco. Determinou, em Tuiuti, que Alexandre Gomes de Argolo Ferrão Filho, o general Argolo, realizasse, na madrugada de 21 de março, um reconhecimento (“a viva força”) da linha Sauce e avançasse sobre Curupaiti (*idem*). De sorte a evitar o isolamento de Argolo, enviou um telegrama a Osório e ao general argentino Juan Andrés Gelly y Obes, homem de confiança de Mitre, por meio do qual ordenou novos reconhecimentos sobre posições paraguaias contíguas aos seus acampamentos.

Ao raiar daquele dia, Argolo iniciou as operações. “Infelizmente o terreno fronteiro todo coberto de mato, não permitia um largo desdobramento” (*idem*, pp. 445-446). A coluna atacante tinha à direita “um banhado intransitável”; à esquerda a lagoa Pires; e defronte “uma espessa mata que lhe embargava o passo” (*idem*, p. 446). Foram os combatentes obrigados, em uma ação exaustiva, a abrir picadas na mata. Pontoneiros, sob o comando do tenente Emílio Jourdan, auxiliados por canhões que agrediam as posições paraguaias, alcançaram Sauce, cuja defesa era composta por dois batalhões e duas peças de artilharia. O ataque, por um lugar inesperado,

³⁹⁶ O correspondente do *Jornal do Commercio* informava que, em 6 de abril de 1869, o doutor Francisco Pinheiro Guimarães fora agraciado com a Ordem da Rosa. Sugeriu ainda que, em função dos serviços prestados em campanha, o médico devia receber as “honras de brigadeiro honorário”. “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Acampamento das forças brasileiras em Assunção, 6 de abril de 1869” in: *Jornal do Commercio*, 21 de abril de 1869.

surpreendeu os inimigos. Não ocorreu, contudo, a vitória imediatamente (demorou quase uma hora). Eram bem protegidas as fortificações de Sauce (*idem*, pp. 446-447). Havia, afora matas, banhados e lagoas, um ante-fosso de 850 metros de comprimento, 9,5 de largura média e 5,5 de profundidade. Existia também uma área entre o ante-fosso e a trincheira principal de 850 metros e 120 metros de largura média. O fosso do entrincheiramento apresentava as características que se seguem: 2,5 metros de profundidade e 2,30 metros de largura na boca (o fundo era um pouco menor com 2,20 metros).

Perderam 21 vidas os paraguaios. Houve cinco prisioneiros, dentre os quais quatro feridos. Formavam as forças paraguaias um total de 140 homens³⁹⁷. O quadro, entre os brasileiros, era mais grave: quatro oficiais morreram; quatro ficaram contundidos e seis feridos; entre os soldados 24 faleceram³⁹⁸, 11 ficaram contundidos e 144 feridos. Alguns quedaram terrivelmente machucados. Júlio José das Chagas, com apenas 18 anos, estava entre eles.

Teve, o “mísero soldado”, dono de uma “sorte infeliz”, os dois braços amputados rente ao tórax pelo facultativo baiano Álvaro Moreira de Sampaio³⁹⁹. O médico tornou-se famoso, entre os militares, em razão de tal intervenção cirúrgica. A amputação dupla impedia que Chagas conduzisse o alimento à boca. O correspondente do *Jornal do Commercio* dizia ser “um espetáculo doloroso encarar esse inválido da pátria assim mutilado”. Apesar da tragédia que se abatera sobre o combatente, a amargura não escravizara sua alma. Admirável era ver “a resignação com que vive, a alegria com que fala dos serviços que prestou em campanha”. Sua paciência e coragem, bem como o sucesso da operação dupla, levaram o dr. Brás Martins dos Guimarães Bilac a organizar uma subscrição entre os médicos (e outros oficiais) de Corrientes e Cerrito. Recolheu-se, então, 93 libras para o amputado. O produto final seria convertido em apólices da dívida pública que, após a morte do soldado, seriam transferidas para sua mãe e irmãs.

Chagas foi enviado para o Brasil em 20 de outubro de 1868⁴⁰⁰. Sua embarcação (*Arinos*) transportava 120 homens vitimados por enfermidades incuráveis ou de longo tratamento. Levava consigo o resultado da subscrição (330 libras naquela altura). No entanto, não ficaria o montante com ele. O dinheiro foi entregue a José Joaquim de Lima e Silva Sobrinho, presidente da sociedade Asilo dos Inválidos da Pátria. Esta associação, com o apoio do monarca, angariou fundos para a

397 O general paraguaio Juan Crisóstomo Centurion afirmou que cem paraguaios defendiam as fortificações de Sauce. CENTURION, Juan Crisostomo. *Memorias del coronel Juan Crisostomo Centurion o sean reminiscencias historicas sobre la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta de Obras de J. A. Berra-Bolívar, 1897, terceiro tomo (republicado em Breinigsville, Estados Unidos, por Kessinger Publishing, em fevereiro de 2011), p. 138.

398 Tasso Fragoso sublinhou a morte de 28 combatentes nacionais. FRAGOSO, Augusto Tasso. *História da guerra entre a Tríplice Aliança e o Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1959, volume 2, p. 447. Centurion asseverou que, entre os brasileiros, morreram 260 homens. CENTURION, Juan Crisostomo. *Op. cit.*, tomo 3, p. 138.

399 Sobre a biografia do dr. Sampaio, cf. nota 345.

400 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Ruínas de Humaitá, 20 de outubro de 1868” in: *Jornal do Commercio*, 16 de novembro de 1868.

inauguração, naquele ano, de uma instituição para os veteranos da Guerra do Paraguai que fossem doentes crônicos ou amputados. Denominava-se Asilo dos Inválidos da Pátria e localizava-se na ilha de Bom Jesus.

No mês seguinte, Chagas passou por uma outra inspeção de saúde. A junta militar considerou-o incapaz de prover os meios de subsistência. Diante de tais circunstâncias, o veterano foi viver no asilo. Em 24 de julho de 1869, Manoel José das Chagas, tio do ex-combatente, “homem humilde e analfabeto”, nas palavras de um historiador, enviou um documento para o comandante da instituição (Rodrigues, 2009, p. 282). Seu intuito era levar o sobrinho de volta para o seio familiar. O ajudante da Repartição Geral concedeu-lhe parecer favorável. Informava, todavia, que a decisão final era do governo monárquico.

Raymundo José de Souza, major que servia no Asilo dos Inválidos da Pátria, esclareceu a Manuel Vieira Tosta, ministro da guerra que “o soldado Júlio faz gosto em acompanhar o seu tio, recolhendo-se ao seio de sua família, onde diz ter os recursos precisos para ser zelado, atento ao seu estado que é digno de compaixão e cuidado” (Rodrigues, 2009, p. 284). Asseverava o capitão Santos Rocha o que já fora identificado enquanto Chagas recuperava-se no Paraguai: “por ser amputado de ambos os braços, carece de quem trate e até lhe ponha comida na boca” (*idem*). Aproximadamente um ano após a solicitação de Manoel José das Chagas, o veterano teve contemplado o seu desejo. Permaneceu, entretanto, a subscrição criada em favor do amputado sob o controle da Associação Comercial. Tal instituição era responsável pela direção do asilo. A monarquia era, então, criticada pela imprensa liberal por conta da falta de zelo em relação ao ex-combatente (*idem*, p. 285). Júlio José das Chagas não foi o único a ser tratado injustamente pelo império⁴⁰¹. A história da Guerra da Tríplice Aliança é a história dos soldados cujas vidas foram marcadas pela ingratidão governamental; homens que carregavam dentro de si dor e ressentimento profundos por não receberem um tratamento compatível com o esmero empregado no *front*.

Fuzis e projéteis em cenários conflagrados

As armas de fogo usadas pelos soldados, muitas vezes, dilaceravam os corpos dos combatentes inimigos. Em um contexto em que os antibióticos não integravam a realidade dos cirurgiões militares, a tendência era que o soldado alvejado gravemente, como José Júlio das

⁴⁰¹ Marcelo Santos Rodrigues mostrou como o império não dispensou atenção aos veteranos da Guerra da Tríplice Aliança, nem mesmo aos doentes e amputados, cf. RODRIGUES, Marcelo Santos. *Guerra do Paraguai: os caminhos da memória entre a comemoração e o esquecimento*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009, Tese de Doutorado, particularmente, o capítulo “Olvidados da guerra”.

Chagas, sofresse amputação. Dispensavam-se braços e pernas em nome da preservação da vida do militar. Era o momento ideal para que os jovens acadêmicos de medicina observassem os efeitos dos projéteis expelidos pelos fuzis sobre ossos, tecidos e artérias dos feridos em campanha. Ficavam para trás as enfadonhas aulas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia com seus sonolentos professores. Transformou-se o campo de batalha em um laboratório sem igual e os estudantes mais inteligentes não demoraram para se dar conta disto.

O maranhense Manoel Gomes Belfort Duarte era 1º cirurgião do corpo de saúde do exército e professor de francês do curso preparatório da Escola Militar. Afastou-se de suas atividades, em 1880, aos 30 anos, para cuidar da saúde na Europa. Convenceu-se de que se não atentasse aos sinais de seu corpo a morte o levaria em breve. Padeceu de “nevrose cerebrospinal”⁴⁰². Sua saúde, na realidade, era frágil. Seis anos antes, a Junta Militar de Saúde⁴⁰³ da Corte, chefiada pelo dr. João Pires Farinha, cirurgião-mor do exército (interino), lhe concedera, então, três meses de licença para tratar de febres intermitentes e de uma congestão no fígado. Além do dr. Pires, a junta era formada por outros dois facultativos: José Muniz Cordeiro Gitahy⁴⁰⁴ e Manoel Cardoso da Costa Lobo⁴⁰⁵.

402 AHEx, maço 82, pasta 2372 – requerimentos de Manoel Gomes Belfort Duarte.

403 As inspeções de saúde ficavam sob a responsabilidade da junta militar de saúde. De acordo com o decreto nº 1900, de 1857, as inspeções de oficiais e praças deviam ser feitas, três vezes por semana, na secretaria do corpo de saúde do exército (o regulamento de 26 de dezembro de 1860 nada mencionava sobre o tema). Na fase final da Guerra do Paraguai, em razão do excesso de enfermos espalhados pelos hospitais militares, José de Souza Fontes, cirurgião-mor do exército, propôs a criação de uma junta militar de saúde auxiliar. MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *Op. cit.*, pp. 196-197. “Foi mandada criar, em 9 do corrente mês [outubro], à vista das razões apresentadas pelo Sr. Cirurgião-mor do exército chefe do corpo de saúde, em seu ofício datado de 5 do dito mês, e enquanto durarem as atuais necessidades do serviço, uma junta militar de saúde, auxiliar à da Corte ...”. “Ordem do dia nº 663 – repartição do ajudante-general, 20 de fevereiro de 1869” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 659 a 705)*. Rio de Janeiro: Typographia americana, 1869.

404 José Muniz Cordeiro Gitahy era filho do capitão José Muniz Cordeiro Gitahy e Romana da Silva Muniz. Nasceu em 14 de novembro de 1828, na cidade de Caravelas, Bahia. Vitimado por uma afecção mental (ou paralisia geral progressiva), morreu, em 13 de agosto de 1880, às 19 horas, em sua residência na rua Machado Coelho, nº 50, Freguesia do Espírito Santo, no Rio de Janeiro. Formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Pertenceu ao corpo de saúde do exército e alcançou o posto de cirurgião-mor de divisão. Atuou, em 1864, como chefe do serviço médico-militar na Campanha do Uruguai. E participou de toda a Campanha do Paraguai. Encarregou-se de ações importantes (por exemplo, esteve a frente das ambulâncias volantes que seguiam na vanguarda do exército sob o comando do general Osório). Era primeiro-cirurgião do Hospital da Guarnição da Corte. Publicou a obra a seguir: *Da higiene militar do Brasil, contendo considerações sobre o recrutamento, condições higiênicas debaixo das quais ele deve ser feito, idade que devem ter os recrutados, enumeração das moléstias e defeitos que podem justificar a isenção dos recrutados e a reforma dos militares* (sem data). 128 páginas. IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL 833.90; BLAKE, Sacramento, volume 5, p. 103.

405 Formado em medicina pela faculdade imperial da Bahia, Manoel Cardoso da Costa Lobo nasceu em São Cristóvão, Sergipe, em 26 de setembro de 1836. Era filho de Ignácio Antônio da Costa Lobo (seu inventário informa que seu pai tinha um outro nome: Manoel da Costa Lobo) e Ignácia da Costa Lobo. Faleceu ao 54 anos em sua residência na rua Miguel Ângelo, nº 30, no Engenho Velho, Rio de Janeiro, por volta de três horas da tarde, vítima (como muitos que viveram na capital imperial no último quartel do oitocentos), de tuberculose pulmonar. Seu médico era o dr. José Ferreira Cabral. Foi sepultado no cemitério de São Francisco Xavier (seu inventário diz que foi enterrado no cemitério do Caju). Contraiu matrimônio com Maria da Glória Moncorvo da Costa Lobo. Teve três filhos: Lucídio da Costa Lobo; Manoel da Costa Lobo (militar como o pai); e Alice da Costa Lobo. O primeiro era casado com Rosalina Ribeiro Lobo e os dois últimos solteiros. Deixou para a esposa e filhos a casa do Engenho Velho, avaliada em 4864\$000. Feitas as deduções (juiz e partidores), restava o monte (líquido) no valor de 4848\$000. 2424\$000 deveria ser entregue a esposa e inventariante e 808\$000 aos filhos. Teve uma atuação de destaque na Guerra do Paraguai. Serviu em Pernambuco, Goiás e Rio Grande do Sul. Desta província foi para o teatro de operações e participou de toda a conflagração. IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação: DL

Duarte cursava o 2º período da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1866, com muitos outros colegas, foi servir nos hospitais do sul. Em julho daquele ano, o governo imperial contratou 68 estudantes; 44 do Rio de Janeiro e 24 da Bahia. A tabela 9 apresenta seus nomes e o ano do curso em que se encontravam no momento em que foram levados ao teatro de guerra. Note-se que do Rio de Janeiro procediam alunos dos primeiros anos (2º e 3º); da Bahia, os acadêmicos com menor formação estavam no 4º ano.

Tabela 9

Estudantes	Ano de curso (Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro)	Estudantes	Ano de curso (Faculdade de Medicina da Bahia)
Luiz da Cunha Feijó	6º ano	Aprígio Martins de Menezes	6º ano
Marcos de Oliveira Arruda Júnior	6º ano	Manoel Ignácio Lisboa	6º ano
Domingos José Freire	6º ano	Joaquim Januário dos Santos Pereira	5º ano
Carlos Antônio Halfeld	6º ano	Archimino José Correia	5º ano

834.84; BLAKE, Sacramento, volume 6, p. 43; AN, inventários – Manoel Cardoso da Costa Lobo, ano 1891, caixa 4197, notação: 221. Dr. Lobo viu os estragos provocados pelos fuzis lisos dos paraguaios nos corpos da soldadesca brasileira. Depreende-se esta informação a partir da fala de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho. Dr. Carvalho notou que após a Batalha do Tuiuti, o depósito de ambulâncias, no acampamento do corpo de saúde do exército no Passo da Pátria reuniu 264 feridos. Estes receberam tratamento e foram curados. Foram igualmente curados combatentes que tinham recebido os primeiros atendimentos, mas, contudo, “vieram com os aparelhos de curativos desarranjados”. Apesar de ser diminuto o número de médicos, lembrava Carvalho, “o zelo e caridade dos mesmos em coadjuvarem-me, fez com que os feridos fossem atendidos com a possível brevidade, nada faltando para seus curativos. Pratiquei seis amputações de braços e pernas, dos quais 4 tiveram lugar em oficiais, uma em 1 cadete, e outra em 1 soldado; fiz muitas aplicações de aparelho de fratura, extrações de balas e curativos importantes, havendo mais 4 amputações [realizadas] pelo 1º cirurgião o Dr. Júlio César da Silva. Muitas extrações de bala, aplicações de aparelhos, desarticulações de dedos [entre outras] foram praticadas [por] outros cirurgiões”. Lobo vivenciou todo este processo. Junto com ele, a ajudar Carvalho, estavam os seguintes médicos: Justino José Alves Jacutinga; José Joaquim Gonçalves de Carvalho; Cesário Eugênio Gomes de Araújo; o já mencionado 1º cirurgião Júlio César da Silva; Nicanor Gonçalves da Silva; Manoel da Silva Daltro Barreto; EufRASINO Pantaleão Francisco Nery; Joaquim Maximiano de Macedo Soares; Alexandre Marcelino Bayma; José de Teive e Argolo; e, por último, Isidoro Antônio Nery. “Atos oficiais – ministério da guerra – acampamento do corpo de saúde no Passo da Pátria, em 24 de maio de 1866” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 15 de julho de 1866.

Jesuino Pinto de Meireles	6º ano	José Pinto da Silva	5º ano
Vicente Maria de Paula Lacerda	5º ano	José Mariano Barroso	5º ano
Joaquim José de Figueiredo Júnior	5º ano	Francisco Lino Soares de Andrade	5º ano
Frederico Hermeto Pereira Lima	5º ano	Arsênio de Souza Marques	5º ano
Antônio Joaquim do Carmo Souza	5º ano	Ladislau Ribeiro de Novaes	5º ano
Porfírio Dias dos Santos Júnior	5º ano	Francisco dos Santos Silva	5º ano
José Augusto da Fonseca Lontra	5º ano	Joaquim Manoel de Almeida Vieira	5º ano
Manoel Caetano de Matos Rodrigues	5º ano	Joaquim Manoel Rodrigues Lima	5º ano
Luiz José Pereira da Silva	5º ano	Elpídio Joaquim Baráuma	5º ano
Prudente Ribeiro de Castro	5º ano	José Porfírio Melo Matos	5º ano
Joaquim Rodrigues de Siqueira	5º ano	Rosendo Muniz Barreto	4º ano
João Teodoro Alves da Rocha	5º ano	Sátiro de Oliveira Dias	4º ano
Henrique Thompson	5º ano	Pedro Borges Leitão	4º ano

José Antônio Pereira da Silva	5º ano	Quintino Alves Marinho	4º ano
José Aldrete de Mendonça Rangel	5º ano	João José de Faria	4º ano
José Pinto de Sá	5º ano	João Sérgio Celestino	4º ano
Augusto Teixeira Belfort Roxo	5º ano	Aristides Felinto de Alpedriz	4º ano
João Carlos Mayrink	4º ano	Antônio Pedro da Silva Castro	4º ano
Cassiano Nunes Moreira	4º ano	Ciro da Silveira Bastos Varela	4º ano
Júlio de Miranda e Silva	4º ano	Francisco João Fernandes	4º ano
Pantaleão José Pinto	4º ano	_____	_____
Manoel Pereira Cabral Júnior	4º ano	_____	_____
Eduardo César de Almeida Rego	4º ano	_____	_____
Manoel Pinto Ferreira Júnior	4º ano	_____	_____
Ernesto Frederico da Cunha	4º ano	_____	_____
Tomás de Chaves Melo Ratisbona	4º ano	_____	_____

Augusto Trajano de Holanda Chacon	4º ano		
Pretextato Casado Accioli Lima	4º ano	_____	_____
José Cândido de Lacerda	4º ano	_____	_____
Plínio de Souza Ribeiro	3º ano	_____	_____
Elpídio Rodrigues Seixas	3º ano	_____	_____
Félix Rodrigues Seixas	3º ano	_____	_____
José Justino de Melo	2º ano	_____	_____
Manoel Gomes Belfort Duarte	2º ano	_____	_____
Estevão José Barbosa de Moura Júnior	2º ano	_____	_____
Deocleciano Pinto Teixeira	2º ano	_____	_____
Antônio Manoel Alves do Rego	2º ano	_____	_____
Félix Alves dos Santos Souza	2º ano	_____	_____
Bernardo Teixeira de Carvalho Júnior	2º ano	_____	_____

Em 1869, Duarte estava de volta à capital brasileira. Em 20 de outubro, por meio de concurso, foi nomeado, junto com Antônio Pinheiro Guedes, aluno pensionista no Hospital Militar da Corte⁴⁰⁶. Urgia a presença de médicos e estudantes aí por ocasião da transferência de um elevado número de doentes e feridos da enfermaria militar da Armação, em Niterói, para o Hospital Militar da Corte. Os anos de guerra ofereceram ao acadêmico maranhense uma experiência que lhe possibilitou tecer algumas considerações acerca dos ferimentos decorrentes de armas de fogo.

Duarte definiu “ferida por arma de fogo” nos seguintes termos: “... toda a solução de continuidade produzida por um projétil lançado pela força expulsiva da pólvora, e saindo de uma arma de fogo qualquer”⁴⁰⁷. Registrou, ademais, o caráter destrutivo da mistura inflamável. Produziu, depois de identificar as substâncias constitutivas da pólvora (salitre, enxofre e carvão), as palavras que se seguem: “A pólvora é excessivamente inflamável, sua detonação produz 450 vezes seu volume de gás. O aumento do calórico é excessivo; na ocasião da explosão tem-se avaliado a sua força a 400000 atmosferas [sic]. Os projéteis são impelidos pela pólvora, e nela existe a razão da velocidade, da força e dos efeitos destruidores que os projéteis produzem nos corpos orgânicos e inorgânicos na sua passagem”⁴⁰⁸.

Mencionou, baseado no cirurgião do exército francês L.J.B. Baudens (responsável pela primeira operação de mandíbula fraturada que se tem conhecimento), o ferimento provocado pela pólvora em um marujo anônimo: “Baudens conta um caso de um marinheiro, que roubando uma quantidade de pólvora, colocou-o entre a calça e a perna, e nesta ocasião caindo uma faísca de cigarro que fumava, houve uma detonação, produzindo uma queimadura profunda na parte interna das duas coxas, e abrindo largamente as bolsas, deixou pender os testículos ...”⁴⁰⁹.

Denominavam-se balas os projéteis disparados por armas portáteis. As balas eram feitas a partir do chumbo por ser “suficientemente duro, de baixo preço, de fácil fabricação, e por fundir-se a uma temperatura pouco elevada”⁴¹⁰. Eram, inicialmente, esféricas. No entanto, Henri-Gustave Delvigne, capitão do serviço de infantaria do exército francês e inventor (projetara novos modelos de espingarda), substituiu-as por “balas alongadas”. Claude-Étienne Minié, também oficial do exército francês, aprimorou o invento de Delvigne. Após realizar modificações, classificou-as de

406 “Ordem do dia nº 695 – repartição do ajudante-general, 27 de outubro de 1869” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 659 a 705)*. Rio de Janeiro: Typographia americana, 1869.

407 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1870, p. 2.

408 *Idem*.

409 *Idem*, pp. 2-3.

410 *Idem*, p. 5.

“balas cilindro-cônicas”⁴¹¹. Estas seriam associadas ao seu nome: “balas Minié”⁴¹². Os projéteis de Delvigne pesavam 47 gramas. Compunham-se de uma parte precedente côncava e de “uma ponta cônico-truncada”⁴¹³. As balas Minié pesavam 48 gramas e traziam em seu interior um resíduo (algo que aumentava o seu peso em 2 gramas).

Qual a vantagem da bala cilindro-cônica? Duarte respondia: “Ainda que seja de forma pouco mais ou menos semelhante, ela difere das outras por uma ponta, que em lugar de ser redonda é afilada. Esta pequena modificação permite-lhe fender o ar como uma flecha com muito menos resistência”⁴¹⁴.

O trajeto da Minié, depois de penetrar no corpo humano, diferente do que ocorre com os projéteis esféricos, “não sofre desvio algum pelo encontro de um osso ou de um músculo”⁴¹⁵. Independente da Minié provocar uma ou duas aberturas (uma de entrada e outra de saída), sua trajetória permanece retilínea. E mais. A extração das balas cilindro-cônicas exigia destreza e habilidade do cirurgião militar. “Quando se quer extrair pelo lugar por onde ela penetrou, o corpo estranho muda de direção em virtude dos movimentos e mesmo da ação da pinça ...”⁴¹⁶. Donde a necessidade de realizar uma nova abertura. Não era possível, em alguns casos, recuperar o projétil. O caso do soldado Júlio Palit⁴¹⁷ exemplifica bem esta questão.

Palit tinha 20 anos, natural do Rio Grande do Sul e pertencia ao 3º batalhão de infantaria. Foi ferido durante a Campanha do Uruguai, ou seja, a intervenção brasileira no estado oriental, ocorrida em dezembro de 1864. O império do Brasil, com um território de oito milhões de km² e uma população que girava entre 10 e 11 milhões de habitantes (maior do que a de qualquer outro país sul-americano), objetivava exercer hegemonicamente o controle geopolítico sobre a Bacia Platina (Bandeira, *op.cit.*, p. 104). E o Uruguai estava em seus planos.

Não foi a primeira vez que o Brasil promoveu uma intervenção militar no estado oriental. Foi a incursão daquele ano, entretanto, precipitada pela postura de Bernardo Berro, integrante do Partido Blanco e presidente uruguaio eleito em 1860 (*idem*, p. 109). Berro pôs em prática um leque de medidas cujo intuito era conter a política externa brasileira para a Bacia do Prata (*idem*). Exigiu

411 *Idem*.

412 James H. Burton trabalhava em um depósito de armas em Harpers Ferry, na Virgínia. Foi ele que se encarregou de produzir as balas Minié usadas durante a Guerra Civil Americana pelos exércitos do norte e do sul. As Minié eram mais devastadoras do que os projéteis dos mosquetes de tiro simples (nos quais as balas eram inseridas pela “boca” da arma). Tais mosquetes chegaram a ser utilizados no começo da conflagração. Suas balas entravam e saíam dos corpos promovendo menos danos em suas composições internas. As Minié dilaceravam tecidos, veias e ossos e podiam deixar ferimentos maiores na abertura de saída do que na de entrada, cf. “Minié balls” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*

413 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 5.

414 *Idem*.

415 *Idem*, p. 6.

416 *Idem*.

417 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870, pp. 399-400.

que os peões que adentrassem à região oriental mostrassem suas cartas de alforria às autoridades do Uruguai. Tencionava com tal disposição legal informar aos peões que a escravidão era proibida no país. Com isso prejudicava economicamente os fazendeiros de gado que usavam cativos em suas propriedades uruguaias e sul-riograndenses. Estabeleceu, ademais, um tributo sobre as exportações de gado em pé para o Rio Grande do Sul. Medida que igualmente feria os interesses econômicos dos estancieiros, uma vez que 75% das reses, a partir das quais a charque era feita, provinham das fazendas orientais (do Rio Grande do Sul apenas 25%).

Nessas circunstâncias, os estancieiros gaúchos se dispuseram a apoiar Venâncio Flores, membro do Partido Colorado, no momento em que decidiu se insurgir contra o governo Berro (*idem*). Em 1860, a população uruguaia era de aproximadamente 221 mil habitantes; 40 mil destes eram brasileiros (*idem*). Um número nada desimportante. Num contexto em que o estado uruguaio carecia do monopólio da coação legítima, estancieiros com centenas de homens armados de lanças, sabres e cavalos representavam uma ameaça ao governo blanco (*idem*). Assim, em retaliação, perseguições aos brasileiros não tardaram a ocorrer.

Ferreira da Veiga, deputado conservador, usava o plenário para questionar João Pedro Dias Vieira, ministro dos negócios estrangeiros, acerca da situação dos nacionais no Uruguai (Doratioto, 2002, *op. cit.*, p. 51). Dizia que os cadáveres de súditos de Pedro II eram encontrados decapitados em estradas orientais (*idem*). Os corpos eram ultrajados (o documento de nacionalidade era preso na boca dos defuntos). Eram recorrentes episódios que culminavam em açoites e espancamentos de brasileiros. Nesse cenário, os fazendeiros de gado passaram a demandar a proteção do governo monárquico. Diante da iminência de uma intervenção brasileira, a partir das pressões dos estancieiros e dos auspícios da Argentina (o presidente Mitre era simpático aos colorados⁴¹⁸), o estado oriental costurou uma aliança com o ditador Solano López, a quem o porto de Montevideú interessava sobremaneira em razão da possibilidade de uma saída para o Atlântico.

O gabinete de Zacarias de Góis e Vasconcelos⁴¹⁹ enviou ao Uruguai, em missão

418 Há anos os unitaristas, que sustentavam politicamente Bartolomeu Mitre em Buenos Aires, estabeleceram uma aproximação com os colorados de Venâncio Flores. Mitre e Rufino de Elizalde, seu ministro das relações exteriores em tempos vindouros, financiaram, em 1858, a ação golpista do general Cezar Diaz. A ação previa a tomada de Montevideú. Malgrado o golpe, o general foi fuzilado com outros rebeldes (52 foram executados), em Paso de Quinteros, por determinação de Gabriel Pereira, presidente do Uruguai de então. Mitre e Rufino não desistiram. Em 1863, apoiaram a intervenção armada de Venâncio Flores (que saiu de Buenos Aires em embarcação argentina). Flores desejava vingar os homens mortos em 1858. BANDEIRA, Moniz. *Op. cit.*, p. 108.

419 O gabinete de Zacarias de Góis e Vasconcelos era o décimo nono organizado no Segundo Reinado, em 15 de janeiro de 1864. Góis e Vasconcelos (deputado) acumulava as funções de presidente do conselho de ministros e de ministro da justiça. José Bonifácio de Andrada e Silva (deputado) era o ministro do império; Francisco Xavier Pais Barreto (deputado) era o ministro dos negócios estrangeiros (foi substituído, de maneira interina, por João Pedro Dias Vieira, senador); José Pedro Dias de Carvalho (senador) era o ministro da fazenda; João Pedro Dias Vieira era o ministro da marinha (em 31 de março foi substituído por Francisco Carlos de Araújo Brusque, deputado); José Mariano de Matos era oficial-general do exército (em 31 de maio, foi substituído, de forma interina, por Francisco Carlos de Araújo Brusque); Domiciano Leite Ribeiro (deputado) era o ministro da agricultura, comércio e obras públicas (foi substituído, em 20 de julho, interinamente, por João Pedro Dias Vieira), cf. TASINAFO, Célio Ricardo

extraordinária, o conselheiro José Antônio Saraiva (Bandeira, *op. cit.*, p. 117). O conselheiro, com o apoio de Tamandaré (e de seu esquadra), pleiteava uma reparação em face aos agravos aparentemente sofridos por brasileiros em terras uruguaias. Caso não conseguisse tal reparação junto ao presidente Atanasio Aguirre (integrante da ala mais radical dos blancos e substituto de Berro, cujo mandato terminara), reconhecia ser necessária uma intervenção⁴²⁰ das forças militares nacionais (*idem*, p. 116). A bem da verdade, o escopo da missão era criar condições políticas para uma ação militar a ser executada pelo marechal-de-campo João Propício Mena Barreto⁴²¹ - cujas tropas estavam na fronteira (*idem*, p. 117). Mena Barreto seria apoiado nas águas pelas forças de Tamandaré. Em 1º de dezembro de 1864, o marechal-de-campo cruzou a fronteira com o exército do sul.

O exército nacional, naquele ano, reuniu 18 mil homens em todo o território brasileiro (Fragoso, *op. cit.*, volume 1, p.158). Sem dúvida, um reduzido contingente. Não havia serviço

(anexo I) “Organizações ministeriais no Segundo Reinado (1840-1889)” in: SILVA, J. M. Pereira da. *Memórias do meu tempo*. Brasília: Edições do Senado Federal, 2003 (1896).

420 No dia em que Saraiva regressou ao Brasil (7 de setembro de 1864), escreveu um ofício ao presidente da província do Rio Grande do Sul em que sugeria a intervenção do exército no Uruguai. Os pontos discriminados pelo representante brasileiro eram os que se seguem: “1º) Que o exército brasileiro entre no território da República para o fim de expelir de Cerro Largo, Paysandú e Salto, as forças do governo de Montevidéu que nesses pontos existem e ameaçam exercer represálias contra os nossos concidadãos; 2º) Que a divisão que houver de efetuar operações militares contra Paysandú e Salto deve ter a gente e o material necessários para sitiar e tomar à viva força, se for necessário, a cidade de Paysandú, onde há hoje uma guarnição pouco inferior a mil praças, e mais de 20 peças de campanha bem colocadas; 3º) Que convém atacar primeiro o Salto, que tem menor guarnição, para depois seguir com toda a força para Paysandú; 4º) Que os comandantes das divisões devem entender-se com os da esquadra, que há de conservar-se em frente de Paysandú e Salto a fim de verificar-se, por meio de um sítio regular, e interceptadas todas as comunicações por terra e pelo rio, a capitulação daqueles dois pontos sem derramamento de sangue, o que se poderá conseguir adotadas as providências convenientes; 5º) Que a divisão que se dirigir ao Cerro Largo deve procurar incorporar-se à forças do Major Fidélis, que, seguramente, nas nossas circunstâncias atuais não deixará de auxiliar o exército de seu país; 6º) Que, se não dispomos agora de bastante força para operações militares em diversos pontos, devemos tentar somente o ataque do Salto e Paysandú, deixando para depois o da vila do Cerro Largo; 7º) Que os comandantes militares devem receber ordem para não ofenderem, nem hostilizarem, de qualquer modo, força alguma pertencente às do General Flores, o qual não nos tem agravado e antes procura garantir aos brasileiros, tanto quanto lhe é possível, nos lugares por ele ocupados; 8º) Que, tomada qualquer das posições indicadas, e desarmadas as respectivas guarnições, logo que nelas forem constituídas novas autoridades nomeadas pelo General Flores, e dando este a segurança de proteger os brasileiros ali residentes, enquanto não se organizar o governo legal da República, devem as nossas forças sair dos pontos indicados, e mesmo do território da República, se não receberam do governo imperial ordem para marchar até Montevidéu; 9º) Que as operações militares devem limitar-se, até novas ordens do governo imperial, aos pontos designados (Salto, Paysandú e Cerro Largo) e de maneira que nossas forças obrem coadjuvadas e auxiliadas pela esquadra, a qual deverá receber, por Uruguiana ou Santa Rosa, as comunicações necessárias; 10º) Que não se devem impor contribuições de guerra, e pelo contrário se deve pagar logo tudo quanto se tomar para o suprimento do exército, cumprindo que todos os chefes militares procedam com muita atenção à seguinte recomendação: que não fazemos nem queremos fazer mal à República Oriental, e só hostilizamos o atual governo de Montevidéu e seus agentes, únicos responsáveis da desgraçada situação em que se acham os seus conterrâneos e os estrangeiros pacíficos residentes em seu país”. FRAGOSO, Tasso. *Op. cit.*, volume 1, pp. 156-157.

421 O exército de João Propício Mena Barreto compunha-se de duas divisões de infantaria, comandadas pelos brigadeiros Manoel Luiz Osório e José Luís Mena Barreto. Eram formadas por duas brigadas de infantaria e quatro brigadas de cavalaria. As seis brigadas continham 3100 soldados. As tropas das Guardas Nacionais do Rio Grande do Sul engrossaram as fileiras do exército de J.P. Mena Barreto. Somavam 2750 soldados. A artilharia reunia 100 homens e a companhia de transporte 50. A “Brigada de voluntários sul-riograndenses”, organizada e chefiada pelo general Antônio de Sousa Neto (sem ser patrocinada pelo estado) recrutou aproximadamente 1300 indivíduos. *Idem*, pp. 162-163.

militar obrigatório, nem reservas regulares (*idem*). Eram organizadas as forças militares a partir do voluntariado e do recrutamento. A Guarda Nacional⁴²², apesar do pouco treinamento militar, tinha um contingente importante, sobretudo no Rio Grande do Sul. Dois anos antes da intervenção brasileira no Uruguai, a Guarda Nacional mantinha na província sul-riograndense o serviço ativo com o número de homens, a saber: cavalaria, 24878; infantaria, 2274; artilharia, 344 (*idem*). O serviço de reserva era formado por 11309 indivíduos (infantaria). Disponham-se no Rio Grande do Sul, em março de 1864, as unidades do exército da seguinte maneira: um regimento de artilharia; quatro regimentos de cavalaria; e três batalhões de infantaria. Tais forças compunham, ao todo, um efetivo de 2503 homens (*idem*). O jovem Palit era um deles.

Palit foi alvejado por bala de fuzil na coxa esquerda. O projétil perfurou o lado externo,

ficou dentro dos tecidos moles da coxa; procedeu-se a exploração para reconhecer-se a presença dele, e nunca conseguiu-se, em diversas tentativas, encontrá-lo. Cloroformizado o doente, dilatou-se o ferimento, e sendo de novo procurado o projétil, nada se pôde obter ...

423

Seus dias finais foram tristes. Dia-a-dia suas forças se esmaeciam. A “abundante supuração o abatia”⁴²⁴. O pior, contudo, era a dor. De “caráter nevrálgico, o fazia sofrer [ao] extremo, sendo tão intensa, que o menor movimento no leito despertava-lhe excessivos gritos, conseguindo algum alívio com as inalações do clorofórmio”⁴²⁵. Os doutores associaram a dor ao fato do soldado ser portador de sífilis. Após ser submetido a inúmeros tratamentos, “sucumbiu depois de dois meses de cruéis sofrimentos”⁴²⁶.

Sabe-se que, via de regra, durante a Guerra da Tríplice Aliança, os paraguaios usavam nas frentes de batalha os “fuzis lisos” ou “pederneiras” (Gomes, 2006, p. 164). Tais armas individuais

422 Criou-se a Guarda Nacional, em 1831, em razão do governo regencial não confiar nos batalhões de polícia e do exército radicados no Rio de Janeiro. A desconfiança guardava relação com a “Crise de Julho”, acontecimento no qual militares de baixa patente se insurgiram contra o governo. As péssimas condições de trabalho, o antilusitanismo e o apoio ofertado pelos liberais exaltados (grupos de oposição radicais) contribuíram para a rebelião. Luiz Alves de Lima e Silva, filho de Francisco de Lima e Silva, um dos regentes, organizou o “Batalhão Sagrado”. Formado por mercenários e integrantes de batalhões de outras províncias do império, logrou debelar a revolta. A Guarda Nacional era uma milícia de prestígio (foi construída tendo como referência a Guarda Nacional francesa), que contava com a participação destacada dos setores da elite agrária do país. O primeiro desfile da milícia teve a presença do imperador-menino, que, para a ocasião, vestiu a farda dos guardas nacionais. Estes tiveram um papel importante, sobretudo, no início da Guerra do Paraguai. Para mais informações, cf. CASTRO, Jeanne Berrance de. *A milícia cidadã: a Guarda Nacional de 1831 a 1850*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

423 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, pp. 399-400.

424 *Idem*, p. 400.

425 *Idem*.

426 *Idem*.

apresentavam pouco alcance e precisão. O armamento mobilizado pelas forças aliadas, mais especificamente, pelos brasileiros eram carabinas ou mosquetões à Minié (*idem*). Estes, ao contrário, atingiam alvos mais distantes e eram mais precisos. Os infantess ingleses também usaram na Guerra da Crimeia os modernos rifles Minié, que detinham maior poder de fogo e maior precisão do que os mosquetes Brown Bess, comum nos tempos da Guerra Peninsular. Os mosquetes Brown Bess eram utilizados pela a maioria dos batalhões em combate na Crimeia (Kaufman, *op. cit.*, p. 131).

Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo também teceu considerações sobre armas manuseadas na Guerra do Paraguai. Dr. Azevedo assentou praça em 1848 (Gomes, *op. cit.*, pp. 78-79). Foi nomeado, dezesseis anos depois, chefe de saúde da estação naval do Rio da Prata. Deslocou-se, terminada a campanha do Uruguai, para Buenos Aires. Administrou os hospitais da marinha existentes na cidade argentina. Criou em Corrientes um outro nosocômio. Lançou mão de seus conhecimentos médico-cirúrgicos nas batalhas de Itapirú, no Passo da Pátria. Fez o mesmo nas batalhas de Curuzú e Curupaiti. Assistiu aos feridos do exército e da marinha. Cuidou igualmente dos soldados feridos na épica batalha de Tuiuti. Retornou ao Brasil, em 1869, e foi nomeado presidente de uma comissão cujo escopo era produzir um parecer acerca das condições higiênicas da Fazenda de São Sebastião, na Ilha do Governador. Os membros da comissão tinham que verificar se no local podia ser edificado um asilo para os “inválidos da pátria”. Continuou seu trabalho mesmo após a derrubada da monarquia. Encontrou a morte em junho de 1893.

Azevedo sublinhou a superioridade das armas individuais utilizadas pelos combatentes brasileiros (e de suas balas cilindro-cônicas).

Estudado o projétil do fuzil moderno, com que jogava o nosso soldado de mar e terra, vê-se a diferença de distância que este percorre, produzindo deste modo maior estrago, pois que as observações demonstram, que as balas esféricas expedidas por fuzis lisos não passam de 150 a 200 metros, enquanto que as cilindro-cônicas tocam o alvo de 1000 a 1200 metros, explicando-se deste modo o pequeno número de feridos oferecido em grandes batalhas, em tempos remotos, e o grande número apresentado hoje pelas armas modernas⁴²⁷.

É provável, tendo por base a fala de Azevedo, que os paraguaios, em função do alcance reduzido de seus fuzis, precisassem se aproximar mais das posições brasileiras para atingirem os

427 *Idem*, p. 251.

soldados inimigos - em um preâmbulo dos choques corporais que se seguiriam (*idem*, p. 164). Não procuravam um alvo em particular. Objetivavam, na verdade, disparar contra as formações da Tríplice Aliança de sorte a lograrem o maior número de baixas. De qualquer maneira, assumiam, por conta da incipiência tecnológica, mais riscos do que brasileiros, argentinos e uruguaios.

Deve-se ter o cuidado para não se superdimensionar a vantagem dos brasileiros. Não contavam os nacionais com a carabina de retrocarga cujo tiro era mais preciso e certo. Na verdade, o armamento brasileiro não era perfeito. Um dos problemas era a vareta. O instrumento favorecia o “condicionamento da munição”, ao ser colocado dentro do fuzil pela abertura do cano, leia-se, pela “boca” da arma (*idem*, 165). No entanto, a movimentação das tropas e os ataques encarniçados (adensados, muitas vezes, pela fumaça e poeira) levavam a perda da vareta. Era necessário, portanto, criatividade e improviso, por parte dos soldados, para que funcionasse o armamento. Em algumas circunstâncias, a urgência e o dinamismo das batalhas impediam que os combatentes lançassem mão da vareta. Daí a necessidade de se adotar um outro artifício para que os fuzis disparassem. Dionísio Cerqueira, que participou da guerra entre fevereiro de 1865 e junho de 1870, na condição de voluntário, explicitou, por ocasião de um combate, tal artifício: “Os soldados já não tiravam a vareta para calcar a bala. Derramavam a pólvora no cano, metiam o projétil e batiam com o coice no chão”⁴²⁸.

Na noite de 5 de abril de 1869, combatentes brasileiros tomaram a ilha de Itapirú (também denominada banco de Itapirú), posicionada no rio Paraná. Abriram trincheiras e construíram aí uma base com oito peças de artilharia. Começaram, a partir desta área, a bombardear a bateria paraguaia de Itapirú, edificada por Carlos López, pai do ditador Solano López. Foi construída tal bateria em um pedaço de terra que se prolongava em direção ao rio Paraná. Seu alicerce era formado por um conjunto de pedras vulcânicas.

Solano López, (“llevado de su afición á los golpes de audacia”⁴²⁹), ordenou, sem qualquer plano militar prévio, que seus homens atacassem a ilha. O tenente-coronel Díaz reuniu 1260 paraguaios, distribuídos em três divisões. Na madrugada de 10 de abril de 1869, duas delas foram embarcadas em canoas (a terceira permaneceu como força de reserva na bateria de Itapirú). Quando se fizeram sentir nas proximidades da ilha, os brasileiros abriram fogo. As vinte e nove canoas não tocaram concomitantemente a ilha de Itapirú em razão da “chuva de balas” (algumas alcançaram-na mais tarde visto que ficaram presas em bancos de areia existentes nas redondezas). Ao longo do combate os homens de López levaram a pior. Foram feridos gravemente nos braços e pernas. As

428 CERQUEIRA, Dionísio. *Reminiscências da Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980, p. 232. Adaptava-se a vareta para o desempenho de outras funções, por exemplo, alertar os companheiros de farda para a aproximação do inimigo. “As sentinelas postadas no alto do paradeiro davam de quando em quando sinal de alerta, batendo nas varetas das espingardas”, p. 176.

429 CENTURION, Crisostomo. *Op. cit.*, tomo 2, p. 55

canoas, em luta contra forte correnteza, começaram a fuga – o que não impediu as baixas paraguaias. Estima-se que 960 paraguaios quedaram em Itapirú (mortos, feridos ou aprisionados).

Crisóstomo Centurion, veterano da Guerra do Paraguai, em suas memórias, nos conta um episódio dramático. Protagonista do combate em Itapirú, Fernando Centurion, seu irmão, foi atingido por uma vareta de um combatente inimigo na garganta e na face. “Como era natural en un combate tan desigual en número y elementos, la mayor parte de nuestros soldados quedaran fuera de combate, y aquellos á quienes sus heridas les permitían moverse, ganaran sus canoas, sin que hubiese uno sano entre ellos. Las sutiles embarcaciones en que se retiraran ya de día, bajo el fuego á quema-ropa de los buques que arrojaban sobre ellas todas clases de proyectiles, regresaban impulsadas por verdaderos inválidos: los que tenían piernas heridas, remaban sentados; los que tenían uno de sus brazos imposibilitado hacían uso del otro para manejar la pala; y, finalmente, los que no cabían en la embarcación ó que no habían podido embarcarse por los críticos de los momentos, venían nadando asidos fuertemente de los bordes. Uno de éstos era mi hermano, Fernando A. Centurion, cabo de infantería del batallón núm. 9, que vino trayendo al través de la garganta y la cara una baqueta de fusil!”⁴³⁰

O soldado brasileiro, pressionado pela necessidade de acionar rapidamente a arma, esqueceu de extrair a vareta. O instrumento penetrou como uma flecha na parte direita do pescoço de Fernando e saiu na maçã esquerda do rosto. O paraguaio tentou puxar a vareta, todavia, a envoltura presente em sua extremidade impediu o movimento. Um cirurgião se encarregou de sacar o objeto. López, diante da coragem de Fernando, lhe concedeu a patente de alferes no mesmo dia do ferimento. Entretanto, o irmão de Crisóstomo não chegaria com vida ao final da guerra. Um tiro na nuca lhe matou de maneira fulminante⁴³¹.

430 *Idem*, pp. 58-59.

431 Centurion discorreu sobre a morte do irmão e o seu sofrimento em função da perda do ente querido. Disse que em uma manhã, no começo de junho de 1866, durante uma escaramuça em Curupaiti, Fernando Centurion “estaba sentado al borde del foso interior de la trinchera, dando las espaldas hacia el enemigo. De repente se sintió sacudir un poncho en el piquete enemigo; entonces dijo: ‘tiren á ese que sacude el poncho!’ volviendo al mismo tiempo la cara hacia el enemigo, pero, ¡oh desgracia! al hacer este movimiento, vino una bala de esas llamadas *descarriadas* del naranjal ..., y le tocó en la nuca, dejándolo muerto en el ato ... Así terminó sus días, aquel decidido defensor de la patria. Nunca esperó que fuese compelido por um enrolamiento á sentar plaza, sino espontaneamente junto con otros compañeros, se había entado ofreciendo su pecho en defensa del suelo patrio. El Mariscal López, en cuanto recibió el parte de su muerte, me mandó llamar para darme esa triste noticia, agregando que había ordenado que su cuerpo fuese conducido á Paso-Pacú [para ser enterrado no cemitério lá existente]. Así se hizo ¡Pobre hermano mío! tan querido por todo el mundo, por su carácter pacífico y agradable. Muchas personas e algunas familias de la Asunción que se encontraban en esos momentos en el campamento asistieron á su entierro. Cuando me encontré en presencia de su inanimado cuerpo, embargado por él dolor, derramé abundantes lágrimas, como el último tributo á la afección y al cariño fraternal que le profesaba. Él, que tanto me había ayudado para seguir mis estudios; él, que tanto se afanaba por atender á la familia, remediando sus necesidades más urgentes con sus recursos, él, que con su carácter dulce y agradable sabía captarse a la simpatía y estimación de cuantos lo han conocido en la sociedad”. *Idem*, pp. 144-145.

Sangue e pólvora: ferimentos por armas de fogo e suas complicações

O já referido Manoel Gomes Belfort Duarte mostrou as várias complicações procedentes dos ferimentos por arma de fogo. A gangrena era uma das mais discutidas entre os doutores. Lembrava que a gangrena era “a mortificação das partes”⁴³². William Fergusson, professor de cirurgia do King's College, em Londres, em 1840, e cirurgião do hospital pertencente a mesma instituição, diferenciou gangrena e mortificação. Na gangrena a parte corporal atingida mantinha um “certo grau de vitalidade” e o estágio experimentado pelo paciente podia ser revertido; na mortificação, por seu turno, a parte afetada (no geral, extensa) ficava completamente morta⁴³³.

Duarte sublinhava que Dominique Jean Larrey, principal cirurgião militar de Napoleão Bonaparte, classificou a “gangrena por arma de fogo” por meio da expressão seguinte: “gangrena traumática”⁴³⁴. Afirmava que a mortificação provinha do “estrangulamento”, ou seja, da ampliação do volume dos “tecidos moles”⁴³⁵. Tal ampliação (comum nas tentativas de extração dos corpos estranhos) gerava uma pressão recíproca sobre os tecidos que culminava com a morte deles. Dizia que a necrose produzia um odor muito peculiar. “O cheiro característico da gangrena nunca engana o cirurgião”⁴³⁶. Afora o estrangulamento, a redução do volume de sangue igualmente podia levar à gangrena traumática. “Quando a artéria principal de um membro é ofendida por uma bala, pode acontecer que o sangue que corre não seja suficiente, e assim fique interceptado o seu curso”⁴³⁷. Assim, conclui Duarte, “o resultado [da] lesão é a mortificação da extremidade, sobretudo na coxa”⁴³⁸.

O frio também causava a diminuição da circulação sanguínea nas extremidades (pés, mãos, orelhas, nariz) e, conseqüentemente, necrose. Os médicos denominavam-na “gangrena por congelação”. Em 27 de setembro de 1865, O navio de guerra *Onze de Maio*, procedente de Buenos Aires, desembarcou em Vila do Salto, Uruguai. A bordo estavam o vice-almirante visconde de Tamandaré e o dr. Azevedo, chefe de saúde da armada. Tamandaré, enfermo, interessou-se “pela sorte de seus companheiros de arma do exército”⁴³⁹. Decidiu, “inesperadamente”, visitar o hospital

432 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do apóstolo, 1870, p. 10.

433 FERGUSSON, William. *A system of practical surgery*. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1848 (republicado nos Estados Unidos por Kessinger Publishing, em junho de 2005), p. 102.

434 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 10.

435 *Idem*, pp. 9-10.

436 *Idem*, p. 10.

437 *Idem*.

438 *Idem*.

439 “Publicações a pedido – A visita inesperada do Exm. Sr. visconde de Tamandaré ao hospital militar brasileiro no Salto” in: *Jornal do Commercio*, 20 de setembro de 1865.

do Salto. Encontrou-se no caminho com o major Manoel Barbosa da Cunha⁴⁴⁰, diretor do nosocômio, e Aires de Oliveira Ramos, 1º cirurgião do mesmo hospital. Percorreu a parte externa do edifício, dirigiu muitas perguntas ao diretor (cujas respostas, referentes às questões médicas e administrativas, satisfizeram-no) e entrou nas enfermarias. Aí “demorou-se por espaço de algum tempo, examinando os leitos e tratamentos dos doentes e dirigindo-lhes palavras de consolação”⁴⁴¹. Rosto ruborizado, nó na garganta, não pôde controlar as emoções ao ver as vítimas da “gangrena por congelação”.

O Exm. Sr. visconde terminou sua visita aproximando-se [da] enfermaria de cirurgia. Ao ver estendidos sobre os leitos alguns soldados que haviam feito amputações nos pés e pernas, por serem acometidos de 'gangrena por congelação', tão cheios de vida, S. Ex. Ficou assaz compungido, e apressou-se de sair com os olhos imersos de lágrimas! Fatal doença!⁴⁴²

Não era novo o desejo de Solano López de invadir o Rio Grande do Sul. Antes da intervenção do exército brasileiro no estado oriental, em 1864, tal objetivo era propalado pelo ditador paraguaio (Doratioto, *op. cit.*, 2002, p. 170). Seu escopo era fazer o exército de Antônio de La Cruz Estigarribia marchar, em duas colunas, em direção ao sul. As tropas deviam ter como referência as margens do rio Uruguai. López imaginava ser possível, através da destruição da esquadra brasileira e do controle dos rios Paraná e Paraguai, unificar as forças de Estigarribia e Wesceslao Robles para enfrentar exército imperial no Uruguai (*idem*).

Os homens de Estigarribia não tinham meios de proteger a sua retaguarda e detinham poucas

440 Inocêncio Galvão de Queiroz, Paulino Paes Ribeiro, e Antônio José de Santana usaram o *Jornal do Commercio* para agradecer os serviços prestados por por Manoel Barbosa da Cunha e Aires de Oliveira Ramos. “Nós abaixo assinados, tendo sido recolhidos a este hospital [Salto], onde estivemos por mais de dois meses em tratamento de moléstias graves, não podemos abafar os impulsos do coração penhorados pelas maneiras urbanas ou antes fraternais com que sempre nos trataram os mui distintos diretor, o Ilm. Sr. major Dr. Manoel da Cunha Barbosa [e] o 1º cirurgião Dr. Ayres de Oliveira Ramos, a cujos cuidados fomos confiados. Na pessoa do inteligente e digno diretor encontramos solicitude, zelo e amizade, a par da mais decidida franqueza. S.S. além de incansável em procurar prover-nos dos recursos de que careciam os nossos sofrimentos, era por demais pródigos em seus oferecimentos particulares. O Dr. Ayres honra a classe a que pertence. Sua perícia, seus carinhos e desvelos no tratamento dos doentes, provam bem até que ponto este hábil médico compreende os sagrados deveres de sua profissão, e bem preenche a missão do cargo que exerce por tão acertada escolha. Podendo como soldados apenas confessar a esses ilustres cavalheiros a nossa gratidão, a quem tem jus por tantos títulos, asseguramo-lhes que seus nomes se acham gravados nos corações de Inocêncio Galvão de Queiroz (2º tenente de engenheiros); Paulino Paes Ribeiro (2º tenente de artilharia); e Antônio José de Santana (2º tenente de artilharia). 16 de setembro de 1865”. “Publicações a pedido – Hospital Militar do Salto” in: *Jornal do Commercio*, 28 de outubro de 1865.

441 “Publicações a pedido – A visita inesperada do Exm. Sr. visconde de Tamandaré ao hospital militar brasileiro no Salto” in: *Jornal do Commercio*, 20 de setembro de 1865.

442 “Publicações a pedido – A visita inesperada do Exm. Sr. visconde de Tamandaré ao hospital militar brasileiro no Salto” in: *Jornal do Commercio*, 20 de setembro de 1865.

provisões, basicamente, uma diminuta tropa de bois para alguns dias⁴⁴³. Cruzaram as regiões de São Borja, Itaqui e Uruguaiana. O comandante paraguaio ordenou, na vila de São Borja, “dar muerte á todo ser humano que se encontrara en ese pueblo con excepción da las mujeres jóvenes”⁴⁴⁴. Dissuadiu-se, entretanto, de cumprir tão “sanguinario despropósito”⁴⁴⁵. Esta ação desonraria “tan estúpidamente y tan sin provecho las armas del Paraguay”⁴⁴⁶. O saque devia ser, nas palavras de Estigarribia, “metódico e ordenado”⁴⁴⁷.

De 12 a 22 de junho de 1865, São Borja foi saqueada pelos paraguaios⁴⁴⁸. O mesmo ocorreu em Itaqui e Uruguaiana. Os objetos pilhados foram transportados em carretas para o Paraguai (*idem*, p.173). As mulheres que não foram protegidas por seus familiares sofreram violência sexual (*idem*). Nem todos os saques foram realizados pelos invasores. Pessoas que viviam em São Borja também participaram das ações. “Mesmo em áreas distantes até quase duzentos quilômetros de onde os paraguaios chegaram, todas as casas abandonadas por seus donos foram saqueadas” (*idem*). Foram as pilhagens autorizadas previamente por López. Tratava-se de um estímulo aos combatentes. Antes das tropas passarem por Paraná, reportou-se aos soldados nos seguintes termos: 'Ved aquellas florecientes comarcas de vuestros enemigos los brasileños, pues bien os prometo el saqueo de sus ricos pueblos á trueque de la victoria, y agrega, si estáis desnudos , allí os vai á vestir; si tenéis hambre, allí tendréis opíparas comidas en abundancia, y si vais pobres, de allí volvereis ricos'⁴⁴⁹

A ofensiva paraguaia sobre o Rio Grande do Sul fez a Tríplice Aliança enviar reforços para esta área. O Exército de Vanguarda do general Flores deixou o acampamento de Concórdia e deslocou-se pelas margens do rio Uruguai, “sob o rigor do inverno e em região despossuída de recursos”, até alcançar Paso de los Libres (*idem*, p. 180). Enfrentou, neste local, as tropas do major Pedro Duarte, vice-comandante, aí presentes desde 31 de agosto de 1865. O quadro das forças beligerantes era o que se segue: “... después de atravesar penosamente campos anegados y molestados por fuertes lluvias, se encontró el General Flores, con 9000 hombres, compuestos de 1500 hombres de las tres armas orientales, 5500 argentinos y 3000 brasileiros, frente á las fuerzas paraguayas que comandaba el Mayor Duarte, compuesta de 3000 hombres, entre las cuales pocas de

443 MASTERMAN, George Frederick. *Siete años de aventuras en el Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta Americana, 1870 (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press), p. 101.

444 GARMENDIA, José Ignacio. *Campaña de Corrientes y de Rio Grande: recuerdos de la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación de J. Peuser, 1904 (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press), p. 261

445 *Idem*.

446 *Idem*.

447 *Idem*.

448 “A igreja matriz foi arrombada e saqueada, mas, antes, os invasores se ajoelharam diante das imagens dos santos, por ordem do capelão da coluna, padre Duarte”. DORATIOTO, Francisco. *Op. cit.*, 2002, p. 173.

449 Citado por GARMENDIA, José Ignacio. *Campaña de Corrientes y de Rio Grande: recuerdos de la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación de J. Peuser, 1904 (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press) p. 262.

caballería, montados en caballos extenuados. Igual cosa sucedía á la caballería y la artíllharia de los aliados. Los caballos no tienen más forraje que el escaso que se encuentra en los campos”⁴⁵⁰.

Os aliados atacaram implacavelmente os paraguaios. Estes venderam caro suas vidas. Mostraram, apesar da superioridade das baionetas e fuzis do inimigo, uma coragem impressionante. A batalha de Jataí, como tornou-se conhecida, foi a primeira vitória da Tríplice Aliança na conflagração (*idem*, p. 181). A paisagem após o combate era aterradora. “Era repugnante aquel escenario sangriento extendido sobre un pantano de ceniciento lodo, salpicado por innumerables manchas rojas donde yacían los cadáveres medio insepultos entre el barro, y los heridos esperando la hora de la compasión; por que ya el momento de los salvajes instintos había pasado ...”⁴⁵¹. Perderam os aliados 83 combatentes e 257 foram feridos. No lado paraguaio o resultado foi acachapante: 1700 mortos, 300 feridos e 1200 aprisionados (*idem*, p. 180).

Tamandaré, ao ser informado que Estigarribia desejava tomar São Borja, Itaqui e Uruguaiana, seguiu para lá. Acompanhava-o um grupo de médicos cujo interesse era “prestar os socorros da ciência aos feridos”⁴⁵². Como eram poucos, determinou, em Uruguaiana, que o dr. Joaquim Monteiro Caminhoá⁴⁵³, 1º cirurgião do corpo de saúde da marinha, auxiliasse seus

450 SEEBER, Francisco. *Cartas sobre la Guerra del Paraguay, 1865-1866*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de L.J. Rosso, 1907, pp. 50-51.

451 GARMENDIA, José Ignacio. *Op. cit.*, p. 298.

452 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 298.

453 Dr. Caminhoá, a partir de sua experiência na batalha de Jataí, teceu considerações sobre ferimentos na cabeça. Atentou para os movimentos do encéfalo. Indicava o caso de Ventura Area, paraguaio, branco, com 18 anos. Lavrador recrutado pelo exército, Area apresentava uma “constituição forte” e um “temperamento sanguíneo”. Em Jataí sofrera duas “vastas feridas” na cabeça. Caminhoá, com a abertura do crânio do combatente, percebeu que o “encéfalo apresentava movimentos consideráveis, de crescimento e decrescimento, semelhantes às pulsações de uma imensa artéria”. Mais do que isso. “Observados com mais atenção no seguinte dia [2 de setembro de 1865], em que cheguei na hora do curativo, e em que o enfermeiro levantava o fragmento para lavar o cérebro (!), que se achava coberto de pus, havendo então uma vasta superfície dos hemisférios cerebrais à vista, pude notar, que havia coincidência entre aqueles movimentos e a inspiração e a expiração”. Lembrava, a despeito de não haver unanimidade sobre o tema, que fisiologistas modernos defendiam a existência dos movimentos do cérebro. O esculápio registrou a recuperação do paciente. “O ferido dia-a-dia apresentava consideráveis melhoras: botões carnosos se multiplicavam nos bordos livres das feridas; a supuração diminuía, e o doente alimentava-se perfeitamente, ocupando-se de seus misteres, e até de lavar a sua roupa, como eu vi! É preciso repeti-lo que isso ele fazia, apesar das proibições dos cirurgiões e enfermeiros”. Quase quarenta dias após o ferimento, “a ferida achava-se reduzida a menos de ¼ ; e nada oferecia de notável. A supuração ia a menos. Claras todas as faculdades, livres todos os movimentos [e] nenhum indício de mal-estar”. Apesar de não haver qualquer sintoma que autorizasse tal interpretação, Caminhoá apostava que, depois do fechamento da ferida, a morte sobreviria. Duas razões levaram-no a pensar assim: uma teórica e outra prática. A teórica: a “ação inevitável da presença de líquidos quer purulentos, quer sobrecarregados de princípios alheios ao cérebro, os quais não só constantemente corriam da superfície em supuração ... , como os que corriam durante os curativos, que a meu ver foram contra todas as regras”. Mencionava, por exemplo, o fato do cérebro ser lavado com substâncias nocivas (clorureto de sódio). A prática: dois casos de feridos procedentes do combate de Paysandú. Ambos foram atingidos no crânio, sobre o frontal. “Em um se extraiu uma bala irregular e angulosa, havendo depois a cicatrização da ferida, ele de nada se queixando, rindo-se e satisfeito por se poder de novo entregar às suas ocupações na guerra: muitos dias depois de repente sente-se como que fulminado, e sucumbe, sem que pudesse a ciência explicar esse grave acidente. Procedeu-se 24 horas depois à autópsia e encontrou-se em um dos hemisférios, [ao lado da ferida], ... um vasto foco purulento, com um pedaço de bala no centro! O outro é ainda mais admirável; porque oferecia um fragmento de cano de espingarda de polegada e meia talvez de comprimento. Tinha sido extraída a bala, que se achava próxima da ferida. O doente de nada se queixava, depois de cicatrizado aquela. Teve igual sorte que o primeiro; porque depois de dois meses de completa saúde, ao menos na aparência, e por não sentir o mais leve incômodo o ferido, sucumbiu quase subitamente ...”.

colegas do exército. A “gangrena por congelção” inquietara o facultativo da armada. “O que mais prendeu minha atenção, quer pela abundância, quer pelo grande desenvolvimento, foi a gangrena por congelção”⁴⁵⁴. Procurou explicar a razão de seu aparecimento. Na sua voz:

Quando as forças aliadas avançaram sobre a planura ocupada pelo exército paraguaio, [realizaram] marchas violentas, ladeira acima, [demasiado] desabrigadas; [nesse contexto], os soldados deixam com as mochilas tudo, que opor-se pode a ligeireza dos movimentos, entrando neste número os capotes, por cujo motivo tiveram eles de ficar expostos à ação de um frio intenso, como havia muito tempo não se experimentava naquelas localidades.

Desalojado o inimigo da posição superior, que ocupava, e os nossos havendo carregado sobre ele até o banhado, dentro do qual, para melhor persegui-lo, também

CAMINHOÁ, Joaquim Monteiro. “Ferida da cabeça interessando às membranas cerebrais e cérebro sem alteração de saúde” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, número 6, novembro de 1865. Também impressionante foi o que aconteceu, na Campanha do Uruguai, com João Fernandes Eiras, cadete do 6º batalhão de infantaria. Eiras tinha 22 anos e era natural de Pernambuco. “Esta praça entrou para o hospital com uma solução de continuidade, que tinha polegada e meia de extensão, dirigida um pouco obliquamente, na região frontal, entre as duas arcadas superciliares. Essa solução de continuidade estava em parte cicatrizada por primeira intenção, e tinha uma terça parte por cicatrizar; e em supuração”. Afora esta ferida, “o doente acusava uma sensibilidade exagerada no canal da uretra, e espasmos no colo da bexiga, quando urinava; as faculdades intelectuais estavam em perfeito estado, de caráter folgazão, gracejando sempre com seus companheiros. A ferida não cicatrizava, atribuindo ele isso à influência da sífilis, que por vezes tinha sofrido”. Após trinta dias no nosocômio, dr. Baldoino Athanasio do Nascimento foi chamado às pressas. O estado do paciente era o seguinte: “convulsões, coma, e uma ligeira hemorragia pelo ferimento. Examinando este, encontrou-se na parte cicatrizada uma elevação subcutânea, que o cirurgião pensou ser uma porção do osso frontal; feita uma incisão, reconheceu-se a presença de um corpo estranho, metálico. Tratando-se de extraí-lo, teve de alargar a incisão, e foi pouco a pouco extraíndo-se um pedaço de cano de espingarda, achatado, de 2 ½ polegadas de comprimento, e 1/3 de largura. Esse corpo tinha atravessado o frontal, e encravado-se no encéfalo em sua parte antero-inferior”. O enfermo “foi submetido a um tratamento conveniente: sangria de braço, sanguessuga nas apófises mastoides, compressas frias na cabeça, revulsivos às extremidades, bebidas nitradas, etc.”. Eiras não melhorou. Um “profundo coma sucedeu à convulsão e, paulatinamente, a paralisia foi se manifestando, falecendo ao terceiro dia dos padecimentos descritos”. Dr. Azevedo mencionava Guillaume Dupuytren para tentar compreender o caso de Eiras. “Dupuytren, tratando dos ferimentos na cabeça, diz, que os produzidos por um projétil, fraturando os ossos do crânio, são menos perigosos que os que destroem uma porção do cérebro ...”. Recordava que o médico francês curou muitos “feridos que tinham o cérebro atravessado por [balas], conservando os feridos intactas as faculdades mentais, e gozando da liberdade dos movimentos”. AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, pp. 105-106. No final do século XIX, as taxas de mortalidade relacionadas à cirurgia cerebral eram altas. Contudo, Harvey Cushing convenceu-se de que a neurocirurgia se transformaria, em pouco tempo, na nova “revolução cirúrgica”. Seu interesse era ocupar uma posição de destaque nesse processo. E ele alcançou seu objetivo. Metódico, disciplinado e temperamental, Cushing encontrou uma forma de conter os sangramentos volumosos durante as operações de cérebro – algo que impedia a visualização do cirurgião e punha a vida do paciente em risco. Passou a usar pequenos cliques em veias e artérias, que continham a hemorragia. Foi um dos pioneiros no uso do raio-x e do bisturi elétrico. Graças à sua dedicação, em uma época em que não havia antibióticos, atingia números excepcionais. Em média, apenas um em cada dez pacientes morria (exigia o máximo dos integrantes de sua equipe – chegava a xingá-los se falhassem – e apresentava extremo rigor em relação à higiene, bem como procurava incorporar rapidamente os avanços tecnológicos de sua área). Realizou, em 15 de abril de 1931, sua 2000ª operação de tumor, cf. HOLLINGHAM, Richard. *Sangue e entranhas: a assustadora história da cirurgia*. São Paulo: Geração Editorial, 2011, pp. 280-284 (“o homem com milhares de cérebros”). Para mais informações ver BLISS, Michael. *Harvey Cushing: a life in surgery*. Oxford/New York: Oxford University Press, 2007, sobre sua centralidade na neurocirurgia, cf. o capítulo 6 (“Opening the closed box: the birth of neurosurgery”).

454 Citado por AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 299.

entraram, molharam os pés e pernas, que permaneceram assim umedecidas por seis horas.

Cumprir notar, que todos, que atualmente acham-se com gangrena, disseram-me, que estavam calçados durante aquelas evoluções nos banhados, portanto todos conservavam os sapatos úmidos, e resfriados pelo vento, que soprara por muitas horas, com uma temperatura baixa, o que, como é sabido, aumenta a intensidade de ação, sentindo entorpecerem-se-lhes as extremidades, a ponto de alguns não poderem acompanhar seus camaradas, que perseguiram o inimigo em debandada. Continuando depois o entorpecimento, declarou-se a tumefação seguida da aréola gangrenosa, que veio tirar de todo a dúvida, de que tratava-se da mortificação das extremidades dos membros inferiores, que enegreceram-se, e tornaram-se completamente insensíveis⁴⁵⁵.

O médico da marinha soube que a “gangrena por congelção” atingiu também os inimigos. O “sr. Ortiz”, cirurgião paraguaio, capturado na batalha de Jataí, com “seu belo caráter, modéstia e sinceridade”⁴⁵⁶, com quem Caminhoá teve “amigáveis e íntimas relações”⁴⁵⁷, confessou-lhe

que não só essa terrível enfermidade tinha acometido os soldados de sua nação, que ocupavam a província de Corrientes, ocasionando a queda dos artelhos, falanginas, falangetas etc., como até pôde apreciar pela primeira vez nas enfermarias, a seu cargo, *casos de mortificação profunda da face!*⁴⁵⁸ [grifo meu]

Caminhoá notou que, entre os nacionais, as principais vítimas da “gangrena por congelção” procediam do norte e nordeste do Brasil. “Os soldados, que pela maior parte foram mais sofreadores, eram filhos das diferentes províncias do Norte do Império, sobretudo do Ceará, Maranhão e Pará”⁴⁵⁹. Tais combatentes foram acometidos pela doença no Rio da Prata e no rio Uruguai (alto e baixo). Lembrou que o inverno no Rio da Prata fora rigoroso à época da batalha de Jataí. “A temperatura nos principais portos do Rio da Prata, durante o inverno, que acaba de passar, foi baixa, em geral, havendo noites de cair não só neve, como até de se formar [entre uma e] duas polegadas de gelo sobre o convés dos navios, segundo testemunharam oficiais nossos ...”⁴⁶⁰. Houve,

455 *Idem*, pp. 301-302.

456 *Idem*, p. 302.

457 *Idem*.

458 *Idem*.

459 *Idem*, p. 303.

460 *Idem*.

inclusive, “morte por asfixia até nos quadrúpedes, isso em um sem número”⁴⁶¹.

Leu na escala termométrica, em uma noite fria de Buenos Aires, + 2° centígrados⁴⁶². Observou, na madrugada subsequente, a temperatura de + 1° centígrado⁴⁶³. Por que os soldados enfermos eram, majoritariamente, nortistas e nordestinos? Caminhoá usava sua pena para responder: “Aqueles infelizes, partidos a maior parte da zona equatorial, ou da tórrida, para o Sul da América, passando [de uma temperatura] de +28° a + 30° centígrados para uma de – 4° [a] – 5° centígrados, foram submetidos à ação de um frio proporcionalmente muito mais intenso”⁴⁶⁴ do que estavam acostumados. Registrava ainda Caminhoá: “que o frio atua tanto mais energicamente, quanto mais rápidas e úmidas são as correntes aéreas Estas “propriedades ... caracterizam o vento denominado *Pampero* pelos habitantes ribeirinhos do Prata, e cuja influência se faz sentir em quase toda a parte ...”⁴⁶⁵.

O médico da armada indicava, em sua análise, um outro problema. Havia uma conexão entre as consequências perniciosas do frio e a ausência “de movimento ou ação dos órgãos da vida de relação [sic]”⁴⁶⁶. Explicava: os habitantes de Kamchatka, e de alhures, patinhavam sobre o gelo e corriam como gamos, a galgar os “altos píncaros de serranias glaciais ...”⁴⁶⁷. Ao realizarem tais atividades equilibravam “o calórico interno com o externo”⁴⁶⁸ e geravam “a aceleração da circulação”⁴⁶⁹. Desse modo, sofriam “duplamente menos a intensidade da temperatura atmosférica”⁴⁷⁰. O mesmo não ocorria com os combatentes do norte do Brasil. Amontoados “sobre o convés de nossos transportes, eram em número tal, que nem sequer podiam fazer o mínimo exercício, reinando em muitas das viagens o Pampero. Além de tudo, jaziam deitados sobre o convés, grande parte pelo enjôo, achando-se submetidos a causas suficientes para fazê-los sofrer tanto, ou mais do que os habitantes dos climas frios”⁴⁷¹.

Pouco variavam os meios empregados pelo dr. Caminhoá para aplacar a doença. Prescrevia, no início, “banhos progressivamente quentes, um pouco prolongados [e] repetidos ...”⁴⁷². Usava, posteriormente, 'linimento amoniaco canforado, que, segundo me disseram práticos mais acostumados a tratar aquelas enfermidades, era de grande proveito”⁴⁷³. Agia, nos casos mais avançados, da seguinte forma: “quer com uma sonda agulha, quer com a ponta de um bisturi,

461 *Idem.*
462 *Idem.*
463 *Idem.*
464 *Idem*, p. 304.
465 *Idem.*
466 *Idem.*
467 *Idem.*
468 *Idem.*
469 *Idem.*
470 *Idem.*
471 *Idem*, pp. 304-305.
472 *Idem*, p. 300.
473 *Idem.*

aprofundando gradualmente, a fim de reconhecer se a mortificação limitara-se apenas à pele ou se havia invadido até os ossos ..., praticava grandes escarificações, com o fim de dar livre saída aos líquidos ...”⁴⁷⁴. Havia, no entanto, poucos líquidos; daí o entendimento de que “a gangrena era, pela maior parte, seca ou mumificante”⁴⁷⁵. Depois mobilizava, alternadamente, anti-sépticos e emolientes bem como tônicos e reconstituintes (“vinhos generosos”, por exemplo). Esperava, então, “o momento propício para a amputação, isto é, a formação completa do círculo eliminatório”⁴⁷⁶.

José Antônio dos Santos Cariman⁴⁷⁷ esteve em Jataí. Era pardo, solteiro e tinha 18 anos. Tinha uma “constituição forte” e um “temperamento sanguíneo”. Natural de Caxias, Maranhão, servia como anspeçada e pertencia ao 5º batalhão de linha. O exército enviou-lhe “com 10 artelhos em mortificação e parte dos metartasianos ..., cuja auréola eliminatória estava incompleta”. Cariman sentia, na enfermaria, seu pé latejar e as dores eram agudas. Dr. Caminhoá tratou-o assim: “[inicie] por proceder ao exame aconselhado pela arte, aprofundando gradualmente um estilete nas partes mortificadas, e reconhecida a profundidade, pratiquei largas e extensas escarificações ...”. Desprendeu-se, como era comum nas “gangrenas mumificantes”, o gás sulfídrico e outros. Tais gases procediam do tecido subcutâneo ou da própria pele. A tez ficava irreconhecível. Expunha “uma cor azul anegrada e lustrosa, [com] grande murchidão, como se houvesse por longo tempo estado mergulhada em água fria”.

Caminhoá aplicou, nas áreas inflamadas, “cataplasmas de linhaça feitas em decoto de quina vermelha com gotas de álcool canforado”. A base do regime higiênico era “calor moderado, reconstituintes tônicos e anti-sépticos ...”. Embora as dores tivessem melhorado, Cariman não resistiu. O “trismus tetânico” abreviara sua vida.

Retornemos às armas de fogo e seus efeitos. A gangrena traumática guardava relação com os ferimentos provocados por fuzis e baionetas. A “podridão do hospital” ou gangrena nosocomial também. Dr. Duarte mostrou que a “podridão do hospital” foi denominada por Baudens “gangrena úmida”⁴⁷⁸; um processo de “putrilagem”⁴⁷⁹ que avança, rapidamente, em direção a todos os órgãos. Recorrentemente, “em 24 ou 48 horas ela triplica a largura e a profundidade da ferida, sobre a qual tem estabelecido sua sede”⁴⁸⁰. Onde pode-se imaginar o horror experimentado pelos soldados no interior dos hospitais, ao acompanharem a ampliação de seus ferimentos em um ritmo

474 *Idem.*

475 *Idem.*

476 *Idem.*

477 *Idem*, pp. 305-306.

478 Outros nomes foram usados para designar a gangrena nosocomial: “degenerescência pútrida”; “difterite das feridas”; “tifo traumático”; “úlceras gangrenosas”; “úlceras pútridas das feridas” etc., cf. DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 12.

479 *Idem.*

480 *Idem.*

acelerado (mesmo as feridas que indicavam a entrada em um estágio de cicatrização podiam, em retrocesso, ser atingidas pela gangrena nosocomial). A atmosfera dos nosocômios tornava-se mais sombria conforme a enfermidade generalizava-se de paciente a paciente em tempo reduzido. O combatente ferido recém-ingresso no hospital, desconfortavelmente acomodado em um leito, com suas entranhas explícitas, sangue, tecidos, ossos estilhaçados, podia ser uma vítima em potencial da terrível enfermidade.

Samuel David Gross⁴⁸¹ nasceu em 1805, na Pennsylvania, e formou-se, em 1828, no Jefferson Medical College. Conseguiu, graças às lições tidas com uma senhora inglesa, residente em Easton, nos Estados Unidos, “em poucos meses”, ler textos em francês⁴⁸². O estudo de tal língua possibilitou-lhe traduzir trabalhos médicos para o inglês. Gross publicou, onze anos após graduar-se, o importante livro, a saber: *Elements of pathological anatomy*. Tratava-se de um esforço original para sistematizar a temática (com 19 anos de idade já era fascinado pelo estudo da anatomia). Publicizou, em 1859, *System of surgery: pathological, diagnostic, therapeutic and operative*, em dois volumes. A obra tornou-se referência e foi traduzida em vários países. Marcou o pensamento médico-cirúrgico de então, influenciando doutores brasileiros.

Redigiu, por ocasião da Guerra Civil Americana, mais especificamente, em 1861, em nove dias, *A manual of military surgery*⁴⁸³. O texto resumia as principais questões da época sobre higiene e cirurgia militar. Sob os cuidados de J.B. Lippincott & Co, o trabalho obteve duas edições de 2 mil cópias cada. Devia servir de orientação aos jovens cirurgiões nortistas. Porém, “foi republicado em Richmond e, extensivamente, citado pelos cirurgiões confederados durante a guerra”⁴⁸⁴. Gross reconhecia que, tendo por base o tempo e o trabalho para sua realização, do ponto de vista comercial, foi seu texto mais rentável⁴⁸⁵. Superou quaisquer expectativas (foi publicado, em 1874, em Tóquio).

Dr. Gross teceu considerações, no pequeno manuscrito, sobre a gangrena hospitalar⁴⁸⁶. Mostrou como os franceses, durante a Guerra da Crimeia, foram gravemente atingidos pela enfermidade nos hospitais de Bósforo. Impressionante foram os eventos que envolveram o navio *Euphrate*. A gangrena nosocomial grassou no transporte marítimo e acometeu 60 homens que, em trinta e seis horas, foram lançados no mar Mediterrâneo, provavelmente mortos, para evitar

481 Sobre a vida de Samuel David Gross, cf. GROSS, Samuel David. *Autobiography of Samuel D. Gross, M.D ...: emeritus professor of surgery in the Jefferson Medical College of Philadelphia. With reminiscences of his times and contemporaries*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1893, 2 vol. (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press – nesta versão, o subtítulo foi levemente modificado: “With sketches of his contemporaries”).

482 GROSS, Samuel David. *Op. cit.*, vol. 1, p. 28.

483 *Idem*, pp. 142-143

484 *Idem*, p. 142.

485 *Idem*, pp. 142-143.

486 GROSS, Samuel David. *A manual of military surgery*. Memphis: General Books, 2010 (publicação original, 1861), p. 28.

contaminação.

Nem toda gangrena nosocomial começava com feridas por armas de fogo. Materializava-se também em combatentes recém-operados, vítimas de hospitais insalubres e objetos cirúrgicos contaminados. O doutores Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo, Pedro Autran da Matta⁴⁸⁷ e Luiz Petra Pientznauer⁴⁸⁸ notaram sua presença em seus pacientes em Villeta, no Paraguai, depois da batalha de Lomas Valentinas. O acúmulo de enfermos facultou sua disseminação. “A aglomeração de grande número de feridos paraguaios e soldados nossos, ocupando a Igreja da vila, pequenas choças, e barracas, deu lugar ao desenvolvimento [da “podridão do hospital”], que era impossível evitar, atentas as circunstâncias especiais em que se achava o exército, lutando os nossos colegas com um número extraordinário de feridos, que eram, dia e noite, conduzidos do campo da ação”⁴⁸⁹.

Os três médicos viram, “em menos de 24 horas”⁴⁹⁰, a gangrena nosocomial se espalhar entre os doentes como uma mancha de óleo no mar. Arrefeceu a moléstia, entretanto, “logo que se tornou possível a remoção dos feridos”⁴⁹¹. Azevedo, estudioso da Guerra da Crimeia, lia e anotava

487 “Ao governo ofereceu-se o sr. dr. Autran para, na qualidade de cirurgião, exercer gratuitamente no hospital militar os seus serviços enquanto durar a guerra com o Paraguai. Pôs mais à disposição das famílias pobres dos falecidos no ataque de Paysandú, em caso de moléstia, uma enfermaria em seu estabelecimento de saúde, e compromete-se a visitar em seus domicílios os doentes pertencentes a famílias dos voluntários da pátria. Atos destes merecem o público reconhecimento”. “Notícias diversas” in: *Correio Mercantil*, 26 de março de 1865. O comandante em chefe visconde de Inhaúma elogiava publicamente o dr. Autran (Pientznauer, Azevedo e outros esculápios e boticários também foram lembrados) pelos serviços prestados junto aos feridos provenientes da batalha do Avaí. “... louvo com toda satisfação aos srs. drs. Carlos Frederico dos Santos Xavier de Azevedo, José Marcelino de Mesquita, José Caetano da Costa, Luiz Pientznauer, Justino de Castro Rebelo, Joaquim Carvalho Bettamio, Severino Bráulio Monteiro, Eduardo Neuman, Pedro Autran da Mata Albuquerque, José Carlos Mariani, Luiz Carneiro da Rocha e Augusto Barbosa de Oliveira, pelos serviços cirúrgicos que com toda dedicação, zelo e humanidade acabam de prestar aos nossos camaradas do exército feridos na batalha do 11 do corrente, e bem assim aos srs. farmacêuticos Antônio Cândido de Sá Pimentel e Antônio da Costa Moraes pelo muito que coadjuvaram aos referidos cirurgiões durante todo esse afanoso trabalho. Visconde de Inhaúma ...”. “Exterior -correspondência do Jornal do Commercio - Villeta, 26 de dezembro de 1868, (Boletim do Exército)” in: *Jornal do Commercio*, 7 de janeiro de 1869.

488 Dr. Pientznauer teve uma atuação destacada no combate à epidemia de cólera de 1855, sobretudo na Freguesia de São João Batista de Niterói. Seu esforço foi reconhecido por Jesuína Maria de Azevedo. “Eu abaixo assinado tendo sido atacada violentamente [pela] epidemia reinante, teria sucumbido em poucas, por isso que já havia perdido a fala senão fora socorrida com a maior prontidão e zelo pelo Ilm. Sr. Dr. Luiz Petra Pientznauer, que por meio de seus acertados medicamentos a ele devo estar nesta hora sã e salva; provida pois por este sentimento de sincera gratidão recorro à imprensa, não tendo ao meu alcance outro meio de agradecer a tanto desvelo da parte do mesmo Ilm. Senhor. Jesuína Maria de Azevedo. Niterói, 28 de novembro de 1855”. “Publicações a pedido – agradecimentos” in: *Jornal do Commercio*, 5 de dezembro de 1855. Teve um desempenho relevante como cirurgião durante a Guerra do Paraguai por ocasião da “Dezembrada”, momento em que o poder militar paraguaio fora eliminado através das batalhas do Itororó, Avaí e Lomas Valentinas (todas em dezembro de 1868). A vida de Pientznauer foi interrompida de forma trágica: o esculápio se suicidou, em 1880, ao perfurar uma de suas artérias com um bisturi. Perdeu a razão. Um panegírico dizia: “há muito que o doutor Pientznauer vivia acabrunhado; desgraças domésticas amarguravam-lhe a vida, dificuldades materiais ... [faltou-lhe] ânimo para resistir ao mandado de penhora que lhe mandou fazer o proprietário, cortou a artéria subclávia e consumou-se a catástrofe. Ainda nesse último ato de desespero, serviu-se de seu instrumento de trabalho – o bisturi”. Citado por SATTAMINI-DUARTE, Orlando. *Um médico do Império: o doutor Torres Homem (1837-1887)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti Editores, 1957, p. 124.

489 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 417.

490 *Idem*, p. 418.

491 *Idem*.

as observações feitas por facultativos e militares que vislumbraram a doença na Europa oriental. Um deles escreveu os vocábulos que se seguem: “No mês de junho [?], apesar do pequeno número de doentes que ficaram nos hospitais da Crimeia, houve ainda um acúmulo relativo [de enfermos] nos lugares saturados de miasmas pútridos, que o asseio das salas das enfermarias não podia neutralizar. E a [gangrena hospitalar] reapareceu ... As remoções dos feridos para a França, e a diminuição rápida dos doentes, definitivamente detiveram a marcha da podridão”⁴⁹².

Assumi a gangrena nosocomial uma dimensão epidêmica na Guerra Civil Americana. O flagelo atingiu os exércitos confederados e unionistas. E era a enfermidade que os combatentes norte-americanos mais temiam (Rutkow, 2005, p. 234). Uma pequena mancha negra sobre um braço ferido, em poucos dias, podia torná-lo irreconhecível. Afora a dor, o cheiro de carne pútrida impregnava o ar dos hospitais. O óbito era iminente. A gangrena hospitalar não foi comum durante o primeiro ano da Guerra de Secessão⁴⁹³. No entanto, no segundo e no terceiro vitimou muitos soldados. Registrou-se, entre 1862 e 1864, mais de 2200 casos nas forças nortistas (*idem*, pp. 234-235).

Os médicos, no conflito fratricida, desconheciam as causas da gangrena nosocomial. A microbiologia ainda não era uma realidade para tais doutores. Joseph Lister ainda não tinha publicado os primeiros resultados de sua pesquisa sobre assepsia na revista *Lancet*. Dr. Frank Hastings Hamilton⁴⁹⁴, cirurgião nortista, nasceu, em 13 de setembro de 1813, em Wilmington. Graduou-se, em 1830, no Union College. Sua caminhada inicial no território da medicina ocorreu a partir de seus estudos no consultório do Dr. John G. Morgan e no Western College of Physicians and Surgeons, em New York (tornou-se, em 1839, professor de cirurgia de tal instituição). Entre 1861 e 1865, ocupou a cadeira de cirurgia, fraturas e luxações no Bellevue Hospital Medical College. Após a batalha de Bull Run foi promovido a cirurgião-brigadeiro e, posteriormente, diretor médico dos unionistas. Escreveu diversos textos sobre práticas cirúrgicas, dentre estes, *A treatise on military surgery and hygiene* (1865). Acreditava que a gangrena hospitalar procedia do ajuntamento de combatentes feridos em acampamentos insalubres e barracas mal-ventiladas (*idem*, p. 235).

Dr. William Williams Keen⁴⁹⁵ era natural da Filadélfia. Nasceu em 19 de janeiro de 1837 e

492 Citado por AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 418.

493 O primeiro caso de gangrena hospitalar durante a Guerra Civil Americana, aparentemente, materializou-se após a batalha de Port Republic, em junho de 1862. Contudo, nenhum caso foi relatado oficialmente até julho de 1863. CUNNINGHAM, H.H. *Op. cit.*, p. 239. Sobre a gangrena nosocomial ao longo da Guerra de Secessão, cf. “Gangrene, hospital” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*; RUTKOW, Ira M.. *Bleeding blue and gray: Civil War surgery and the evolution of american medicine*. New York: Random House, 2005, capítulo 7 (“In Heaven's name let it be done”).

494 “Frank Hasting Hamilton, M.D.” in: ECHOLS, Michael & ARBITTIER, Doug (eds.). *American Civil War Medicine & Surgical Antiques* - www.braceface.com/medical/Medical_Authors_Faculty/Hamilton_Frank_Hastings.htm (4/10/2011).

495 “William W. Keen, M.D.” in: ECHOLS, Michael & ARBITTIER, Doug (eds.). *American Civil War Medicine & Surgical Antiques* - www.braceface.com/medical/Medical_Authors_Faculty/Keen_William_W.htm (4/10/2011).

graduou-se, em 1859, na Brown University, em Providence, Rhode Island. Ingressou, depois de permanecer um ano como residente-graduado, no Jefferson Medical College. Foi aí contemplado, em 1862, com o título de doutor em medicina. Atuou, no contexto da Guerra de Secessão, como cirurgião-assistente do 5º regimento de voluntários de Massachusetts. Entre 1866 e 1875 trabalhou na Philadelphia School of Anatomy. Celebrizou-se, no ano seguinte, como o primeiro cirurgião da Filadélfia a adotar os princípios de assepsia de Lister. Em 1889, assumiu, em substituição ao professor Samuel Gross, a cadeira de cirurgia no Jefferson Medical College. Produziu vários trabalhos sobre ferimentos por bala e cirurgia, muitos dos quais em parceria, por exemplo, *Reflex paralysis from gunshot wounds*; *Gunshot wounds and other injuries of nerves*; e *The american text-book of surgery*. Compreendia que as condições de vida inadequadas da soldadesca podiam produzir a gangrena nosocomial. Porém, concedia maior ênfase ao papel das transformações atmosféricas (*idem*). Chuvas, ventanias e outras intempéries podiam vir secundadas de surtos de gangrena hospitalar.

O tratamento adotado pelos médicos norte-americanos para combater a “podridão do hospital” era a amputação. Extraíam as extremidades comprometidas pela moléstia, e mais tecidos eram eliminados se a gangrena não cessasse de expandir (até mesmo o coto podia receber nova intervenção cirúrgica para se aplacar o mal). Usavam também ácido clorídrico ou nítrico para debelar a infecção (*idem*). Alguns já manuseavam o ácido carbólico (apesar de Lister ainda não ocupar o rol dos grandes cientistas do século XIX). Eram lancinantes as dores experimentadas pelos feridos (caso não fossem anestesiados). Os doutores, com o tempo, passaram a aplicar bromo nos ferimentos (*idem*, pp. 235-236). O bromo apresentava propriedades bioquímicas que funcionavam como um eficaz antisséptico. A utilização de tal substância; o isolamento dos primeiros pacientes; a aplicação de curativos limpos e esponjas independentes favoreceram a diminuição da gangrena nosocomial na parte final da conflagração. Embora houvesse avanços, registre-se que 46% das pessoas acometidas pela gangrena hospitalar, durante a Guerra Civil Americana, morreram (Schroeder-Lein, *op. cit.*, p. 115).

A construção da assepsia moderna está umbilicalmente relacionada a biografia de Joseph Lister⁴⁹⁶. Em 1865, Lister tinha 37 anos e era professor de cirurgia de Glasgow. Incomodava-lhe o fato das pessoas entrarem no hospital com uma fratura exposta e, apesar dos avanços no campo cirúrgico, morrerem, amiúde, de gangrena ou envenenamento do sangue. Para evitar o óbito, o doutor era obrigado a realizar a amputação – o que nem sempre era possível. Graças a descoberta da anestesia os médicos podiam ficar mais tempo na mesa de operações; todavia, não conseguiam meios de conter o avanço da gangrena.

496 Para informações sobre Joseph Lister, cf. HOLLINGHAM, Richard. *Sangue e entranhas: a assustadora história da cirurgia*. São Paulo: Geração Editorial, 2011, pp. 86 e seguintes.

Além de cirurgião, Lister atuava como cientista. O interesse pela pesquisa científica era uma herança do pai, um conhecido microscopista. Suas investigações levaram-no à seguinte questão: por que em uma fratura simples (osso quebrado sob a pele) a cura era possível e em uma fratura composta (osso quebrado e exposto a partir da perfuração da pele) ocorria um processo infeccioso que matava o paciente? As pistas para a resposta a tal pergunta começaram a ser dadas por Ignaz Semmelweis⁴⁹⁷, médico húngaro.

Semmelweis acompanhou, em 1847 (quando tinha 29 anos), o estrago provocado pela febre puerperal em uma clínica da ala de maternidade do Hospital Geral de Viena. Em janeiro do ano anterior, 336 partos foram realizados aí; porém, em 45 deles as mulheres morreram. Em fevereiro de 1846, houve 293 partos e 53 mortes. Existiam, na realidade, duas clínicas no nosocômio. A primeira era chefiada pelos médicos (muitos ainda acadêmicos) e a segunda pelas parteiras. A clínica sob responsabilidade das parteiras (que se caracterizavam pela ausência de um treinamento científico rigoroso) apresentava menos falecimentos. Em 1847, os médicos perderam 459 mulheres; as parteiras, por sua vez, tiveram apenas 105 óbitos. A diferença do número de mortes tornou-se conhecida em Viena. Assim, as parturientes se esforçavam para serem atendidas pelas parteiras - algumas “saíam correndo, aos gritos, pelo hospital, ou tinham de ser arrastadas pelos corredores quando descobriam que tinham sido colocadas [na clínica dos doutores]”⁴⁹⁸.

Uma comissão foi instaurada para verificar as razões de tantos óbitos. As conclusões foram variadas. Os acadêmicos foram acusados de serem agressivos; falou-se na existência de um miasma em Viena; até mesmo as próprias parturientes foram culpabilizadas pelos falecimentos por serem “moralmente decadentes”; detentoras de uma vida desregrada (registre-se que elas provinham dos setores mais pobres da sociedade – as mais ricas davam à luz em casa e apenas 1% faleciam). O mistério da febre puerperal começou a ser resolvido a partir de uma tragédia: a morte do professor Jakob Kolletschka.

O professor realizava autópsias recorrentemente. Em uma delas, um aluno, inábil, acidentalmente, cortou-lhe o dedo. Kolletschka não importou-se. “Poucas horas depois, apareceu uma vermelhidão ao redor do orifício, mas nada com que se preocupar. Acontece que aquilo começou a se espalhar pelo braço dele, que começou a ficar febril. Úlceras se desenvolveram em seu corpo. Logo, ele estava coberto de múltiplos abscessos e seu abdome inchou. O exame *post-mortem* concluiu que seus órgãos estavam infeccionados e que ele teve pneumonia e meningite

⁴⁹⁷ Sobre as pesquisas de Ignaz Semmelweis, e sua influência sobre Lister, cf. WOOTTOM, David. *Bad medicine: doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press, 2007, capítulos 12 e 13 (respectivamente, “Puerperal fever” e “Joseph Lister and antiseptic surgery”); ELLIS, Harold. *The Cambridge illustrated history of surgery*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009, capítulo 7 (“The advent of anaesthesia and antiseptis”). THORWALD, Jurgen. *Op. cit.*, capítulos – sem número (“Mãos sujas” e “Descobre-se o assassino”).

⁴⁹⁸ HOLLINGHAM, Richard. *Op. cit.*, 86 e seg.

[ampliação da membrana cerebral]”⁴⁹⁹.

Ao analisar o boletim referente à autópsia do professor, Semmelweis notou que os sintomas que levaram ao seu falecimento eram iguais aos das mulheres grávidas. Solucionou o problema: as mortes de Kolletschka e das parturientes guardavam relação com as partículas dos cadáveres. Os doutores faziam autópsias e, ato contínuo, realizavam exames vaginais no Hospital Geral de Viena. Chegavam a lavar as mãos; entretanto, de maneira muito precária (o que não livrava-os das bactérias). Semmelweis associava, porém, os falecimentos da clínica dos médicos à matéria morta (e não algo presente nela).

Voltando a Lister. O professor de Glasgow interessou-se pelos trabalhos de Louis Pasteur (publicados entre 1857 e 1860), na França, e passou a acompanhá-los. “Pasteur esterilizou um frasco de caldo de cultura, fervendo-o. Fechou a boca do recipiente com algodão para permitir a passagem de ar, exclusivamente, nada mais. Passados alguns dias, ele tirou a tampa e verificou que o caldo de cultura permanecia estéril. Mas, com a remoção da cobertura, tornou-se pútrido. Provou, assim, que algo no ar, não o ar em si, levou à substância à putrefação. O algo mais, ele sugeriu, eram germes – micro-organismos existentes no ar. O mais famoso aperfeiçoamento dessa experiência de Pasteur foi refazê-la usando um frasco, feito de vidro especial, com um extenso gargalo, em forma de pescoço de cisne. O ar poderia passar livremente pela abertura, mas nenhuma poeira ou organismos microscópicos entrariam. Encheu o recipiente com caldo de cultura e ... ele permaneceu estéril”⁵⁰⁰.

Lister convenceu-se, a partir das pesquisas do cientista francês, de que seus pacientes tinham suas vidas ceifadas por germes. Para eliminá-los, Lister procurou esterilizar as feridas deles com várias substâncias químicas. Obteve um sucesso diminuto. Foi com o uso do ácido carbólico, mais conhecido como fenol (elaborado com piche ou alcatrão de carvão), que o cientista alcançou o seu objetivo. Em 12 de agosto de 1865, James Greenlees⁵⁰¹, com 11 anos, teve sua tíbia quebrada em duas partes por uma carroça. Em circunstâncias normais, afora a amputação, pouco poderia ser feito. Contudo, o cirurgião de Glasgow aplicou o fenol no ferimento do garoto. Quatro dias depois, extraiu as talas e as tiras umedecidas com o ácido carbólico. Surpreendentemente, a ferida estava limpa. Refez o processo com as tiras embebidas em água. Em seis semanas Greenlees estava completamente curado. Em 16 de março de 1867, os resultados iniciais de sua pesquisa foram publicadas na revista *Lancet*.

Para rastrear a presença do pensamento listeriano no Brasil, recuperei a trajetória de Antônio Caetano de Almeida. Nascido, em 1842, no Rio de Janeiro, dr. Almeida era filho de José

499 *Idem.*

500 *Idem.*

501 Sobre a operação de James Greenlees, cf. ELLIS, Harold. *Operations that made history*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009, capítulo 9 (“The compound fracture”).

Antônio de Almeida e Isabel Maria de Almeida. Tornou-se bacharel em letras pelo colégio Pedro II e doutor em medicina pela faculdade imperial do Rio de Janeiro. Além de 2º cirurgião do corpo de saúde do exército, em exercício no Hospital Militar da Corte, foi lente substituto da seção cirúrgica da mesma faculdade. Casou-se “em segundas núpcias” com Adelaide Ernestina Câmara de Almeida. Teve dois filhos⁵⁰²: Ernesto Augusto Vianna de Almeida (do primeiro matrimônio) e Isabel de Almeida Mancebo (casada com o dr. Jeremias Marques Mancebo). Faleceu em sua residência na rua Conde d'Eu, número 97, Freguesia de Santo Antônio, vítima de “febre perniciosa atóxica”. Foi enterrado no Cemitério São Francisco Xavier. Tinha 49 anos.

Em 1872, dr. Almeida fez concurso para o “opositorado da seção de ciências cirúrgicas” da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Afirmou, em sua tese, que, naqueles tempos, o tratamento usado para combater a “podridão do hospital” era “aplicações de antisépticos e de cauterizações mais ou menos enérgicas”⁵⁰³. O médico reconhecia, entretanto, que tal tratamento “difícilmente” lograva debelar a enfermidade (um indicativo de que, provavelmente, o ácido fênico de Lister ainda não era aplicado pela cirurgia brasileira ou sua aplicação era diminuta). Sete anos depois, Antônio Ferreira França, professor da mesma instituição, em sua obra “Elementos de patologia externa”, acerca da gangrena nosocomial, dizia: “o tratamento é preservativo e curativo; emprega-se o ácido fênico, o iodo, o ferro quente e os modificadores gerais tônicos” (Santos Filho, 1991, p. 245, volume 2). Dr. França mencionava o fenol (sintoma, é provável, da influência do pensamento listeriano); sublinhava, contudo, alguns meios terapêuticos tradicionais, por exemplo, o ferro em brasa.

Manoel Gomes Belfort Duarte registrou, além das gangrenas traumática e hospitalar, outras complicações provenientes das feridas por armas de fogo. Dentre estas, o tétano e os corpos estranhos. Asseverou que os médicos tinham dificuldades em definir o tétano. Entendia que a melhor categorização foi dada pelo dr. L. J. B. Bégin, presidente do *Conseil de Salubrité* de Paris (após 1850) e autor “Étude sur le service de santé militaire” (Ackerknecht, 1948, p. 137 e 146). “Tétano é uma irritação inflamatória da medula espinhal, determinando a rigidez, a contração convulsiva e permanente de uma parte ou totalidade dos músculos submetidos à vontade”⁵⁰⁴. O facultativo francês não era o único a pensar dessa maneira. Demais tratadistas europeus consideravam a patologia uma “lesão nevrálgica ou inflamatória da medula espinhal”.

Os ferimentos por fuzis ou mosquetes favoreciam a ocorrência do tétano. “As feridas por

502 Dr. Almeida teve, aparentemente, um terceiro filho com sua primeira esposa. Era médico e lhe deu assistência no momento de sua morte. Chamava-se Samuel Dutton Brandão de Sousa Barros. Sobre a vida do médico, cf. IHGB, coleção Roberval Bezerra de Menezes, notação – DL 829.23; BLAKE, Sacramento, volume 1, p. 120; AN, inventário, ano: 1889, maço: 409.

503 ALMEIDA, Antônio Caetano de. *These*. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872, p. 17.

504 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, pp. 10-11.

armas de fogo complicadas [em função dos] largos despedaçamentos nas partes moles, aquelas que são acompanhadas da presença de [esquírolas] pontudas, despedaçamento incompleto de filetes nervosos, dão lugar à invasão do tétano”⁵⁰⁵. A doença também guardava relação com o amedrontamento ou nervosismo. Compreendia que o tétano podia irromper “depois de uma visita desagradável feita ao doente, em consequência do medo, da cólera etc..”⁵⁰⁶. As baixas temperaturas (ou as transformações das mesmas) e as condições insalubres, elementos perceptíveis na Guerra da Tríplice Aliança, igualmente facilitavam o surgimento da doença. “O tétano se declara de preferência n’uma temperatura fria e úmida; nos feridos que são obrigados a viajar de noite e a estacionar em lugares imundos e mal arejados, como notamos em nosso exército na campanha do Paraguai, quando os hospitais não tinham as condições higiênicas necessárias. Quanto à mudança da temperatura atmosférica, damos como prova o nosso hospital de Buenos Aires (hoje extinto), em que o tétano destruiu muitas vidas de nossos bravos, em consequência da inconstante temperatura que ali reina”⁵⁰⁷.

Dr. Azevedo, a observar a presença do tétano nos hospitais da marinha em Corrientes e Humaitá, também explicitou o fator temperatura como um ponto crucial para o irrompimento da moléstia. Considerava-a “mais frequente quando havia bruscas variações de temperatura, e reinavam os ventos do norte e nordeste, sendo notável naquelas praças, que apresentavam extensos ferimentos produzidos por arrancamentos de tendões, dilacerando grandes feixes de filetes nervosos, ou nos ferimentos das articulações”⁵⁰⁸.

Caminhoá destacava a importância das “frequentes descargas elétricas”⁵⁰⁹ para a eclosão do tétano. Rememorava que as nevroses tornavam-se mais graves mediante a ação elétrica. Dever-se-ia, a ter tal experiência como arquétipo, atentar para a “influência de grandes massas de ar contendo em suspensão ... intensas cargas [misturadas com outros componentes químicos] de oxigênio eletrizado”⁵¹⁰.

O chefe do corpo de saúde da esquadra notou a presença do tétano nos combatentes do exército nas batalhas de Tuiuti e de Lomas Valentinas. Afora a “estação”⁵¹¹, refletia, concorreram para isso “... os fracos abrigos de barracas e choças, onde grande era umidade do solo ...”⁵¹². Lembrava que Larrey identificara tais problemas “nos lugares vizinhos [ao] Nilo ou [ao] mar”⁵¹³. O cirurgião francês tratou de casos de tétano em militares que participaram das batalhas das

505 *Idem*, p. 11.

506 *Idem*, p. 11.

507 *Idem*, p. 11.

508 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 409.

509 *Idem*, p. 411.

510 *Idem*.

511 *Idem*, p. 410.

512 *Idem*.

513 *Idem*.

Pirâmides e de El-Arich. Lamentava-se pelos doutores pouco poderem fazer pela cura das vítimas do tétano. Suas tintas: “Os nossos colegas invidaram todos os esforços para salvar os seus doentes, quando este acidente apresentava-se, mas muito pouco foram os casos em que a medicina colheu resultados felizes dos tratamentos empregados”⁵¹⁴. Quais eram os tratamentos? Banhos quentes, amoníaco, ópio (em doses elevadas), beladona, sulfato de quinina [sic], calomelanos, sangrias (gerais e locais), álcool (utilizado até a embriaguez) etc.. Concluía, pesarosamente, que “todo o tratamento, racionalmente aconselhado, foi ministrado sem obter-se resultado”⁵¹⁵.

Alguns médicos registraram experiências diferentes das de Azevedo. A terapêutica, em algumas circunstâncias, era eficaz. Por exemplo, o uso da medicação opiácea. Em 11 de março de 1869, Joaquim Mariano de Macedo Soares, 2º cirurgião do exército, foi nomeado assistente do cirurgião-mor José Ribeiro de Souza Fontes⁵¹⁶. Dr. Soares, três meses antes, era o diretor-responsável pelo *Anicota*, hospital flutuante, cuja missão era transportar enfermos e feridos militares. Era considerado “um dos médicos mais notáveis do corpo de saúde do exército”⁵¹⁷. Tinha um conhecimento enciclopédico. Interessava-se por história, geografia e literatura. Isso não lhe impediu de ser, aparentemente, um facultativo habilidoso. Certamente, esta era a opinião do coronel Frederico Augusto de Mesquita.

O coronel foi ferido no dia de 16 de julho de 1868. “O ferimento foi por bala de fuzil no terço superior da coxa direita. A bala entrou na face externa e saiu na interna um pouco abaixo da virilha. Nos primeiros dias foram extraídos pedaços de pano da ferida, [dos dois lados da] abertura. Vinte dias depois ..., o ferido foi acometido de tétano. Empregou-se a medicação opiácea, chegando o doente a tomar sete grãos de sulfato de morfina durante 24 horas; como, porém, esse medicamento não foi tolerado, o hábil médico fez [com] que [o] doente tomasse tintura de ópio, [da qual] chegou a tomar cinco oitavas, também no espaço de 24 horas ...; 21 dias depois do aparecimento do tétano, extraiu-se da ferida, pela abertura de saída do projétil, um disco de pano de calça, de uma polegada de diâmetro. Desde então, as melhoras que [já tinham se] manifestado, progrediram rapidamente, e em dez dias mais o doente estava salvo do tétano e curado de seu ferimento. A publicação desse caso clínico é [relevante] como prova da eficácia do ópio dado em alta dose para a cura [da enfermidade]”⁵¹⁸.

Dr. Caminhoá também tratou de soldados que estiveram em Jataí e foram vitimados pelo

514 *Idem.*

515 *Idem.*

516 “Ordem do dia nº 665 – nomeações” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 659 a 705)*. Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1869.

517 “Ordem do dia nº 665 – nomeações” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 659 a 705)*. Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1869.

518 “Ordem do dia nº 665 – nomeações” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra (de nº 659 a 705)*. Rio de Janeiro: Typographia Americana, 1869.

tétano. Em um deles, empregou “o álcool até a embriaguez”⁵¹⁹. O paciente sofria fortes convulsões. Após o 5º cálice, entretanto, as convulsões diminuíram. Retornaram, contudo, quatro horas depois. Renovou a aplicação e o enfermo “chegou a ingerir 12 onças do líquido, ficando completamente embriagado, e dormindo seis horas”⁵²⁰. Aplicou-lhe, após o sono, “um clister de fumo (metade de um charuto ordinário para um litro de água a ferver até a evaporação da metade para três clisteres)”⁵²¹. Repetiu o tratamento e o doente recuperou-se. O facultativo, em um outro militar, fez uso do clorofórmio. “Apliquei como anestésico o clorofórmio, e não por ingestão, ou pelo método russo (em clisteres) ...”⁵²². Executou “o chamado método de inalações graduais, até a tolerância, gradual, e cuidadosamente, aumentando moderadamente até à resolução muscular completa ...”⁵²³. Em mais ou menos três minutos os espasmos cessaram.

O enfermo dormiu. Em pouco tempo, porém, os sintomas recrudesceram. Aplicou-se nova cloroformização a qual redundou em um “novo cortejo de sintomas”⁵²⁴. Estes atenuaram-se até a eliminação. Prescreveu, ato contínuo, “fricções com clorofórmio gelatinoso ao longo da coluna vertebral”⁵²⁵. Notou-se, no segundo dia de tratamento, significativas melhoras. O doente não livrou-se, todavia, da morte. Sucumbiu, no terceiro dia, “vítima de um novo e mais forte acesso”⁵²⁶. Caminhoá defendeu-se alegando que utilizara o clorofórmio com cuidado, não obstante, a literatura declarasse que era substância era contra-indicada para o tratamento do tétano. Os “estudos fisiólogo-patológicos dos centros nervosos”⁵²⁷ indicavam que “a medula alongada [era] o teatro principal [dos] sofrimentos tetânicos”⁵²⁸. E o clorofórmio incidia, de maneira perniciosa, sobre a estrutura medular. Fosse como fosse, compreendia que não devia furtar-se de mobilizá-lo visto que, se não obtinha a cura, ao menos, minorava as “dores atrozes”⁵²⁹ dos infelizes sofredores.

As sangrias permaneciam entre suas alternativas terapêuticas. Aplicou ventosas sobre o corpo doente de um soldado. Porém, não obteve sucesso. “Pela sangria de oito onças, e pela aplicação de 25 ventosas, ao longo e [nos] lados da coluna vertebral, caiu em uma grande prostração, que era substituída intermitentemente com as contrações tetânicas, falecendo 48 horas depois”⁵³⁰. Empregou ainda antiflogísticos, sudoríficos, beladona, noz vômica e estriquinina (os

519 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 413.

520 *Idem.*

521 *Idem.*

522 *Idem.*

523 *Idem.*

524 *Idem.*

525 *Idem*, p. 414.

526 *Idem.*

527 *Idem.*

528 *Idem.*

529 *Idem.*

530 *Idem*, p. 415.

três últimos indicados por homeopatas). Depreende-se dos casos clínicos apresentados pelo membro do corpo de saúde da marinha que, para lidar com o tétano, os doutores usavam medicamentos variados e terapias multifacetadas. Este *modus operandi* não se circunscrevia, evidentemente, à patologia em questão.

Representaram os “corpos estranhos” um grande desafio para os médicos que, na Guerra do Paraguai, observaram as consequências dos ferimentos por armas de fogo. Os corpos proviam do exterior ou do interior. Os primeiros eram projéteis e demais objetos que eram arrastados consigo. Linhas acima vimos a presença de pedaços de tecido nas entranhas do coronel Mesquita. Restos de pano requeriam atenção dos cirurgiões, e deviam ser extraídos o mais depressa possível, o que estava longe de ser fácil.

Pode acontecer que a bala leve consigo algum pedaço de pano, proveniente das vestimentas dos soldados e que o projétil saia sem o trazer; por isso é da maior importância que o cirurgião examine a vestimenta do soldado; é muito difícil o cirurgião reconhecer a existência destes corpos no trajeto das feridas; pois pelo tato apresenta uma moleza e uma consistência análoga aos tecidos da economia; só a sua mobilidade é que pode dar alguma certeza do diagnóstico; é preciso apreender estes restos de pano, couro e outros resíduos com toda a precaução e exercer uma tração moderada, a dor ou a ausência dela provará ao cirurgião se porventura se tem enganado ou não no diagnóstico⁵³¹.

Os corpos internos eram, principalmente, as esquirolas (fragmentos de ossos fraturados), “escaras”, “coleções sanguíneas”, “restos de tendões”, “cartilagens” e “aponevroses” (membranas conjuntivas que envolvem os músculos; seus tendões ou prolongamentos prendem os músculos aos ossos).

Quando a ferida apresentava só uma abertura o mais provável era que o projétil estivesse dentro do corpo do combatente. Aqueles ferimentos com duas aberturas levavam o cirurgião acreditar que a bala deixara o interior do soldado alvejado. Nem sempre era assim. O projétil podia dividir-se e seus fragmentos permanecerem no corpo do indivíduo. Os cirurgiões militares que participaram das Guerras Napoleônicas sublinharam a relevância das mãos, sobretudo o dedo indicador, para a extração dos projéteis⁵³². Duarte não deixou de considerá-lo. Suas palavras: “[o] melhor explorador para os projéteis é o dedo indicador; não só reconhece a dureza e a mobilidade

531 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 15.

532 Sobre o papel crucial das mãos nas operações realizadas durante as Guerras Napoleônicas, cf. CRUMPLIN, Michael. *Men of steel: surgery in the napoleonic wars*. Shrewsbury: Quiller Press, 2007, pp. 174-175.

dos projéteis, mais ainda a sua forma”⁵³³. Se o dedo não alcançasse a bala alojada recorria-se às ferramentas cirúrgicas e outros objetos. “Os corpos estranhos devem ser extraídos o mais depressa possível, explorando-se primeiramente a ferida com o dedo, e se este não alcançar a profundidade, empregar-se-á um estilete ou uma sonda de mulher com o que reconhecer-se-á o corpo, a sua sede e até a sua qualidade”⁵³⁴.

Vários instrumentos⁵³⁵ foram criados para a extração de balas. Por exemplo, as curetas para os projéteis esféricos. Contudo, nenhum deles superavam as pinças. Registre-se que médicos estrangeiros produziam manuais⁵³⁶ que continham iconografias com ferramentas cirúrgicas. Os irmãos e cirurgiões Bell (John⁵³⁷ e Charles⁵³⁸) ilustravam seus trabalhos com desenhos em preto e branco de instrumentos e equipamentos cirúrgicos. E certamente não eram os únicos a ter tal preocupação. Não há dúvida de que os facultativos brasileiros travaram contato com as obras de

533 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 13.

534 *Idem.*

535 Sobre as ferramentas cirúrgicas usadas no contexto das Guerras Napoleônicas, cf. CRUMPLIN, Michael. *Op. cit.*, particularmente o capítulo 6 (“The surgeon's chest”).

536 Os manuais analisados por mim apresentam, em sua maioria, iconografias cirúrgicas, contendo ferramentas utilizadas pelos cirurgiões do século XIX, ei-los: VELPEAU, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1. (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em fevereiro de 2010), texto coalhado de imagens de instrumentos utilizados em vários tipos de cirurgia – amputações, uretra, hérnia etc.; CHISOLM, Julian John. *A manual of military surgery, for the use of surgeons in the Confederate States Army; with explanatory plates of all useful operations*. Columbia: Evans and Cogswell, 1864 (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em maio de 2011), as iconografias estão nas últimas páginas da obra; ERICHSEN, John Eric. *Science and wars surgery, being a treatise on surgical injuries, diseases, and operations*. London: Longmans, Green, and Co., 1872, vol. 1 (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em agosto de 2010). FERGUSSON, William. *Op. cit.*. Os trabalhos seguintes não apresentam relatos iconográficos com ferramentas, ei-los: BARNES, Joseph K.; WOODWARD, Joseph Janvier; SMART, Charles; OTIS, George Alexander; HUNTINGTON, David Lowe. *The medical and surgical history of the war of the rebellion (1861-1865)*. Washington: Government Printing Office, 1870, part I, vol. 2 - *surgical history* (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em setembro de 2010), a ausência de iconografias cirúrgicas com instrumentos, neste texto, guarda relação com o fato de que tal volume dedicava-se, basicamente, às cirurgias de cabeça, rosto e pescoço – e não a mãos, braços e pernas, onde os relatos imagéticos são mais generosos no que diz respeito à presença de instrumentos cirúrgicos; GROSS, Samuel David. *Op. cit.*, 1861 (2010).

537 John Bell obteve seu doutorado em medicina, em 1779, na Universidade de Edinburgh. Após viagem a Rússia, retornou a Edinburgh. Ingressou, em 1786, no seletivo grupo do *Royal College of Surgeons of Edinburgh*. Escreveu, no final do século XVIII, os textos, a saber: *Discourses on the nature and cure of wounds* e *Anatomy of the human body*. O último, com importantes contribuições de seu irmão, teve muitas edições e tornou-se demasiado conhecido. Bell passou algumas semanas, de maneira voluntária, com os marujos do almirante Adam Duncan. O almirante e seus homens protagonizaram a batalha de Camperdown. A batalha ocorrera em 11 de outubro de 1797. Era mais um capítulo da Guerra Anglo-Holandesa deflagrada no século XVII com a implementação, de parte de Oliver Cromwell, do Ato de Navegação. De acordo com tal medida os produtos importados pelos países europeus tinham que ser transportados por embarcações inglesas ou por navios provenientes das áreas nas quais os produtos foram comprados (este transporte era realizado, até então, por holandeses). Os britânicos obtiveram a vitória e tomaram várias colônias flamengas, por exemplo, o Ceilão (atual Sri Lanka). E mais: frustraram o desejo batavo de formar uma poderosa esquadra. Os ingleses perderam 203 homens e tiveram 620 feridos. Os neerlandeses, por sua vez, tiveram 540 mortos e mais de 600 feridos. Bell esteve com o almirante Duncan e seus marinheiros após Camperdown. Foi impactado por tal experiência. Passou a apontar as limitações da cirurgia militar e a defender melhores condições de trabalho para os cirurgiões. KAUFMAN, Matthew H.. *The Regius Chair of Military Surgery in the University of Edinburgh, 1806-1855*. Amsterdam/New York: Editions Rodopi, 2003, pp. 47 e seguintes.

538 Charles Bell era integrante do *Royal College of Surgeons of Edinburgh*. Suas contribuições não se limitaram ao campo da cirurgia. Explicitou, através de sua obra *New anatomy of the brain*, a conexão entre a “função dos nervos” e o cérebro. Criticava a “anatomia filosófica”, sem correspondência com o pragmatismo médico (abertura de cadáveres, dissecações etc.), preconizada pelos doutores da Universidade de Londres. STANLEY, Peter. *For fear of pain: british surgery, 1790-1850*. Amsterdam/New York: Editions Rodopi, 2003, p. 18.

seus colegas franceses, ingleses, italianos, alemães e norte-americanos.

Dava-se a extirpação do projétil em feridas com apenas uma abertura através do desbridamento, ou seja, a dilatação do ferimento com fins terapêuticos (sublinhe-se que não havia um consenso entre os médicos no que diz respeito à adoção de tal método). Aumentava-se a abertura e movia-se o dedo até encontrar o corpo alienígena. Usava-se, em seguida, o “tira-balas”. Era “necessário muita lentidão no ato da introdução para que o instrumento não pince alguma parte mole, o que se percebe pela dor que ocasiona”⁵³⁹. Os doutores sugeriam que o projétil fosse “apreendido no maior diâmetro”⁵⁴⁰. Esta era uma regra aplicada aos projéteis esféricos (e não aos oblongos). O 1º cirurgião compreendia que “o mais seguro é apreender-se por onde se puder, contanto que no ato da extração o projétil não seja lançado fora do instrumento, no que convém o maior cuidado [para que] as rugosidades do projétil em sua passagem não [ofendam] alguma cavidade importante, ou algum nervo, ou artéria”⁵⁴¹.

Para Duarte, as balas oblongas não eram mais difíceis de serem extirpadas do que as esféricas. O problema era que, às vezes, o projétil localizava-se em áreas cujo acesso era ruim. Em algumas situações alojava-se próximo à abertura; em um lugar de fácil extração. Em outras, contudo, acomodava-se em regiões distantes. Donde o cirurgião era obrigado a realizar, onde supunha estar a bala, uma “contra-abertura”⁵⁴². Depois de fazê-la, dissecava-se “parte mole por parte mole”⁵⁴³. Mais ainda: “... com o dedo se sondará a ferida [com o objetivo] de por-se a descoberto o corpo estranho”⁵⁴⁴. Assim, extraía-se o objeto. A contra-abertura em membros volumosos obedecia a um outro critério. Usava-se a sonda de dardo. Introduzia-se a sonda de forma a não lesar quaisquer tecidos com o dardo oculto. Conduzia-se um bisturi através da goteira do talo que sustentava o dardo. Fazia-se, após a identificação do corpo estranho, a contra-abertura. Havia um problema no manuseio de tal ferramenta: a flexibilidade do talo de prata. O talo não era rígido o suficiente. Assim, podia desviar ao atravessar os tecidos e “ofender algum vaso importante”⁵⁴⁵.

Em alguns casos a extirpação da bala exigia muita paciência e habilidade do cirurgião. Os projéteis podiam se alojar nos ossos. No geral, as balas esféricas não se fixavam neles. Podiam se prender, no entanto, entre dois ossos. Isso ocorria nos do carpo, antebraço, tarso e pernas. O que tornava trabalhosa sua extração. Os cirurgiões procuravam remediar tais dificuldades. Inventavam ferramentas cirúrgicas específicas, por exemplo, os elevatórios e o trepano. O médico, seguro de que não havia corpos estranhos no paciente, cuidava do ferimento. O cirurgião em dúvida mantinha

539 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 14.

540 *Idem.*

541 *Idem.*

542 *Idem.*

543 *Idem.*

544 *Idem.*

545 *Idem.*

a ferida aberta por meio de uma mecha ou fios colocados no fundo. Escopo: impedir a cicatrização por cima do corpo e evitar, portanto, uma nova incisão.

Dr. Duarte indicava que acontecia do ferimento fechar e o indivíduo se considerar curado, mas, em pouco tempo, voltava a abrir. Sintoma de que ainda havia corpo alienígena no interior do paciente. Explicava que a “extração de corpos estranhos demorados no organismo torna-se muito difícil, pois nas partes moles e na pele são envolvidos em um quisto solidamente organizado de tecidos endurecidos, resistentes e espessos, sendo necessário abri-los para”⁵⁴⁶ realizar sua extirpação. Nas partes ósseas “formam uma espécie de bainha que é preciso [eliminar] para o cirurgião chegar ao fim que se propõe”⁵⁴⁷.

Notaram os médicos que os projéteis podiam cumprir percursos caprichosos nas entranhas dos feridos. Foi o que aconteceu com o paraguaio Ezequiel Robles, comandante do vapor *Marquês de Olinda* (embarcação brasileira apreendida pelos inimigos no começo da guerra). Robles foi alvejado durante a batalha naval do Riachuelo. A tentativa malograda dos aliados de recuperar Corrientes (invadida, em 1865, pelo exército do Paraguai) chamou a atenção de López para um ponto: a presença de navios brasileiros no rio Paraná representava uma ameaça aos seus homens (Bittencourt, 2009, p. 279). Decidiu, então, por um plano em prática. Seu objetivo era surpreender as embarcações nacionais fundeadas, abordá-las e conduzi-las até Humaitá (*idem*). Os paraguaios, entretanto, fracassaram. A história deste fracasso compõe os eventos que deram forma à batalha do Riachuelo, um dos episódios mais impressionantes da Guerra da Tríplice Aliança.

O ditador paraguaio determinou que suas embarcações estivessem abarrotadas de soldados prontos para invadirem os navios adversários (*idem*). Ordenou ainda que fossem estabelecidos canhões nas barrancas de Santa Catalina, que localizava-se antes da foz do Riachuelo, um afluente do Paraná (*idem*). O plano previa também fortalecer o Rincão de Lagraña com combatentes (*idem*). Havia, na parte sul de Lagraña, uma barranca particularmente alta a partir da qual soldados paraguaios podiam atingir os navios brasileiros, que tentassem fugir pelo Paraná.

A Guerra do Paraguai exigiu do governo brasileiro uma força naval que se adequasse às operações militares realizadas nos rios platinos (o mesmo ocorreu na Guerra Civil Americana, onde os norte-americanos adaptaram-se às demandas do rio Mississípi). Tais operações envolviam o exército e a marinha. Eram “combinadas” quando uma arma subordinava-se a outra; “conjuntas” quando não havia submissão direta (*idem*, p. 254).

As manobras dos navios não podiam depender dos ventos. O que implicava dizer que a propulsão das embarcações necessitava ser totalmente por máquina a vapor (*idem*, pp. 254-255). E não apenas isso. Precisavam ser protegidos com couraças haja visto o desenvolvimento da artilharia

546 *Idem*, p. 16.

547 *Idem*.

- já existiam canhões de retrocarga e alma raiada, que podiam disparar projéteis explosivos das margens, e deixar vapores em pedaços (*idem*, p. 255). O governo imperial chegou a obter 17 encouraçados (*idem*). Estas embarcações foram compradas na Europa. Em 1863, a monarquia encomendou seu primeiro encouraçado junto a França, cuja estrutura era inteiramente de ferro. Denominava-se *Brasil* (*idem*, p. 257). Tal encomenda deu-se no contexto da Questão Christie em que a marinha brasileira se viu vulnerável em face às pressões da esquadra inglesa. O navio foi concluído dois anos depois, portanto, em um cenário no qual a Guerra do Paraguai já era realidade (*idem*). Os franceses, hesitantes, demoraram a realizar a entrega pois mantinham-se neutros na conflagração. De qualquer maneira, em julho de 1865, o encouraçado já estava sob o controle da esquadra nacional (um mês após a batalha do Riachuelo).

Encouraçados também foram produzidos pelo arsenal da corte (atual arsenal de marinha do Rio de Janeiro). Igualmente só estiveram disponíveis depois da batalha naval do Riachuelo. Os mais modernos eram categorizados como *monitores*. Tal denominação relacionava-se ao projeto do *USS monitor*, embarcação fabricada nos Estados Unidos e projetada pelo sueco John Ericsson (*idem*, p. 255). O batismo de fogo do vapor ocorreu, em Hampton Roads, em um combate contra o *CSS Virgínia*, no contexto da Guerra de Secessão (*idem*). Em 1863, os norte-americanos tinham vários navios semelhantes ao *USS monitor*. Tais embarcações foram chamadas de monitores.

Os monitores nacionais da classe *Pará* foram construídos por brasileiros (*idem*). Foram projetados para a navegação nos rios platinos, sobretudo o Paraguai. A estrutura de tais embarcações era a seguinte: “Tinham pequena borda livre acima da linha d’água, porém suficiente para chegarem ao rio Paraná navegando pelo oceano; parte da estrutura era de ferro e o casco de madeira era protegido por uma couraça de chapas de ferro, a ele aparafusadas; o canhão – de 120 mm em três deles e de 70 mm nos outros três – estava instalado em uma torre rotativa couraçada, na linha de centro do convés; e sua propulsão era por hélice, acionado por máquina alternativa, a vapor” (*idem*, p. 255).

Francisco Manuel Barroso da Silva, figura imponente com seus cabelos brancos, mostrou toda sua frieza, sua “impassibilidade marmórea”⁵⁴⁸, na batalha de Riachuelo. Era o comandante da força naval brasileira na noite de 11 de junho de 1865. A força era composta por 4 corvetas - *Jequitinhonha*, *Beberibe*, *Parnaíba* e *Belmonte*; 4 canhoneiras - *Mearim*, *Araguari*, *Iguatemi* e *Ipiranga*; e 1 fragata – *Amazonas* (*idem*, p. 280) As embarcações estavam fundeadas ao sul de Corrientes. A tripulação estava desmobilizada. Havia combatentes em terra a buscar lenha; o interesse era poupar carvão. Por volta das oito horas, os navios paraguaios se apresentaram para o

548 A expressão foi cunhada por Antônio de Sena Madureira, cf. MADUREIRA, Antônio de Sena. *Guerra do Paraguai: resposta ao sr. Jorge Thompson, autor da “Guerra del Paraguay” e aos anotadores argentinos D. Lewis e A. Estrada*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982, p. 14.

combate. As forças guaranis eram formadas por 9 embarcações: *Taquari*, *Paraguari*, *Igurei*, *Ipora*, *Jejuí*, *Salto Oriental*, *Marquês de Olinda* e *Pirabebe* (*idem*). Traziam a reboque 6 chatas artilhadas (sem propulsão própria). O poder de fogo da força de Barroso, a despeito das chatas, era maior (*idem*).

O comando dos navios paraguaios estava nas mãos do capitão-de-fragata Pedro Inácio Mezza. O capitão tentou surpreender os brasileiros, abordando-os rapidamente. Atingiu seu objetivo, a despeito das vicissitudes. Uma de suas embarcações, *Iberá*, teve problemas com a propulsão (Mezza decidiu abandoná-la). Ademais, as chatas tornavam a força guarani mais lenta (conforme os navios aceleravam entrava água no interior delas). Em menos de duas horas de escaramuças a batalha expunha os combatentes a uma situação aterrorizante. “Choviam de parte a parte”, evocaria Barroso, “balas e metralha. Era uma chuva de respeito” (*idem*, p. 282).

A corveta *Jequitinhonha*, ao efetuar uma manobra, encalhou, em um banco de areia, próximo as barrancas de Santa Catalina. O fogo dos paraguaios agrediu-a e, por horas, tentou livrar-se das abordagens inimigas⁵⁴⁹. Um práctico argentino teve seu corpo despedaçado por uma bala de canhão. Embora a *Ipiranga* e a *Iguatemi* tentassem socorrer a *Jequitinhonha*, durante toda a batalha, a corveta esteve presa. Barroso, vendo-a muito castigada pelos paraguaios, deu ordem para inutilizá-la. O navio *Amazonas* iniciou “su obra de ciclope”: abalroou o *Jejuí*, levando-o à pique. Ato contínuo, “avanzó em silencio cortando rápido las águas de la mansa corriente del rio, avanzó aumentando de volumen: grande, inmenso, como una montaña que se vá á desplomar, envuelta em nubes de humo de una terrible tempestad humana, avanzó com aquella majestad bárbara de la victoria sin contraste, y rápido arremete sobre el Marquês de Olinda ...”⁵⁵⁰.

Um estrondo ecoou pela embarcação paraguaia. Tábuas, vigas e ferros romperam-se; Mastros partiram-se e cordas serpenteavam defronte aos rostos assutados dos tripulantes. Ruídos e zumbidos perturbadores se assenhoraram do ambiente. O pânico, como o demônio para os inquisidores, ubíquo, se fazia sentir em todo o navio. O terror invadiu os corações dos inimigos. Em meio ao vento,

gritos desesperados, vociferaciones, lamentos de moribundos, cañones enemigos que se tocan las bocas, hacen fuego y caen com estruendo al ser desmontados, hombres desesperados que se tiran al agua, armas que abren sendas brechas em el cuerpo humano, granadas que explotan com estruendo, músicas desechas que tartamudean acordes metálicos, trémulos, roncós tambores que provocan degüellos, y por fin, el abordaje desenfrenado y

549 GARMENDIA, José Ignacio. *Op. cit.*, p. 196.

550 *Idem*, pp. 192-193.

aclamaciones delirantes; y el buque adverso, todo desmantelado, queda fuera de combate⁵⁵¹.

Enfrentamentos corporais terríveis, no convés da corveta *Parnaíba*, engendraram ações corajosas. O marinheiro Marcílio Dias (que já participara da tomada de Paissandu) protagonizou uma delas. Bateu-se contra quatro paraguaios, matou dois, antes de encontrar a morte (Bittencourt, *op. cit.*, p. 286).

A vitória brasileira na batalha foi possível graças à estratégia de Barroso: o abalroamento (*idem*, p. 290). Tratava-se de um artifício perigoso pois navios, como o *Amazonas*, não foram projetados para tal estratégia de guerra (*idem*). A fragata ficou demasiadamente avariada (parte da proa foi destruída em razão das colisões; havia rombos importantes na embarcação – enfermaria e compartimento da máquina -; e perfurações feitas por calibres variados em inúmeros locais). Ao longo da Guerra de Secessão ocorreram 45 abalroamentos - oito embarcações afundaram (*idem*). Nos Estados Unidos, contudo, existiam alguns navios aríetes (*idem*). Estes eram preparados, portanto, para chocar-se contra embarcações inimigas. Se Barroso foi festejado como um exímio estrategista (embora sofresse críticas por suspender a perseguição aos paquetes paraguaios que bateram em retirada), a sorte de Mezza foi bem diferente. Foi gravemente machucado por um projétil de fuzil que atravessou-lhe o ombro e o pulmão esquerdo⁵⁵². Seu abatimento moral deve ter sido grande no momento em que López avisou-lhe que o mataria se sobrevivesse aos ferimentos - culpava-o pela derrota e o via como um covarde⁵⁵³. Não houve necessidade: morreria em pouco tempo.

O comandante do *Marquês de Olinda* também ficou bastante ferido. Foi levado para a *Amazonas*. Ezequiel Robles, recolhido no dia 12 de junho, à noite, apresentava dois ferimentos⁵⁵⁴: 1º) “fratura cominutiva do terço médio no braço esquerdo, com ruptura e dilaceração da pele, e camadas musculares”; 2º) “produzido por uma pequena bala de metralha que, penetrando a pele que forra a 6ª costela esquerda, 1 ½ polegada distante da coluna vertebral, percorreu a face externa da costela, e foi parar na parte lateral esquerda do tórax, pouco mais ou menos, na união do terço anterior com os dois terços posteriores do osso; sentindo-se aí o corpo estranho”.

Dr. José Pereira Guimarães, 2º cirurgião do corpo de saúde da marinha (embarcado na *Belmonte* durante a batalha de 11 de junho), ao percorrer com o dedo, “a pele intermediária ao ponto de entrada, e de fixação do corpo estranho”⁵⁵⁵, sentiu “a crepitação própria do

551 *Idem*, p. 193.

552 MASTERMAN, George Frederick. *Op. cit.*, p. 98.

553 *Idem*.

554 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, pp. 267-268.

555 *Idem*, p. 268.

enfisema”556. Notou que “não havia dispneia e a escutação fazia perceber algumas bolhas úmidas na parte inferior do pulmão”557. Decidiu, por volta de 3 horas da madrugada cloroformizar Robles. Perpetrou, posteriormente, “a amputação do braço pelo terço superior, método circular, processo Dupuytren”558. Extraiu o corpo estranho da seguinte forma: “fiz primeiramente sobre a pele, que cobria-o, uma incisão paralela à linha mediana; depois extraí com a pinça um corpo metálico achatado, que parecia ter tido uma forma esférica, e cujo peso calculou-se em quatro onças ...”559. Havia fragmentos de tecido azul e “um outro pedaço de pano, que achava-se fortemente seguro no 5º espaço intercostal”560. Era “uma verdadeira rolha”561.

Guimarães não tinha dúvida: existia “uma perfuração da cavidade pleurítica”562. Sendo imprescindível retirar a “rolha”, mandou “aproximar as bordas da incisão, deixando apenas um espaço suficiente para segurar o pano, a fim de evitar a entrada de grande porção de ar”563. Logrou, cuidadosamente, fazer a extração. “Ao tirar o corpo estranho, um sibilo particular manifestou a entrada de uma pequena porção de ar”564. O doutor permaneceu calmo. Aproximou, rapidamente, os “lábios da ferida”565 e costurou-os “com pontos de linha separados por um pequeno intervalo. A entrada dessa diminuta quantidade de ar não enfraqueceu o murmúrio respiratório porque foi insuficiente para comprimir o pulmão”566.

Robles, provavelmente, era atormentado pela traumática experiência da batalha de Riachuelo. As cenas de combate, como intimidatórias aves noturnas, deviam habitar sua mente. Não conseguia livra-se do peso da derrota para a esquadra brasileira. O braço amputado maximizou o já

556 *Idem.*

557 *Idem.*

558 *Idem.* Havia quatro métodos operatórios: circular, ovalar, a retalho e misto (este também era denominado oblíquo). Os quatro podiam ser reduzidos, sem prejuízo de qualquer natureza, a dois: circular e a retalho. Doutor Almeida definiu o método circular nos seguintes termos: “Sua base principal é a divisão total dos tecidos moles que rodeiam o osso, feita perpendicularmente à direção do eixo do membro, e de tal modo que depois da seção completa haja tecido suficiente para cobrir a ferida e evitar-se a saliência do osso. Ora, havendo muitos meios de se chegar a esse resultado, tem sido proposto diversos processos ...”. O médico analisou sete processos operatórios: Petit, Louis, Desault, Alanson, Bell, Velpeau, e Sédillot (não mencionara o processo Dupuytren). ALMEIDA, Antônio Caetano. *Op. cit.*, pp. 31 e seguintes. Duarte afirmou que o “método circular é o mais simples, seguro e o mais fácil, por isso sempre preferido pelos médicos militares”. DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 25. Ferreira mostrou que tal método era “o mais antigo de todos; era originariamente executado de maneira a mais simples: a pele, os músculos e os ossos eram divididos todos no mesmo nível”. Contudo, sua imperfeição era proverbial. As “extremidades ósseas mal e desigualmente cobertas pelos tecidos moles, ou antes inteiramente descobertas, caíam invariavelmente em necrose em uma certa extensão, o que demorava a cura e causava por conseguinte maior sofrimento ao amputado”. Diante de tais circunstâncias, a metologia circular sofreu transformações. Antes “de serrar-se os ossos, comprimia-se os tecidos de baixo para cima com um 'arregaçador' de maneira que os ossos fossem divididos um pouco acima do lugar, onde caía a incisão circular”. FERREIRA, Manoel Pinto. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança, 1870, p. 26.

559 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 268.

560 *Idem.*

561 *Idem.*

562 *Idem.*

563 *Idem.*

564 *Idem.*

565 *Idem.*

566 *Idem.*

abalado estado de nervos. Nessas condições, descontrolou-se.

O doente, desesperado pela derrota que sofrera, começou no dia seguinte a arrancar os aparelhos, que foram mudados seis vezes, e a bater com o coto de encontro ao beliche. O resultado foi, que a ferida da amputação, que não podia de modo algum gangrenar, por ser de um vermelho vivo, ficou completamente negra! À noite sobreveio o delírio, e uma forte pleuro-pneumonia, que, apesar de meus cuidados, e dos do [doutor Joaquim da Costa Antunes], fizeram o doente sucumbir no dia 14 às 8 horas da noite⁵⁶⁷.

A trajetória do projétil, a partir da ferida do tórax do comandante, inquietou Guimarães e seus colegas. Foi surpreendente o caminho percorrido pela bala. “Uma bala de não pequeno calibre, bate de encontro a um osso, percorre-o em uma grande extensão sem lesá-lo de modo algum, e vai parar, sem se desviar nem para cima, nem para baixo!”⁵⁶⁸. Um leve desvio e o projétil podia perfurar o tórax. Se saísse do outro lado, podia comprometer órgãos essenciais. Foram três as explicações⁵⁶⁹ dadas pelo dr. Guimarães para a materialização de tal fenômeno: *primo*) “O corpo estranho não vinha animado de muita força, e tocou o osso em uma direção muito oblíqua”; *secondo*) “Perdeu uma parte dessa força, e diminuiu o choque, porque envolveu-se na roupa”; *terzo*) “Apesar de ser a 6^a costela um osso frágil, pôde, endireitando a sua curvatura, fazer diminuir a ação de um corpo, que o toque”.

Médicos do exército e da marinha, que tinham apreço pelo ofício, cujas trajetórias não eram informadas pelo desprezo em relação ao trabalho manual, tematizado no capítulo anterior, transformaram a Guerra do Paraguai em um laboratório por meio do qual testaram medicamentos, métodos operatórios, ferramentas cirúrgicas. Por ocasião da dinâmica das batalhas, precisavam agir rapidamente; selecionar os pacientes que tinham chances de sobreviver e tratá-los. Tais circunstâncias fizeram com que aprimorassem suas técnicas e exprimissem habilidades – quando detinham-nas. A tabela abaixo apresenta os doutores do corpo de saúde da marinha entre 1864 e 1869.

567 *Idem*, pp. 268-269.

568 *Idem*, p. 269.

569 *Idem*.

Tabela 10

Carlos Frederico dos Santos Xavier	cirurgião da marinha e chefe de saúde da marinha
Cláudio José Pereira da Silva	cirurgião de divisão
José Ribeiro de Almeida	cirurgião de divisão
José do Nascimento de Mendonça	cirurgião de divisão
Propicio Pedroso Barreto de Albuquerque	cirurgião de divisão
João José Damazio	cirurgião de divisão
Luiz Augusto Pinto	cirurgião de divisão
Antônio Pancrácio de Lima Vasconcellos	primeiro cirurgião
Luiz Pientznauer	primeiro cirurgião
Manoel Simões Daltro e Silva	primeiro cirurgião
Manoel Joaquim Saraiva	primeiro cirurgião
Francisco José Luiz Vianna	primeiro cirurgião
Joaquim da Costa Antunes	primeiro cirurgião
Américo Prudêncio Masson	primeiro cirurgião
José Carlos Marianne	primeiro cirurgião
Antônio Caetano Campos	primeiro cirurgião
Manoel Ignácio Lisboa	primeiro cirurgião
João Numa Guerin	primeiro cirurgião
Antenor Augusto Ribeiro Guimarães	primeiro cirurgião
Pedro Manoel Alves Moreira Villaboim	primeiro cirurgião
Joaquim Marcellino de Brito	primeiro cirurgião
José Marcellino de Mesquita	primeiro cirurgião

Tristão Arthur de Campos Pio	primeiro cirurgião
Pamphilo Manoel Freire de Carvalho	primeiro cirurgião
Domingos Soares Pinto	primeiro cirurgião
Tristão Henrique Costa	primeiro cirurgião
Symphronio Olímpio Alves Coelho	primeiro cirurgião
Joaquim Monteiro Caminhoá	primeiro cirurgião
José Caetano da Costa	primeiro cirurgião
Manoel Batista Valladão	primeiro cirurgião
João Adrião Chaves	primeiro cirurgião
Antônio de Alba Correia de Carvalho	primeiro cirurgião
Luiz Carneiro da Rocha	primeiro cirurgião
Joaquim Carlos da Rosa	primeiro cirurgião
Pedro Autran da Mata Albuquerque	primeiro cirurgião
Antônio Augusto Barbosa de Oliveira	segundo cirurgião
Luiz Eduardo Neuman	segundo cirurgião
Frederico Schultz	segundo cirurgião
José Theotonio Martins	segundo cirurgião
Rosendo Muniz Barreto	segundo cirurgião
José Pereira Guimarães	segundo cirurgião
Alcibíades A. de Magalhães Paranapusa	segundo cirurgião
João Pizarro Gabiso	segundo cirurgião
Gervásio Alves Pereira	segundo cirurgião
Manoel Caetano de Mattos Rodrigues	segundo cirurgião

Porfírio Diaz dos Santos Júnior	segundo cirurgião
Joaquim Rodrigues de Siqueira	segundo cirurgião
Joaquim Manoel de Almeida Vieira	segundo cirurgião
Adolfo Deroseau	segundo cirurgião
Julio Constant Purchet	segundo cirurgião
Antônio Barbosa da Silva	segundo cirurgião
Raymundo Jacintho de Sampaio	segundo cirurgião
Severiano Bráulio Monteiro	segundo cirurgião
Alfredo da Rocha Bastos	segundo cirurgião
Manoel Joaquim da Rocha Frota	segundo cirurgião
Joaquim Carvalho Bettamio	segundo cirurgião
Luiz da Silva Flores	segundo cirurgião
Odorico Carlos Bacellar Antunes	segundo cirurgião
Justiniano de Castro Rabello	primeiro cirurgião de comissão
João Joaquim Pizarro	primeiro cirurgião de comissão
Luiz Alves do Banho	segundo cirurgião de comissão
Francisco de Paula Pereira Tavares	segundo cirurgião de comissão
Antônio Nogueira de Mendonça	segundo cirurgião de comissão
Amâncio da Rocha Bastos	segundo cirurgião de comissão
Henrique Thompson	segundo cirurgião de comissão

Médicos da marinha entre 1864 e 1869 (fonte: *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870)

Outras histórias de amputações

José Rodrigues de Campos era mais um militar presente na batalha naval do Riachuelo. Campos era soldado do 12º batalhão de voluntários. Teve a infelicidade de ter a face completamente agredida⁵⁷⁰ por uma queimadura de 1º grau⁵⁷¹. A queimadura atingiu igualmente os “membros torácicos”⁵⁷². Apresentava, além disso, “uma ferida na parte infero-externa da coxa direita, ferida de lábios irregulares, de 1½ polegada de extensão, e dirigida obliquamente debaixo para cima, e de traz para diante”⁵⁷³. Havia “um trajeto, no tecido muscular, produzido por um pedaço de metralha ...”⁵⁷⁴. O trajeto “se estendia obliquamente até meia polegada abaixo da virilha ...”⁵⁷⁵. Aí notava-se “um corpo estranho”⁵⁷⁶. Dr. Guimarães percebeu que não existia “ruptura de vaso arterial, nem fratura de osso”⁵⁷⁷. Compreendeu que o “corpo estranho estava em um ponto, que excluía a ideia de manobras feitas pelas pinças e saca-balas; e exigia uma incisão pronta e imediata”⁵⁷⁸.

Considerou necessário realizar uma intervenção cirúrgica. Precisava anestésiar o paciente com clorofórmio. “Mas onde encontrar clorofórmio em um navio completamente cheio d’água?”⁵⁷⁹, perguntava-se Guimarães. “O doente de caráter pusilânime, e sofrendo horrivelmente, não consentiu, de modo algum, que o operasse sem clorofórmio”⁵⁸⁰. O facultativo tinha muitos feridos para cuidar. Deixou o infeliz combatente entregue à própria sorte. Foi chamado, por volta das 23 horas, à canhoneira *Mearim*, que estava sem médicos. Trabalhou aí, ao lado do dr. Joaquim da Costa Antunes, até o dia seguinte. Quando reencontrou Campos, o membro estava muito inflamado. Seria imprudência operá-lo naquelas circunstâncias. Esperou que diminuísse de tamanho. Conseguiu, no dia 14 de junho, por conta dos emolientes, reduzir “consideravelmente”⁵⁸¹ seu volume. Dispôs-se “a extrair o corpo estranho”⁵⁸². No entanto, “manifestou-se o tétano”⁵⁸³.

570 Ferimentos na face foram bastante comuns. Juan Crisóstomo Centurión teve o rosto alvejado em Cerro-Corá, no Paraguai. Suas palavras: “... en Cerro Corá en que tuvo lugar el último combate que puso fin al gran drama de la guerra, una bala de fusil me atravesó la cara, cortando la lengua y destrozando la dentadura de la mandíbula superior é inferior, dejándome únicamente la del frente”. CENTURIÓN, Juan Crisóstomo. *Op. cit.*, pp. 39-40, volume 1.

571 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, pp. 255-256.

572 *Idem*, p. 256.

573 *Idem*.

574 *Idem*.

575 *Idem*.

576 *Idem*.

577 *Idem*.

578 *Idem*.

579 *Idem*.

580 *Idem*.

581 *Idem*.

582 *Idem*.

583 *Idem*.

Após ouvir o companheiro Antunes, cloroformizou o enfermo e operou-o. Realizou “uma incisão vertical, compreendendo a pele e o tecido celular ...”584. Logrou extrair através de uma “pinça ordinária, um pedaço de ferro brilhante, arredondado, e pesando oito onças, pouco mais ou menos”585.

Prescreveu, para debelar a doença, “uma poção, contendo seis gotas de clorofórmio (para tomar às colheres) e pílulas de um grão de ópio (para tomar uma de hora em hora)”586. Afora isso, perpetrou mais “três cloroformizações”587. Depois de um sofrimento ímpar, a resistir aos medicamentos, “o tétano invadiu todo o corpo [do soldado]”588, matando-o.

O caso de Campos suscita duas reflexões: a questão do socorro aos feridos e a relativa autonomia dos pacientes submetidos às intervenções cirúrgicas. Os combatentes alvejados em campo de batalha não eram necessariamente atendidos de imediato. E nem sempre recebiam um tratamento contínuo. Nosso personagem teve que esperar um dia para continuar a receber cuidados médicos – adiamento que agravou as condições de seu ferimento (talvez, tenha sido o fator determinante para o seu falecimento). Podia ser pior. Cirurgiões ingleses, durante a batalha de Waterloo, em 1815, tiveram que lidar com 40 mil mortos ou feridos em uma área pouco maior do que dois quilômetros quadrados. Vários combatentes não recebiam atendimento. Ficavam, moribundos, a esperar a chegada da morte - alguns aguardavam quinze dias até a chegada dos primeiros socorros (Stanley, 2003, pp. 117-118).

Os doutores, na Guerra da Tríplice Aliança, escolhiam os feridos que deviam ter prioridade no atendimento (a escolha, no geral, baseava-se nos que tinham as melhores chances de sobreviver). Vejamos a história de Geraldo Bispo589. Na condição de grumete, Bispo também vivenciou o horror da batalha do Riachuelo. Sofreu “uma fratura cominutiva [nos] dois fêmures, acompanhada de dilaceração e destruição da pele e dos músculos no terço médio das coxas”590. Sua situação era muito grave. “A desordem das partes era tão pronunciada, que os dois segmentos dos membros abdominais estavam seguros apenas por algumas fibras musculares ...”591. Uma “tesoura seria suficiente para [separá-los] do resto do corpo”592. Dr. Guimarães via-o como “um doente irremediavelmente perdido, porquanto seu estado era tal, que toda e qualquer operação lhe abreviaria os momentos ...”593. Observou como os sintomas apontavam nessa direção: “a face era

584 *Idem.*

585 *Idem*, pp. 256-257.

586 *Idem*, p. 256.

587 *Idem.*

588 *Idem.*

589 *Idem*, pp. 254-255.

590 *Idem*, p. 254.

591 *Idem.*

592 *Idem.*

593 *Idem.*

pálida, os olhos desvairados, e o corpo agitado de estremecimentos nervosos”⁵⁹⁴.

Nessas circunstâncias, ofereceu-lhe um tratamento simples e provisório. Passou, em seguida, “a pensar [nos] outros feridos, que gemiam e gritavam”⁵⁹⁵ em busca de socorro. Justificava o seu ato. “A única operação a tentar neste caso era a amputação, muito em cima de ambas as coxas, mas para praticá-la, deveria fazê-la logo, e abandonar os outros feridos, o que não podia de modo algum ser ...”⁵⁹⁶. Ademais, “teria sido impossível a qualquer [médico] a prática de duas tão grandes operações ...”⁵⁹⁷. Não havia ajudante. Existiam, além disso, dois problemas: o tumulto reinante “no navio em meio do combate”⁵⁹⁸ e a “falta de lugar conveniente”⁵⁹⁹. Afirmava, a tolar qualquer sentimento de culpa de sua consciência, que o enfermo “teria inevitavelmente morrido durante a operação ...”⁶⁰⁰. Uma prova disso radicava-se no fato dele ter resistido somente uma hora naquele “estado de entorpecimento físico e moral, consequência constante dos ferimentos de arma de fogo”⁶⁰¹.

Passemos à problemática da autonomia dos pacientes. O relacionamento entre cirurgiões militares e soldados feridos era desigual. Os doutores representavam a parte mais poderosa da relação. Contudo, os pacientes não acatavam, de maneira passiva, as suas determinações. Havia resistências e recalcitrâncias. Um quadro móvel, dinâmico, de pressões e contra-pressões a envolver os agentes sociais que integravam tal relacionamento. Lembremos que Campos recusou-se a ser operado sem clorofórmio. Defendo a existência de um espaço de negociação entre os médicos e os feridos no que dizia respeito às cirurgias. Prescindível dizer que isso não era uma exclusividade da Guerra do Paraguai.

Richard Hussey Vivian, líder da cavalaria britânica na batalha de Toulouse, ao longo da Guerra Peninsular, teve o braço atingido por uma bala de mosquete. Aconselham-lhe a amputação. Não concordara. Quis uma segunda opinião - “de alguém mais experimentado” (Hurt, 2008, p. 25). O renomado cirurgião inglês George Guthrie optou por um tratamento mais conservador, desaconselhando, portanto, a intervenção cirúrgica - Hussey, por ocasião de seu casamento com sua segunda mulher, apresentou o médico britânico a amada: “eis o senhor Guthrie a quem devemos este braço sobre o qual você está apoiada” (*idem*).

Daniel Leary, em 1797, era integrante da fragata inglesa *HMS Circe*. Leary, naquele ano, teve seu corpo arremessado no convés do navio após a explosão do reservatório de pólvora (Stanley, *op. cit.*, p. 100). Queimou os braços, a cabeça e o rosto. Os demais tripulantes, silenciosamente,

594 *Idem*.

595 *Idem*.

596 *Idem*.

597 *Idem*.

598 *Idem*.

599 *Idem*.

600 *Idem*.

601 *Idem*, pp. 254- 255

esperavam uma morte rápida para que sofresse o menos possível. Robert Dunn, cirurgião do navio, foi atendê-lo. Encontrava-se desmaiado. Dr. Dunn entendeu ser necessário amputar sua mão esquerda. Leary recobrou a consciência no transcorrer desta cirurgia. Considerou ainda que seu braço direito, com um aspecto horrível, precisava ser extraído na altura do ombro. Leary, diante de tal possibilidade, reagiu com rispidez (*idem*). Não autorizou a operação. Preferia morrer daquele jeito a ter seu corpo tão drasticamente deformado (*idem*).

Médico e paciente, graças à intermediação feita pelo capitão da fragata, chegaram a um acordo: Leary sofreria uma amputação no antebraço. Permaneceu consciente ao longo da cirurgia e observou o trabalho do Dr. Dunn (*idem*). Dois meses depois deixou o hospital naval de Spithead. Curado, reconstruiria a sua vida. Obteve uma pensão de 20 libras do governo; renda que era complementada com um trabalho em uma loja de roupas - mesmo sem as mãos conseguia transportá-las (*idem*).

Feridos recalcitrantes, em meio as operações, como o soldado Campos, não eram incomuns. Os pacientes, a descortinar uma certa autonomia durante as intervenções cirúrgicas, podiam mudar de opinião. José Martins dos Santos⁶⁰², combatente do 12º batalhão de voluntários também estivera ao lado de Barroso na batalha naval do Riachuelo. Sofreu uma “ferida contusa na pele”⁶⁰³. O ferimento cobria “a articulação temporo-maxilar esquerda, de um centímetro de extensão, e de direção transversa”⁶⁰⁴. Dr. Guimarães pegou o estilete e, manuseando-o, percebeu que a ferida “servia de abertura a um canal, em cujo fundo sentia-se um corpo rugoso...”⁶⁰⁵. Logrou, usando a pinça, “extrair duas lanternetas pequenas, havendo também lesão da face”⁶⁰⁶. O ferimento “começou a supurar muito ...”⁶⁰⁷. Identificou, no dia 16 de julho de 1865, “um pouco abaixo”⁶⁰⁸ dele “um corpo rugoso ...”⁶⁰⁹. O objeto parecia ser “metálico”⁶¹⁰. Perpetrou, sem condições de extirpá-lo pela ferida, “uma incisão crucial, conseguindo extrair um pequeno corpo metálico. Em vez de cicatrizar [o ferimento], como [imaginava o facultativo], continuou a supurar”⁶¹¹.

No mês seguinte, “não sabendo como explicar este fato”⁶¹², decidiu introduzir um “estilete”⁶¹³ na ferida. Havia “um trajeto fistuloso, de direção oblíqua de cima para baixo, e de fora

602 *Idem*, pp. 262-264.

603 *Idem*, p. 262.

604 *Idem*.

605 *Idem*.

606 *Idem*.

607 *Idem*.

608 *Idem*.

609 *Idem*.

610 *Idem*.

611 *Idem*, p. 263.

612 *Idem*.

613 *Idem*.

para dentro, em cujo fundo existia um corpo rugoso ...”614. Pareceu-lhe, como da primeira vez, “metálico”615. Avaliando, cuidadosamente, viu que a “extensão do trajeto não era pequena, pois o seu fundo de saco achava-se situado para dentro do músculo masseter, na reunião do terço inferior com os dois terços inferiores pouco mais ou menos”616. Não havia como extrair “o corpo estranho por meio de pinças, porquanto o trajeto [não] dava passagem a um dos ramos da pinça mais delicada ...”617. Diante desse quadro, praticou “uma incisão, camada por camada, dos tecidos, que lhe estavam sobrepostos; ao que o doente acedeu de boa vontade ...”618. Santos assegurou-lhe “que se sujeitaria à operação sem clorofórmio”619.

Dr. Guimarães pôs-se a trabalhar. Deitou-o “sobre o lado oposto ao da lesão ...”620. Com o bisturi fendeu a pele e “a maior parte do masseter”621 transversalmente, deixando apenas intactas as fibras anteriores e posteriores ...”622. Restava “unicamente uma pequena camada de tecidos para chegar ao corpo estranho ...”623. O enfermo, entretanto, disse ao médico “que não consentia mais ...”624. Pressionou-lhe para que “acabasse”625 o mais rápido possível. Malgrado Guimarães sugerisse o uso do clorofórmio, não aceitou “sujeitar-se ao seu emprego”626. O esculápio precisava de uma alternativa. “Inspirado de momento”627, compreendeu “que podia, por um modo muito simples, deixar à natureza, o que a arte não pudera conseguir ...”628.

Persuadiu o paciente, “não sem custo”629, a consentir uma outra abordagem. Introduziu “pela fístula uma sonda canulada previamente curvada, e abaixando o pavilhão de encontro à região temporal”630, levantou “a porção de tecidos que faltava dividir ...”631. Posteriormente, com um bisturi, fez uma “punção no fundo da ferida”632. Conectou-a, dessa maneira, “com a antiga fístula. Uma pequena mecha foi introduzida para impedir a reunião, e retirada no fim de dois dias ...”633. Alcançou o seu intento: “[o] antigo trajeto cicatrizou, deixando em seu lugar um novo, formado à

614 *Idem.*
615 *Idem.*
616 *Idem.*
617 *Idem.*
618 *Idem.*
619 *Idem.*
620 *Idem.*
621 *Idem.*
622 *Idem.*
623 *Idem.*
624 *Idem.*
625 *Idem.*
626 *Idem.*
627 *Idem.*
628 *Idem.*
629 *Idem.*
630 *Idem.*
631 *Idem.*
632 *Idem.*
633 *Idem.*

custa de seu fundo de saco, e da ferida da operação”⁶³⁴. Até 14 de setembro, a “nova fístula continuou a fornecer pus ...”⁶³⁵. Materializou-se uma “erisipela nesse lado da face, que resolveu-se por um abscesso no lugar lesado”⁶³⁶. A “abertura espontânea”⁶³⁷ do abscesso, no dia 20, “deu lugar à saída de um corpo metálico de 1½ centímetro, pouco mais ou menos de extensão, e de 1½ centímetro de espessura, quando muito”⁶³⁸. Santos, depois de poucos dias, estava curado.

Enfermos procuravam, por vezes, controlar as rédeas da fortuna resistindo às determinações dos cirurgiões militares. Nem sempre foi assim. Houve circunstâncias em que os feridos se aliaram aos doutores e procuraram favorecer as intervenções cirúrgicas de modo a repassar informações acerca das idiossincrasias de seus corpos. O 1º tenente Antônio Carlos Mariz e Barros teve esta preocupação.

Navios brasileiros, em março de 1866, sondavam o melhor ponto do rio Paraná por meio do qual viabilizariam um desembarque em território paraguaio. Urgia escolher um local sem a presença de trincheiras inimigas e seco (para os canhões, suprimentos, cavalos, carroças etc.). A decisão de invadir o Paraguai foi tomada no dia 25 do mês anterior, em uma conferência entre os líderes das forças aliadas: Mitre, Tamandaré, Osório e Flores. Tamandaré afirmou, na ocasião, obscurecido pela arrogância (talvez, fosse apenas irrealismo) que tinha condições de destruir todas os fortes inimigos entre o Passo da Pátria e Assunção. Acordou-se que a marinha de Pedro II conduziria os batalhões do exército imperial até a margem paraguaia. “Eram 26 navios, dezesseis de combate, com 110 canhões e guarnecidos por 3510 marinheiros” (Doratioto, *op. cit.*, 2002, p. 205).

As embarcações brasileiras, durante o reconhecimento, no dia 23 de março, foram agredidas por uma chata paraguaia. A chata era rebocada pelo pequeno vapor *Gualeguay*, que apareceu por trás da ilha de Santa Ana⁶³⁹. Seus canhões, rapidamente, começaram a vomitar as maciças balas de 68. À mil metros de distância, os encouraçados *Brasil* e *Bahia* contra-atacaram⁶⁴⁰. Barulhos ensurdecedores e projéteis a dominar a atmosfera produziam um cenário infernal. O *Brasil* atingiu a embarcação inimiga e inutilizou seu canhão. Nesse contexto, o tenente Aniceto López, comandante do *Gualeguay* retirou-se para trás da ilha⁶⁴¹.

Os embates continuaram. Ocorreu, quatro dias depois, uma tragédia no navio *Tamandaré*⁶⁴². Duas balas paraguaias atingiram a abertura da casamata da torre. A primeira devastou o seu interior: cabos metálicos rompidos metamorfosearam-se em projéteis

634 *Idem.*

635 *Idem.*

636 *Idem.*

637 *Idem*, p. 264.

638 *Idem.*

639 GARMENDIA, José Ignacio. *Op. cit.*, p. 575.

640 *Idem*, pp. 575-576.

641 *Idem*, p. 576.

642 *Idem*, pp. 584 e seguintes.

ricocheteadores. Tais projéteis, associados a um bloco de ferro em movimento, trouxeram pânico a Mariz e Barros, chefe do *Tamandaré*, e as dezenas de homens que lá estavam. Dor, sangue, sufocamento, ingredientes que compunham uma situação desesperadora. Uma “masa de cincuenta cuerpos humanos, sofocados por una atmósfera candente, moviéndose tambaleantes de un lado al otro, en un vaivén confuso rodando en torbellino, á impulsos del flujo y reflujo sangriento, devastador, de aquella ráfaga de muerte. Esos cuerpos humanos ... heridos, macerados, despedazados, aplastados como si una avalancha de proyectiles se desplomase del cielo, era un supremo horror, que solo el delirio de la venganza pudiera imaginar”⁶⁴³.

Não havia cessado a “danza macabra”⁶⁴⁴ quando a segunda bala alcançou a casamata. Um pânico renovado se abateu sobre aqueles que ainda viviam. Existiam cinquenta pessoas naquela parte do vapor; trinta e quatro estavam mortas ou feridas⁶⁴⁵. Uma poça rubra envolvia o corpo de Mariz e Barros. Nessa “carnicería histórica”⁶⁴⁶, combatentes

terrivelmente desfigurados; componían una escena que hacía partir el corazón del más bravo, sobre todo cuando se escuchaban los lamentos de los moribundos que parecían voces subterráneas de espectros, dolientes gemidos torturantes que escapaban del fondo de esa hecatombe humana, salpicando con la masa encefálica de las víctimas las paredes de ese estrecho antro de la muerte, de vientres que habían estallado brutalmente al impacto de las balas, arrojando los intestinos en todas direcciones, de brazos y piernas descuartizados como si el suplicio antiguo, ejecutado por cuatro fogosos potros, hubiera surgido de novo. ¡Oh! todo esto era de una realidad tan espantosa que parecía una exageración de la alterada fantasía que creaban los romances bárbaros de la edad media⁶⁴⁷.

Os médicos Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo e João José Damazio embarcaram no *Tamandaré* e vislumbraram a situação da casamata, câmara e praça d'armas. Azevedo ficou impressionado. “Cadáveres, homens agonizantes, membros mutilados, sangue por toda parte, eis o que foi observado!!”⁶⁴⁸. Os feridos foram colocados no *11 de Junho*, hospital de sangue da esquadra, e transferidos para Corrientes. Dr. Damazio encarregou-se da cirurgia de Mariz e Barros. O comandante do *Tamandaré* era um jovem de 24 anos. De acordo coma a interpretação de

643 *Idem*, p. 585.

644 *Idem*.

645 *Idem*.

646 *Idem*.

647 *Idem*, pp. 585-586.

648 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 309.

Damazio era um indivíduo de “constituição fraca”⁶⁴⁹ e de “temperamento nervoso bilioso”⁶⁵⁰. Foi alvejado “por um estilhaço de bala, o qual separou-lhe a perna esquerda da coxa pela articulação”⁶⁵¹. Era, aproximadamente, quatro e meia da tarde⁶⁵².

Levava, ao chegar no hospital de sangue, “um torniquete sobre a artéria femoral, e um aparelho de fios, e compressas, embebidas de solução de perclorureto de ferro, aplicado sobre a ferida pelo cirurgião do navio”⁶⁵³. Dr. Damazio, ao levantar o aparelho, observou que a hemorragia não cessara. Viu ainda o ferimento que tinha na pele e nos tecidos bem como “as irregularidades de tais lesões [e] as extremidades dos tendões ...”⁶⁵⁴. Notou também que os nervos estavam “distendidos e rotos ...”⁶⁵⁵. Havia, ademais, vários “fragmentos ósseos dos côndilos do fêmur, fraturados pelo projétil, e presos aos tecidos ...”⁶⁵⁶. O sofrimento de Mariz e Barros era indisfarçável: “a face era pálida, pele fria, pulso pequeno e concentrado, exaltação nervosa, fadiga e ansiedade ...”⁶⁵⁷. Além disso, sentia “dores atrozes, exprimidas por imprecações contínuas para se lhe cortar a perna”⁶⁵⁸.

Damazio restabeleceu o “aparelho”⁶⁵⁹ no ferimento, que foi “embebido de uma solução hemostática, e prescreveu-lhe uma poção cordial e vinho generoso”⁶⁶⁰. À noite, o paciente já chegara ao hospital de Corrientes. Dr. Azevedo convocou uma reunião que, além dele e Damazio, contou com a presença dos seguintes facultativos: Pedro Manoel Álvares Moreira Villaboim, Manoel Álvares do Banho, e Joaquim da Costa Antunes. Decidiram, diante da gravidade do enfermo, sobretudo a perda de sangue, operá-lo. Dr. Damazio, auxiliado por seus colegas, às 11 horas, amputou-lhe a coxa “no quarto inferior, pelo método circular”⁶⁶¹.

Dr. Villaboim exerceu a “compressão femural”⁶⁶² e Damazio fez uma operação rápida, “e sem perda de sangue”⁶⁶³. O comandante do *Tamandaré* “suportou bem a operação, apesar de não ter sido cloroformizado ...”⁶⁶⁴. A explicitar confiança na equipe médica e em consonância com a mesma, Mariz e Barros informou ao dr. Banho “que sofria [de uma] lesão do coração, pelo que

649 *Idem*, p. 310.

650 *Idem*, pp. 310-311.

651 *Idem*, p. 311.

652 *Idem*.

653 *Idem*.

654 *Idem*.

655 *Idem*.

656 *Idem*.

657 *Idem*.

658 *Idem*.

659 *Idem*.

660 *Idem*.

661 *Idem*.

662 *Idem*, p. 312.

663 *Idem*.

664 *Idem*.

estivera em tratamento no Rio de Janeiro”⁶⁶⁵. Daí meu argumento segundo o qual soldados feridos e médicos militares costumavam alianças nas quais pacientes cooperavam com facultativos em favor do sucesso da operação. Infelizmente o jovem Barros não sobreviveu. Morreu uma hora da manhã do dia 28 de março de 1866.

O comandante do *Tamandaré*, ao ser transportado para Corrientes, tinha “um torniquete sobre a artéria femural”. O torniquete pressionava veias e artérias de forma a impedir a circulação do sangue e, portanto, a perda do líquido vermelho em grande quantidade. Era uma ferramenta cirúrgica essencial. Dr. Almeida discriminou os principais instrumentos operatórios manuseados em meados dos oitocentos e suas respectivas funções.

1º) a faca – A faca de amputação pode ser dorsal ou interóssea, conforme é destinada à amputação de membros de um só osso, a de dois ou a desarticulações. A dorsal deve ser reta, terminada em uma ponta correspondente ao seu eixo, sua lâmina pouco larga, seu dorsum bem forte, para merecer toda a confiança em relação à sua resistência, e seu cabo mais pesado do que a lâmina para se acomodar melhor na mão do operador, e facilitar a manobra. Seu comprimento deve ser proporcional ao diâmetro do membro, para o que se acham nos arsenais cirúrgicos de diversas dimensões. As interósseas tendo dois gumes, são reforçadas em seu eixo, e em geral mais estreitas que as dorsais, para poderem passar nos intervalos dos ossos.

2º) A serra – Este instrumento deve ser forte, um tanto pesado, sua lâmina convenientemente tensa e seus dentes ligeiramente travados afim de não ficar durante a serragem a lâmina presa entre as extremidades do osso seccionado.

3º) Bisturis retos e convexos, pinças de torção, tenáculos, erignas, tesouras curvas e retas, tenaz incisiva, agulhas e alfinetes de sutura – Tais são os outros instrumentos necessários nas amputações por mais complicadas que sejam. Os compressores das artérias ou *torniquetes*, só se tornam necessários quando há falta de um ajudante que exerça a compressão digital, sempre preferível. Todo este arsenal deve ser disposto e colocado de tal modo na sala de operação, [de maneira a fazer com que] o operador não tenha a menor demora em sua obtenção, no momento em que os reclamar.

4º) O aparelho curativo deve se compor essencialmente das seguintes peças: pano crivado com ceroto, atadura de duas ou três tiras, fios brutos e longos, compressas quadradas e cortadas em forma de cruz de malta, fios de linha encerados, tiras aglutinativas, ataduras circulares, esponjas, e além disso, bacias com água fria, meios de aquecer as tiras aglutinativas, vinagre aromático, amônia líquida ou outra quaisquer substâncias que possam

servir para [socorrer] a alguma lipotimia ou a outros acidentess666.

Dr. Alcebiádes José de Azevedo Pedra, 1º cirurgião, por exigência de João Pires Farinha, delegado do cirurgião-mor, em 5 de julho de 1867, fez um levantamento das ferramentas cirúrgicas sob sua responsabilidade no Hospital Militar do Saladeiro. A conclusão foi a que se segue: “cumpre-me dizer a V.Sa. que de todas as caixas de amputação existentes, as facas e bisturis não podem prestar-se a trabalho algum ou irem ao cuteleiro, quando só a força os faz cortar”667.

Dr. Pedra elaborou uma lista668 com os instrumentos necessários para o nosocômio: 2 caixas de amputação; 6 facas grandes avulsas; 3 facas pequenas; 6 bisturis retos; 12 bisturis convexos; 3 tesouras retas; 3 tesouras curvas; 6 pinças de torção; 24 agulhas de suturas sortidas; 3 serras de cadeia para recepção; 1 esmagador; 24 sondas de goma elástica sortidas; 4 escarificadores para ventosas; 12 vidros de ventosas; 25 telas de arame para a fratura de coxa; 25 telas de arame para a fratura de perna; 25 telas de arame para a fratura de antebraço. O delegado Farinha passou o problema a Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do corpo de saúde do exército. Afirmou que não havia como fornecer com “brevidade quaisquer ferros cirúrgicos”669. Esforçar-se-ia, diante de tais circunstâncias, para ver a possibilidade de “encontrar algum cuteleiro [ainda que Pedra rechaçasse tal alternativa], que se encarregue de limpar e amolar os ferros em questão”670.

Os dentes dos soldados requeriam também instrumentos cirúrgicos (“ferros para operações dentárias”671), mormente em função dos ferimentos por fuzis. Estes ferimentos tornaram-se comuns no teatro de operações militares (Juan Crisóstomo Centurion, em Cerro Corá, na fase final do conflito, teve seus dentes arrancados por um tiro de fuzil). Na enfermaria do Alegrete, em outubro de 1865, Basílio Gomes da Silva, integrante do 19º corpo de cavalaria da guarda nacional, sofria demasiadamente por ocasião de uma ferida “por arma de fogo na boca, em combate, determinando perda da substância muscular, óssea e dentária”672. Ferimentos na boca, dentes e maxilar foram igualmente recorrentes na Campanha do Uruguai. Observemos a trajetória de um soldado anônimo, membro do “exército libertador” (pró-colorados).

O combatente era “pardo” e tinha 40 anos. Dr. Baldoino Athanasio do Nascimento, 2º

666 ALMEIDA, Antônio Caetano. *Op. cit.*, pp. 28-29.

667 AHEX, pasta 5708, documento 10.39, pasta 47.

668 AHEX, pasta 5708, documento 10.39, pasta 47.

669 AHEX, pasta 5708, documento 10.39, pasta 47.

670 AHEX, pasta 5708, documento 10.39, pasta 47.

671 AHEX, pasta 5667A, documento 1.5, pasta 1.

672 “Ordem do dia nº 35” in: *Exército em operações na República do Paraguai; segundo corpo sob o comando em chefe do Exm. Sr. Tenente-General Manoel Marques de Sousa (Conde de Porto Alegre); ordens do dia, primeiro volume compreendendo as de número 1 a 49, 1865.*

cirurgião, descreveu-o como um homem de “constituição forte [e] temperamento nervoso”⁶⁷³. Seus colegas de farda viam-no como o tipo que não conseguia permanecer em silêncio⁶⁷⁴. Era um falador contumaz. Foi ferido, durante um combate intenso, enquanto insultava o inimigo. “A bala entrou pela comissura labial esquerda, onde apenas deixou traços de sua passagem ...”⁶⁷⁵. Ao sair o projétil dividiu-se em duas partes, “das quais uma ficou nos tecidos unida às esquirolas, e a outra (a maior), saiu no ângulo da maxila ...”⁶⁷⁶. Seu rosto ficou bastante machucado. “O maxilar estava fraturado em três pontos⁶⁷⁷, manifestando-se estas fraturas pela desigualdade do nível dos dentes, crepitação etc.”. A primeira “era na altura do ângulo do maxilar, complicada por uma esquirola volumosa”; a segunda era “na altura do 2º molar, o qual tinha sido arrancado”; e a terceira “correspondia ao intervalo do mediano incisivo esquerdo e o [do] outro incisivo do mesmo lado ...”. O resultado era que o “total da maxila estava reduzido a quatro fragmentos, uma esquirola volumosa, e algumas diminutas ...”.

Nascimento percebeu que “os tecidos moles estavam contundidos, e em alguns pontos dilacerados ...”⁶⁷⁸. Existia “muita inflamação”⁶⁷⁹. O rosto inflamado do paciente deformou-se. Pior: “a inflamação tinha se estendido à base da língua e às fauces [parte superior e interior da goela]”⁶⁸⁰. O médico reputou a situação como grave porque havia asfixia. A “aplicação de algumas sanguessugas [na] garganta eram perfeitamente indicadas ...”⁶⁸¹. Não executou-se tal tratamento em virtude de uma hemorragia no interior da boca. Deu-se o sangramento por conta da “indocilidade do doente que, apesar de recomendações, esforçava-se em falar e introduzir alimentos sólidos ...”⁶⁸². O doutor entendeu que a “hemorragia foi um recurso terapêutico da natureza, que serviu, não só para desengurgitar as partes inflamadas, mas também para fazer desaparecer os sintomas de asfixia, que precipitavam-se tornar-se mais salientes”⁶⁸³.

Aplicou “compressas embebidas em perclorureto de ferro e os bochechos de solução do mesmo medicamento ...”⁶⁸⁴. Esta terapia, aliada às características predisponentes do combatente, favoreceram a melhoria de seu estado de saúde. Pôs “um aparelho contentivo constituído por um lenço passado por baixo da barba, que levava os fragmentos da maxila inferior [ao] encontro [da]

673 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 67.

674 *Idem.*

675 *Idem.*

676 *Idem.*

677 *Idem.*

678 *Idem*, p. 68.

679 *Idem.*

680 *Idem.*

681 *Idem.*

682 *Idem.*

683 *Idem.*

684 *Idem.*

arcada dentária superior ...”685. As “pontas atavam-se no alto da cabeça, sendo contidas por uma circular passada horizontalmente ao redor do crânio, e por outra, que passava pela parte anterior do mento [porção ínfero-anterior do rosto, a partir da qual forma-se o queixo] ...686”. As circulares eram embebidas permanentemente em “cozimento de ápio”687.

Retirou, no oitavo dia, o aparelho, “extraindo-se nessa ocasião o fragmento da bala e a esquirola do ângulo do maxilar”688. Daí em diante, o paciente recuperou-se rapidamente e não demorou para “dar largo desabafo à sua loquacidade”689. E mais: “saiu, por vezes, da enfermaria, expondo-se ao sol para procurar alimentos não contentando-se com os que eram convenientemente subministrados ...”690. Entregava-se, de quando em vez, a “bebidas alcoólicas em excesso”691. O soldado anônimo parecia ter nascido mesmo para guerrear. Participou, ao lado de seus companheiros de uma segunda ofensiva, “ocupando seu posto de honra, com as feridas semicicatrizadas e as fraturas em [vias] de consolidação ...”692. Tinha uma pequena “mobilidade dos fragmentos da maxila, a qual apresentava uma pequena falta de nivelamento nos dentes693”.

Mariz e Barros não foi cloroformizado em razão de suas limitações cardiológicas. Em outubro de 1846, pela primeira vez, um paciente anestesiado foi submetido a uma intervenção cirúrgica. Deu-se tal acontecimento histórico no hospital de Boston, nos Estados Unidos (Santos Filho, *op. cit.*, p. 337). O anestésico usado não era o clorofórmio, e sim o éter sulfúrico (*idem*). Roberto Jorge Haddock Lobo, no ano seguinte, perpetrou a anestesia por éter sulfúrico no Hospital Militar do Rio de Janeiro. Era a primeira vez que isso ocorria no Brasil (*idem*). O perigo subjacente ao uso do éter impediu a sua disseminação em terras brasileiras e europeias. Assim, foi substituído pelo clorofórmio (*idem*, p. 338). O escocês James Young Simpson teve atuação destacada nesse processo (Hollingham, 2011, pp. 74-86). Simpson era professor de obstetrícia na Universidade de Edimburgo. Participou, na condição de aluno do médico britânico Robert Liston, de sua primeira cirurgia aos 16 anos. Na época era apenas um assistente. Formou-se em medicina dois anos depois.

Após testar várias substâncias, bebendo-as e cheirando-as, chegou ao clorofórmio, líquido incolor, constituído de álcool e cal clorada. Seguiu as pistas de um químico de Liverpool. Utilizava-

685 *Idem*.

686 *Idem*.

687 *Idem*.

688 *Idem*.

689 *Idem*.

690 *Idem*, pp. 68-69.

691 *Idem*, p. 69.

692 *Idem*.

693 *Idem*. Sobre a prática odontológica no Brasil oitocentista, cf. SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec/Edusp, 1991, volume 2, pp. 422-425. Sobre a prática dentária na França, Ilhas Britânicas, Alemanha, Holanda, e Hungria, no final do século XVIII, cf. HILLAM, Christine (ed.). *Dental practice in Europe at the end of the 18th century*. Amsterdam/New York: Rodopi, 2003. Para uma informação inicial acerca do transplante dentário na Inglaterra do século XVIII, cf. HOLLINGHAM, Richard. *Op. cit.*, pp. 172-177 (“O dentista mortífero”).

se o componente no tratamento da asma. Usava-se outrossim como estimulante. Fez diversas experiências consigo mesmo e, uma noite distribuiu, depois de um jantar, clorofórmio para os convidados. Os presentes, após risadas e conversas, deitaram no chão ou sentaram-se em cadeiras e entraram em sono profundo. Não tinha dúvida de que o líquido incolor era um anestésico mais eficaz do que o éter. Aplicou-o, em 1847, em Jane Carstairs, que experimentava as etapas finais do trabalho de parto. A mulher gritava desesperadamente após cada contração. Sofreria mais dores no momento em que o esculápio introduzisse o fórceps para retirar o bebê pela cabeça. Depois de vaporizar algumas gotas do componente em um lenço e cobrir a boca e o nariz de Carstairs, a parturiente dormiu profundamente. A operação foi um sucesso.

O método espalhou-se com rapidez. Em fevereiro do ano subseqüente, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho já cloroformizara um jovem de quinze anos na Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro. Sofreu uma amputação⁶⁹⁴ da coxa esquerda por causa de um “tumor branco”⁶⁹⁵. Coube ao farmacêutico Ezequiel Correia dos Santos, proprietário de duas farmácias na capital imperial preparar o clorofórmio. Malgrado fosse mobilizado por facultativos civis, no meio militar, antes da Guerra da Crimeia, seu uso era episódico ou, simplesmente ignorado (Kaufman, *op. cit.*, pp. 139-140). Apenas médicos militares dissidentes utilizavam o líquido incolor. George Guthrie

694 Luís da Cunha Feijó, o futuro visconde de Santa Isabel, através do pseudônimo “Dr. Feijó”, por meio do *Jornal do Commercio*, em 22 de fevereiro de 1848, descreveu a cloroformização e a intervenção cirúrgica. A publicação dizia o seguinte: “Situado o doente convenientemente na mesa de operações, começou o Sr. Dr. Manoel Feliciano a aplicar o bocal do aparelho de Simpson [a máscara idealizada por James Young Simpson] à boca do doente e, tendo-lhe previamente tapado as ventas com a pinça compressora de Charrière, o obrigou a respirar clorofórmio. Passados três minutos, o doente apenas apresentava mais aceleração do pulso e da respiração. Seis minutos depois da operação, vendo-se que não se manifestava fenômeno algum mais, e reconhecendo-se que as ventas não estavam bem comprimidas, nem o bocal do instrumento se adaptava perfeitamente à boca do doente, e que ele respirava ar não impregnado de clorofórmio, o operador abandonou este aparelho, e aplicou um lenço delgado aberto sobre o nariz e a boca do doente, e sobre esse lenço uma esponja embebida em clorofórmio, gastando nisto dois minutos. Imediatamente o doente se mostrou incomodado e a respiração se acelerou; dois minutos depois sossegou. Neste tempo as pupilas estavam dilatadas e imóveis, a respiração se acelerou muito, e o doente procurou tirar a esponja do nariz; respondia às perguntas e conservava toda a sensibilidade. Ao quatorze minutos, depois de começada a operação, ensopou-se novamente a esponja no clorofórmio, e o doente mostrou-se outra vez incomodado, apresentando, porém, mais resignação. Aos dezessete minutos, foi pela terceira vez molhada a esponja no clorofórmio, e então o doente procurou outra vez tirá-la do nariz e agitou os braços com força; todavia, beliscando-se a pele dos braços, ele não mostrou sentir. As pálpebras superiores estavam caídas e imóveis, as pupilas dilatadas e também imóveis; o pulso pequeno e concentrado, a respiração larga e lenta. A fisionomia era estúpida. Neste estado se achava o doente quando o Sr. Dr. Manoel Feliciano principiou a amputação da coxa, que durou nove minutos, incluindo o tempo que empregou para ligar quatro artérias, sendo três mui pequeno calibre, as quais se achavam retraídas na espessura das carnes. Em nenhum dos tempos da operação o doente fez o menor movimento; não deu um só gemido, nem manifestou o mais equívoco sinal de dor, não obstante ser muito pusilânime e estar com os olhos desvendados. Terminada a operação, ainda se mostrou insensível a todas as provanças que se empregaram até quarenta minutos depois que principou a inalação”. Citado por SANTOS FILHO, Lycurgo. *Op. cit.*, pp. 338-339.

695 O cearense Meton da França Alencar, doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ex-primeiro cirurgião contratado do exército brasileiro durante a Guerra do Paraguai, definiu o “tumor branco” assim: “Chama-se ‘tumor branco’ a coleção de muitas moléstias articulares que diferem muito por sua natureza, mas que oferecem todas dois sintomas pouco mais ou menos constantes: aumento do volume da parte e cor branca da pele”, cf. ALENCAR, Meton da França. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1870, p. 33 (“Terceira parte. Clínica Cirúrgica. Em que consiste a afecção conhecida com o nome de ‘tumor branco’ e em que condições se deve praticar a amputação?”).

menciona-o, na quinta edição de seu *Commentaries on surgery*, apenas de maneira superficial - na sexta edição, porém, fez uma discussão detalhada (*idem*, p. 140). Embora houvesse resistências ao seu uso, durante a Guerra da Crimeia muitos combatentes foram cloroformizados antes de terem seus corpos fendidos por lancetas, serras e bisturis (*idem*). O mesmo ocorreu na Guerra Civil Americana⁶⁹⁶.

Na Guerra do Paraguai também usou-se o clorofórmio amplamente. Dr. Phillippe Basílio Cardoso Pires, médico, farmacêutico, tenente honorário do corpo de saúde do exército e veterano da Guerra da Tríplice Aliança, escreveu: “como agente anestésico é o clorofórmio o mais poderoso e seguro sobre todos os outros”⁶⁹⁷. Alguns facultativos reconheciam que, apesar da eficácia da substância, sua aplicação desmedida concorria para o óbito do paciente. Paulino Ovídio Barboza tinha 18 anos e era natural do Rio Grande do Sul. Músico do 13º batalhão de infantaria, foi atingido, ao longo da Campanha do Uruguai, “por bala de fuzil no terço médio da coxa esquerda com fratura cominutiva do fêmur”⁶⁹⁸. Convocou-se uma conferência de médicos para analisar o seu caso. Decidiram pela amputação. A intervenção cirúrgica ficou sob responsabilidade do dr. Nascimento.

O médico compreendeu “que o melhor método a empregar era o de dois retalhos”⁶⁹⁹. Partia de tal premissa por dois motivos: a) a intervenção podia ser realizada mais abaixo e era necessário apenas “a resecção do extremo do osso”⁷⁰⁰; b) “por estarem os tecidos em boas condições”⁷⁰¹. Optando por este método, e não pelo circular ou pelo misto, a operação ocorreu rapidamente. “Feito o primeiro retalho, e ligada a artéria principal, procedeu ao segundo, e o membro separou-se. A extremidade do osso apresentava-se em bico de flauta ...”⁷⁰²; assim, “uma forte pinça de dentes foi a ela segura”⁷⁰³ para a realização da resecção. Dessa maneira, concluiu-se o processo operatório. O problema veio a seguir. Por conta da ação do clorofórmio, “que fora além do que se desejava”⁷⁰⁴, o enfermo “estava mergulhado em uma anestesia profunda, coberto de suores frios, pulso filiforme etc.”⁷⁰⁵.

Nascimento lançou mão de vários recursos para chamar-lhe à vida (“bebidas excitantes, antiespasmódicas, caldos etc.”⁷⁰⁶). O paciente começou a reagir depois de 45 minutos de trabalho.

696 Na Guerra de Secessão o clorofórmio foi usado em larga escala, cf. BOLLET, Alfred Jay. “Amputations in the Civil War” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Op. cit.*.

697 PIRES, Phillippe Basílio Cardoso. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Central de Brown & Evaristo, 1876, p. 38 (“proposições – segundo ponto – seção acessória – cloral e clorofórmio”).

698 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 102.

699 *Idem*.

700 *Idem*, pp. 102-103.

701 *Idem*, p. 103.

702 *Idem*.

703 *Idem*.

704 *Idem*.

705 *Idem*.

706 *Idem*.

A reação, entretanto, “não tornou-se franca ...”⁷⁰⁷. Morreu às 20 horas “em um estado de abatimento, que nada pôde reanimá-lo”⁷⁰⁸. O cirurgião atribuía ao clorofórmio “a perda do doente”⁷⁰⁹.

Houve casos em que o ferido foi operado sem clorofórmio. Uma das razões para que isso ocorresse radicava-se no fato do líquido incolor não fazer efeito sobre o paciente. Foi o que aconteceu, no decorrer da intervenção brasileira no estado oriental, com um sargento negro do exército libertador. O militar anônimo tinha 35 anos e apresentava as seguintes características: “temperamento sanguíneo, constituição forte [e] estatura elevada”⁷¹⁰. Foi alvejado “no terço inferior da perna direita por bala de artilharia; o fragmento do membro estava unido ao resto [dele] por uma pequena porção de tecidos de sua parte posterior”⁷¹¹.

Levado ao hospital, “logo depois do ferimento, foi imediatamente amputado no terço superior pelo método circular sem o socorro do clorofórmio, por ter sido esse meio tentado por muito tempo sem resultado ...”⁷¹². A cirurgia “correu bem, foi rápida, e o ferido suportou-a, fumando um cigarro, com inimitável coragem”⁷¹³. Após a conclusão do processo cirúrgico, acomodou-se em seu leito. Embora tivesse passado bem a noite, não teve uma “reação franca”⁷¹⁴. No dia subsequente, “suores frios e viscosos cobriram a fronte desse infeliz, a pele parecia macerada, o pulso tornou-se filiforme ...”⁷¹⁵. Algo precisava ser feito.

Dr. Nascimento adotou, então, o tratamento a seguir: “uma poção excitante com acetato de amônia, um pouco de vinho quente, sinapismos, e algumas colheres de caldo ...”⁷¹⁶. Tais medicamentos “reanimaram as forças [do enfermo] que estavam quase extintas ...”⁷¹⁷. O “aparelho”⁷¹⁸ foi retirado no terceiro dia. Tudo levava a crer que o sargento ficaria curado. No entanto, “alguns fenômenos nervosos notaram-se ao anoitecer ...”⁷¹⁹. Prescreveu, diante deste comportamento, “uma poção antiespasmódica”⁷²⁰. No “12º dia um abaixamento rápido de temperatura, um ar frio, que insinuava-se pela enfermaria, [deu] lugar”⁷²¹, acreditava o médico, “ao aparecimento do tétano, moléstia para a qual já estava predisposto o doente ...”⁷²². No dia

707 *Idem.*
708 *Idem.*
709 *Idem.*
710 *Idem*, p. 58.
711 *Idem.*
712 *Idem*, pp. 58-59.
713 *Idem*, p. 59.
714 *Idem.*
715 *Idem.*
716 *Idem.*
717 *Idem.*
718 *Idem.*
719 *Idem.*
720 *Idem.*
721 *Idem.*
722 *Idem.*

seguinte, a enfermidade agravou-se e no “14º sucumbiu o ferido”⁷²³. Via o tétano agir sobre o corpo do militar negro pela ótica da teoria miasmática, neo-hipocrática, ou pré-laboratorial, leia-se, como o resultado de causas excitantes e predisponentes.

Dr. José Caetano da Costa perguntava-se as razões que levavam o clorofórmio, de quando em vez, falhar. Apontava três⁷²⁴ variáveis possíveis: 1ª) “má qualidade do clorofórmio”; 2ª) falibilidade do próprio processo de aplicação da substância; 3ª) “o estado nevrostênico do indivíduo”. Considerava, a tematizar este último fator, o “estado nervoso” do paciente um elemento crucial para a maior ou menor eficácia do clorofórmio. “O estado nervoso do operando, que se acha no meio do teatro da guerra, onde acabou-se de travar ... o combate, entre o movimento constante e ruidoso de bordo, por certo que deve influenciar grandemente sobre os efeitos anestésicos”⁷²⁵. Costa mencionou o exemplo do marinheiro Manoel Bompardo para comprovar o seu argumento. Bompardo, a integrar a tripulação do vapor *Jequitinhonha*, no contexto da Guerra do Paraguai, “já se achava colocado na mesa, a fim de ser amputado. Era um ferimento por bala de metralha, com dilaceração dos tecidos ...”⁷²⁶. O projétil fraturou também “os ossos do metatarso do pé direito”⁷²⁷. Logo depois das “primeiras inalações dos vapores de clorofórmio, começou a delirar, mas sem superexcitação nervosa ou muscular. O pulso tornou-se deprimido e fraco”⁷²⁸. Apresentou, em pouco tempo, uma fraqueza generalizada. Diante de tal quadro, dr. Costa e seus colegas entenderam ser impossível operá-lo⁷²⁹. “Foi necessário o emprego de alguns calmantes para arrancar o indivíduo do meio de suas visões fantásticas”⁷³⁰.

Costa estava certo de que guerra e desorganização emocional eram experiências que se apresentavam juntas. O comandante e capitão tenente Bonifácio Joaquim de Santa Anna foi atingido em meio a um combate. O capitão contava com um marinheiro, muito próximo, que lhe servia de criado. “Achava-se esta praça no gozo de sua melhor saúde”⁷³¹. Desesperou-se, porém, ao ser informado de que Santa Anna fora alvejado. Seu nervosismo ampliou-se ao vê-lo. Com lágrimas rolando pela face, pedia-lhe que “aceitasse o curativo e guardasse repouso. Durante toda a noite

723 *Idem.*

724 *Idem*, p. 513.

725 *Idem*, p. 514.

726 *Idem.*

727 *Idem.*

728 *Idem.*

729 “O delírio nervoso prolongado”, segundo Ferreira, “que ordinariamente segue a comoção cerebral ou agitação mental, podendo se tornar furioso, é uma verdadeira contra-indicação da amputação, no que não há nada de estranho. Com efeito, se [atentarmos] para o estado de agitação do ferido, estado que por si só basta para tornar inexecutável qualquer operação por mais insignificante que seja, não nos será difícil compreender que uma operação tão grave e importante, como é a amputação, se tornará impraticável enquanto durar esse estado”. FERREIRA, Manoel Pinto. *Op. cit.*, p. 23.

730 AZEVEDO, Carlos Frederico Santos Xavier. *Op. cit.* p. 514.

731 *Idem*, p. 516.

experimentou esse pobre criado fortes convulsões nervosas”⁷³². Mostrava-se, pela manhã, bastante abatido. Nessas condições, foi acometido por “uma cólica gástrica que, às vezes, se convertia em lumbago [dor reumática na região lombar]”⁷³³.

Dr. Costa prescreveu-lhe medicações, de sorte a acalmá-lo. Tomou-as a muito custo. “O comandante, em seu delírio, chamava-o a todos os momentos, ao que ele respondia com um sobressalto nervoso. Quando sentiu que o ferimento do comandante se agravava mais, não se lhe secaram as lágrimas, e começou a ser vítima de uma febre nervosa. Quando aquele faleceu, o horror, ou o que quer que seja, ao cadáver era tal que nem forçosamente passava por perto dele”⁷³⁴. Costa debelou a febre “que se manifestava com calafrios, e vômitos biliosos”⁷³⁵. Cedeu em dois dias. No terceiro e quarto dias, contudo, sua saúde piorou. Morreu vitimado por “uma congestão pulmonar metastática”⁷³⁶.

Qual o repertório intelectual dos cirurgiões militares que atuaram na Guerra do Paraguai? No momento em que pegavam serras e torniquetes para a extração do membro de um soldado ferido, deitado sobre uma mesa de pinho, quais os autores que lhes serviam de referência? Médicos europeus e norte-americanos influenciaram os doutores brasileiros. Vários facultativos franceses e ingleses eram citados em trabalhos e teses médicas (Paris e Londres eram centros de medicina que atraíam estudantes de vários países). Destaco, dentre os franceses, em razão da importância, os seguintes médicos: Dominique Jean Larrey; Guillaume Dupuytren; Alfred-Armand-Louis-Marie Velpeau; e Charles Emmanuel Sédillot.

O barão de Larrey⁷³⁷ nasceu em 1776, no vilarejo de Baudéan, nas proximidades da cordilheira dos Pirenéus. Perdeu o pai na adolescência (tinha apenas treze anos). Deslocou-se para Toulouse, onde estudou sob orientação de Alexis Larrey, seu tio. Alexis era cirurgião-major e professor. Era também correspondente associado da Academia Real de Cirurgia de Paris. Após dedicar-se por seis anos aos estudos, foi para Paris e tornou-se cirurgião-assistente da marinha francesa. Estava na cidade parisiense no momento em que eclodiu a Revolução de 1789. Testemunha-ocular dos impressionantes eventos daquele inverno, medicou vítimas da ação revolucionária no Hôtel Dieu. Permaneceu aí sob a supervisão do dr. Pierre Joseph Desault. Casou-se, alguns anos mais tarde, com Charlotte Elizabeth, filha de Laville-Leroux, ministro das finanças de Luis XVI, monarca e representante da dinastia dos Bourbons que foi decapitado, em 1793, defronte ao Palácio das Tulherias (o carrasco Sanson expôs sua cabeça e populares, nas

732 *Idem.*

733 *Idem.*

734 *Idem.*

735 *Idem.*

736 *Idem.*

737 Sobre a trajetória de o barão de Larrey, cf. RICHARDSON, Robert. *Larrey: surgeon to Napoleon's Imperial Guard*. London: Quiller Press, 2000 (1974); *Memoir of baron Larrey: surgeon-in-chief of the Grande Army (1861)*. London: Henry Renshaw, 1861 (republicado, em setembro de 2010, por Kessinger Publishing).

proximidades da guilhotina, histéricos, tentavam tocar os coágulos que escorriam do pescoço do monarca).

Notabilizou-se pela criação das *ambulâncias volantes*, leia-se, estações móveis nas quais os feridos, no interior dos vagões, recebiam cuidados médicos (não precisavam, assim, aguardar a chegada ao hospital para a ingestão de remédios ou aplicação de curativos). Apregoava uma operação rápida e simples, de forma a evitar a perda de muito sangue e a reduzir o sofrimento dos operados (lembre-se que na época de Larrey ainda não havia anestesia). Responsabilizou-se, durante a batalha de Borodino, em 7 de setembro de 1812, pelo tratamento dos feridos do exército napoleônico (o imperador, a propósito, o considerava “o mais bravo dos cirurgiões”). Realizou, no primeiro dia de combate, 250 amputações. Na batalha de Essling, entre os dias 21 e 22 de maio de 1809, amputou o fêmur do marechal Jean Lannes em dois minutos. Dois anos antes, em Eylau, operou na neve por 24 horas consecutivas (a temperatura era de menos 15 graus).

Serviu do Egito a Waterloo em sessenta batalhas. Em Waterloo foi capturado por prussianos que tomaram suas armas, anel e parte de suas roupas. Conduziram-no ao oficial superior que condenou-o a morrer fuzilado. Logo ele que nunca distinguiu aliados e inimigos quando o assunto era a preservação da vida. Mas não chegara sua hora ainda. Foi reconhecido por um médico prussiano e levado até Gebhard Leberecht von Blücher, marechal de campo e integrante das forças coligadas (Áustria, Prússia, Rússia e Inglaterra). Blücher lembrava de Larrey. Seu filho fora ferido, durante a campanha da Áustria, e caiu nas mãos dos franceses. Sua vida foi poupada graças à intervenção do cirurgião de Napoleão. Por gratidão, sua sentença foi cancelada. Em agosto de 1815, estava de volta a Paris.

Ao longo da Revolução de 1830, quando Carlos X foi forçado a deixar o poder, por uma massa descontentadíssima, após a implementação das “ordenações de julho”, ou seja, de um conjunto de decretos autoritários (suspensão da liberdade de imprensa; fechamento da câmara dos deputados; ampliação do censo eleitoral), Larrey estava na capital francesa. No decorrer dos “três dias gloriosos” (27, 28 e 29 de julho) trabalhou no Hospital Gros Cailou. No nosocômio estavam reunidos membros da Guarda Real. No terceiro dia, inúmeras pessoas, contra as quais os guardas reais tinham lutado, cercaram o Gros Cailou. Ameaçavam invadi-lo. Larrey teria se reportado a elas nos seguintes termos: “O que vocês desejam? Por que ameaçam este lugar? Não sabem que os doentes e feridos aqui pertencem a mim, que é meu dever defendê-los e que é também dever de vocês respeitar o infortúnio alheio?”⁷³⁸. Apesar da jovialidade de espírito e do desejo de servir ao seu país, poucas semanas após inspecionar os hospitais militares franceses na Argélia, morreu, em 1842, vitimado por uma broncopneumonia (Richardson, 2000, p. 240).

⁷³⁸ *Memoir of baron Larrey: surgeon-in-chief of the Grande Army (1861)*. London: Henry Renshaw, 1861 (republicado, em setembro de 2010, por Kessinger Publishing), p. 238.

Guillaume Dupuytren⁷³⁹ sabia que ia morrer em breve. As dores no tórax lhe incomodavam em demasia. Continuava a atender uns poucos pacientes; contudo, apenas em casa. A tuberculose maltratava-lhe o corpo. Aventou a possibilidade, quinze dias antes do fim, de ter seu empiema (acúmulo de pus em cavidade natural) operado. Acabou por desistir. Conformou-se com iminência de seu falecimento, ocorrido em 11 de janeiro de 1835. Dupuytren nasceu 58 anos antes, em 5 de outubro, em Pierre-Buffière, uma pequena cidade a 20 km de Limoges, área central da França. Não era membro da aristocracia francesa. Sua família, porém, não provinha dos estratos mais baixos da sociedade. Jean-Baptiste Dupuytren, seu pai, era advogado. Havia, entre os Dupuytrens, muitos cirurgiões. Contudo, de longe, o filho de Jean-Baptiste tornou-se o mais famoso (era o segundo de um total de nove irmãos - cinco faleceram ainda jovens). Alexis Boyer foi seu primeiro grande tutor de anatomia e cirurgia. Boyer atuava no Hospital de la Charité. Tornou-se, com o tempo, professor-assistente de cirurgia clínica nesta instituição. Tornou-se ainda, no ano das batalhas de Austerlitz e Trafalgar (1805), cirurgião-chefe de Napoleão Bonaparte. Ampliou sua fama ao publicar onze volumes sobre práticas cirúrgicas.

Dupuytren teve muitos outros tutores. Aprendeu as lições de patologia externa com Pierre Lassus, médico de Luis XV e Luis XVI (aparentemente foi ele quem atestou a morte de Luis XVII, com 10 anos, filho do monarca guilhotinado pelos jacobinos). Foi aluno de Raphael Sabatier com quem estudou “medicina operatória”. Publicou-se, em 1824, *La médecine opératoire*, obra de Sabatier, cuja revisão foi feita, em sua inteireza, por Dupuytren. Com Nicolas Vauquelin e Antoine Fourcroy tomou lições de química básica (com eles também aprendeu a registrar os sintomas dos pacientes e a observá-los cuidadosamente). François Chaussier desempenhou papel relevante ao ensiná-lo fisiologia experimental. O barão Antoine Portal apresentou-lhe as principais questões referentes à patologia interna. Dr. Desault, o mais famoso cirurgião e anatomista de seu tempo, destacou-se pela valorização da educação clínica. O jovem Dupuytren (tinha 18 anos quando Desault faleceu) foi também influenciado por suas aulas.

Rivalizava, no alvorecer do século XIX, como médico e anatomista em ascensão, com Marie François Xavier Bichat e René-Théophile-Hyacinthe Laënnec. Bichat em um espaço curto de tempo produziu dois trabalhos importantes: *Recherches physiologiques sur la vie et la mort* (1799) e *Anatomie descriptive* (1801), em cinco volumes. No ano seguinte, com 30 anos, vítima de meningite tubercular, encontrou a morte. Dupuytren, a desfraldar a tensão entre ele e o falecido, disse: “finalmente posso respirar!” (Wylock, 2010, p. 28).

Laënnec tornou-se um dos mais renomados facultativos do começo do século XIX. Guillaume Laënnec, irmão mais jovem de seu pai e médico-chefe do Hôtel Dieu em Nantes, teve

⁷³⁹ Sobre a biografia de Guillaume Dupuytren, cf. WYLOCK, Paul. *The life and times of Guillaume Dupuytren (1777-1835)*. Antwerpen: Brussels University Press, 2010.

um papel central nisso (*idem*, p. 29). Foi seu tio quem cuidou dele como um filho e incentivou-o a estudar medicina. Com apenas catorze anos já era cirurgião militar de terceira classe em Nantes. Tal experiência direcionou seu interesse, em tempos posteriores, para anatomia patológica. Tornou-se, em 1816, médico do Hôpital Necker. Nesse mesmo ano criou um instrumento clínico que mudou a prática da medicina: o estetoscópio. O instrumento popularizou-se rapidamente - mesmo os críticos de Laënnec, por exemplo, François-Joseph-Victor Broussais e seus discípulos, consideravam-no um invento importante (Ackerknecht, *op. cit.*, p. 90). Publicou, em 1819, sua obra sobre enfermidades dos pulmões e do coração. Título: *De l'auscultation médiate ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur*.

Dupuytren nunca operava por operar. Só realizava uma intervenção cirúrgica após avaliar seus riscos. Selecionava métodos e técnicas operatórias. Procurava, a partir do pensamento médico reinante em seu tempo, minorar a incidência de infecções. Precavia-se. Por exemplo, não operava catarata mediante a presença de conjuntivite. Igualmente não levava a cabo operações em que o paciente expusesse sintomas de erisipelas. Em relação a sua vida amorosa, sabe-se que casou-se, em 1810, com Geneviève Eugénie de Saint-Olive, dezessete anos mais jovem do que ele. Tiveram uma menina: Adeline, única herdeira do casal. O matrimônio, após anos de desgaste, fracassou. Em 1826, Dupuytren e Geneviève viviam em casas separadas. Nunca mais falou com ela. Nem nos momentos finais em que a morte, lentamente, assenhorava-se de seu corpo. Teve uma vida, ao afastar-se da esposa, marcada pela melancolia.

Velpeau era professor de clínica cirúrgica da faculdade de medicina de Paris, cirurgião do hospital de la Charité e membro da Academia de Medicina Real⁷⁴⁰. Destacou-se pela produção do relevante texto, a saber: *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Nele, analisava as formas de uso do bisturi, os tipos de sutura, os métodos operatórios etc.. Seus trabalhos exerceram muita influência sobre estudantes, sobretudo, norte-americanos (*idem*, p. 144). Fosse como fosse, por volta de 1848, expunha uma postura cada vez mais cética em relação às amputações em função das altas taxas de mortalidade (*idem*, p. 146). Sédillot era professor da faculdade de medicina de Strasbourg. Assumiu, como Velpeau, uma posição crescentemente cética no concernente às práticas cirúrgicas em razão dos seus resultados negativos. Tal perspectiva modificou-se com o avanço das pesquisas de Louis Pasteur. Sédillot, fervoroso defensor das ideias pasteurianas, introduziu, em 11 de março de 1878, aos 74 anos, o termo “micróbio” na linguagem médica (em louvor à Academia de Ciências de Paris) e procurou perceber sua influência sobre a cirurgia (*idem*).

Os doutores brasileiros também conduziam embaixo dos braços os manuais ingleses. Liam os trabalhos de William Fergusson, Thomas Alcock, John Bell, John Eric Erichsen. No entanto, o

740 VELPEAU, Alfred. *Op. cit.*.

mais festejado entre os britânicos, era George Guthrie⁷⁴¹. Tido como o “Larrey inglês”, Guthrie nasceu em 1º de maio de 1785, em Londres. Era o único filho de Andrew Guthrie. Andrew enriquecera por conta de uma herança recebida do tio materno, um cirurgião naval que atuara na Guerra de Sucessão Austríaca. George Guthrie deu os primeiros passos no terreno da medicina ao tornar-se aprendiz de William Hunter na “Great Windmill Street Schooll of Anatomy and Medicine”. Com apenas 15 anos era assistente de cirurgia no exército inglês. Casou-se, aos 21 anos, com Margaret Gordon, filha de Walter Patterson, governador-tenente do príncipe Edward em Halifax, Nova Escócia.

Com as Guerras Napoleônicas, mais especificamente a Guerra Peninsular, obteve larga experiência em cirurgia militar. Tal experiência foi o elemento central para sua reputação médica vindoura, suas leituras e seus livros sobre ferimentos de guerra (sete ao todo). Durante a batalha de Albuhera, em 16 de maio de 1811, Guthrie e sua equipe operaram 18 horas por dia ao longo de três semanas. Duque de Wellington reconheceu seu esforço e concedeu-lhe uma medalha. Seu trabalho mais importante tem o seguinte título: *Commentaries on the surgery of the war* (1815). A quinta edição foi publicada em 1853. Tinha pouco mais de 600 páginas e 240 mil palavras. Fazia uma observação detalhada sobre os pacientes e mobilizava informações obtidas com dissecações anatômicas e estudos *post-mortem*. Destacava ferimentos na cabeça, tórax, membros. Discutia, além disso, as principais vicissitudes que envolviam as amputações.

A sexta e última edição foi publicada, em 1855, na Inglaterra, um ano antes do falecimento de Guthrie. Foi ampliada. Apresentava 672 páginas. Incluía as impressões de outros cirurgiões; impressões estas obtidas na Guerra da Crimeia (que ainda estava andamento). Foi publicizada também na Filadélfia, em 1862, em plena Guerra Civil Americana. Após passar muito mal durante a noite de 30 de abril de 1854, com muita tosse, morreu no dia seguinte. Era seu aniversário.

Os doutores brasileiros também foram influenciados por facultativos norte-americanos. Referiam-se aos médicos estadunidenses, contudo, menos vezes (o mesmo ocorria em relação a doutores italianos e alemães). John Julian Chisolm⁷⁴², aparentemente, não era lido. Chisolm era

741 Para informações sobre George Guthrie, cf. HURT, Raymond. *George Guthrie: soldier and pioneer surgeon*. London: Royal Society of Medicine Press, 2008; CRUMPLIN, Michael. *Guthrie's war: a surgeon of the Peninsula and Waterloo*. South Yorkshire: Pen and Sword, 2010.

742 Sobre John Julian Chisolm cf. “Chisolm, John Julian” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*; HAMBRECHT, F. Terry. “J.J. Chisolm, M.D. confederate medical and surgical innovator” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Op. cit.*. Entre 1870 e 1888, houve a publicação de um trabalho de fôlego sobre os aspectos da medicina e da cirurgia praticadas na Guerra Civil Americana. Trata-se do *The medical and surgical history of the war of the rebellion*. A obra, em seis volumes (três médicos e três cirúrgicos), foi elaborada a partir de fontes unionistas. Edwin M. Stanton, secretário de guerra, criou condições para que, em 1868, o congresso norte-americano financiasse a publicação de cinco mil cópias. O texto apresenta inúmeros relatos médicos obtidos ao longo da conflagração. Há também fotografias e ilustrações. O primeiro volume médico reúne estatísticas sobre doenças e taxas de mortalidade. Tais estatísticas tinham as seguintes referências: a “cor” dos soldados (brancos e negros); a região; os hospitais etc.. O segundo volume expõe relatórios e dados estatísticos sobre diarreia e disenteria (existem ainda descrições detalhadas de pacientes). O terceiro descreve febres e outras enfermidades que

cirurgião do exército confederado. Nasceu em 16 de abril de 1830, em Charleston, Carolina do Sul. Seus pais eram Robert Trail e Harriet Emily Schutt Chisolm. Graduou-se, em 1850, no “Medical College of the State of South Carolina”. Nesse mesmo ano viajou para Paris e Londres, cidades nas quais aprofundou seus estudos. Tornou-se, em pouco tempo, um cirurgião cuja habilidade era reconhecida por seus pares. O amor tocou-lhe o coração e, em 1852, casou-se com Mary Edings Chisolm, sua prima. Retornou, sete anos depois, ao continente europeu. Visitou hospitais militares em Milão, Península Itálica. Atentou, em tais nosocômios, ao tratamento dispensado aos feridos procedentes da batalha de Magenta e da batalha de Solferino no contexto da Segunda Guerra de Independência Italiana.

Produziu um texto que serviu de base para os médicos confederados. O *manual of military surgery for the use of surgeons in the confederate army* foi publicado em três edições durante a Guerra de Secessão (a primeira publicação é de 1861; houve duas revisões em 1862 e 1864). Sua experiência na clínica civil e no exterior foram importantes para a realização da obra. Duas razões levaram Chisolm a fazer o manual: 1^a) a experiência diminuta dos médicos confederados com ferimentos e práticas cirúrgicas⁷⁴³; 2^a) a impossibilidade de importar tratados médicos e manuais de cirurgia em virtude do bloqueio aos portos sulistas estabelecido pelos unionistas.

Atuou na montagem de hospitais e na distribuição de materiais médicos para o exército sulista. Preocupava-se, por exemplo, em enviar carregamentos de clorofórmio para as áreas nas quais enfrentamentos militares seriam iminentes. Após a morte de sua esposa, em 1888, Chisolm contraiu matrimônio com uma mulher mais jovem. Chamava-se Elizabeth Steel. Teve um filho com ela. Mas o destino reservou-lhe uma infelicidade. Sofreu, em 1894, um derrame cerebral do qual nunca se recuperou completamente. Enquanto teve forças seguiu a trabalhar com medicina. Faleceu em 2 de novembro de 1903.

Se os médicos nacionais silenciavam em relação ao texto de Chisolm; o mesmo não ocorreu com os trabalhos de Samuel David Gross. Manoel Pinto Ferreira⁷⁴⁴ nasceu em Caeté, Minas Gerais. Seus pais eram Manoel Pinto Ferreira e Maria Pacheco Pereira e Silva. Formou-se em medicina pela faculdade do Rio de Janeiro e era ex-primeiro-cirurgião do exército. Como tantos outros doutores estivera na Guerra do Paraguai. Dr. Ferreira lembrava que as lesões produzidas por projéteis eram tão graves e extensas, que, apesar do conservadorismo do cirurgião, a amputação era

atingiram os combatentes. Os três volumes cirúrgicos explicitam os ferimentos provocados por fuzis. A parte I do segundo volume detém uma análise minuciosa das cirurgias de cabeça, face, pescoço, tórax etc.. Joseph K. Barnes, cirurgião-geral do exército nortista no final da Guerra de Secessão, teve um papel central na materialização da obra. Barnes manteve sua posição por dezessete anos após o término do conflito. Quatro dos seis volumes foram publicados sob sua supervisão, cf. “*The medical and surgical history of the war of the rebellion*” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*; “Barnes, Joseph K.” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.*; BARNES, Joseph K.; WOODWARD, Joseph Janvier; SMART, Charles; OTIS, George Alexander; HUNTINGTON, David Lowe. *Op. cit.*

743 Tal preocupação está presente no prefácio da primeira edição, CHISOLM, Julian John. *Op. cit.*

744 FERREIRA, Manoel Pinto. *Op. cit.*

a única alternativa⁷⁴⁵. No entanto, reconhecia que alguns médicos criticavam as intervenções cirúrgicas. Na sua avaliação, tais críticas eram exageradas.

Ferreira afirmava que a gangrena procedente da lesão concomitante dos troncos arteriais e venosos, que principiava na extremidade dos membros, raramente deixava de se expandir⁷⁴⁶. Quando isso acontecia a região necrosada era muito maior do que a área onde originalmente a enfermidade começara. Influenciado pelo dr. Gross, mobilizava-o para tematizar tal ponto. Estes casos, asseverava o médico norte-americano,

'... são desesperados, principalmente quando a mortificação apodera-se repentinamente do membro, manifestando tendência a estender-se, de modo a invadir, em poucas horas quase todo ele; nem as aplicações locais, nem os meios internos gerais podem sustar a sua ação mórbida; o organismo tem sofrido um abalo profundo e as partes afetadas perecem, não por polegadas, mas por pés. Eu vi ... muitas vezes ... esta variedade de gangrena estender-se dos artelhos, tarso, ou maléolo até a articulação femuro-tibial e mesmo até a coxo-femural em menos de 36 horas, principalmente em casos, em que sendo insignificante a lesão aparente, o estrago era situado profundamente de modo a envolver músculos, vasos, nervos e ossos. Se nestas circunstâncias a amputação não for praticada, a morte, cuja marcha é indicada por uma cor azulada, purpurina, lívida, não pode deixar de, em poucos dias, terminar com a existência do paciente; a operação, deve, pois, ser praticada o mais cedo possível, e o cirurgião não esperará loucamente por uma linha de demarcação, que não poderia dar-se desde que, nem a parte, nem o sistema, tem o poder de fazer parar a ação mórbida. Os resultados, é verdade, são geralmente desfavoráveis, porém como a operação é a única probabilidade, que tem o paciente de curar-se, restar-lhe-á, ao menos, o benefício que dela lhe pode provir. Nos poucos casos em que eu tenho amputado nestas desfavoráveis circunstâncias, o resultado foi sempre fatal, exceto em dois'⁷⁴⁷.

Dr. Ferreira, baseado em Gross, argumentava que quatro⁷⁴⁸ fatores favoreciam a mortalidade nas amputações: 1º) a idade, saúde prévia e posição social do paciente; 2º) as causas da intervenção cirúrgica; 3º) a natureza, extensão e local da cirurgia; 4º) o tratamento do amputado.

O primeiro fator destacava as condições do indivíduo às vésperas da intervenção cirúrgica. Sua idade precisava ser levada em consideração; se fosse ancião, de “constituição fraca”, a

745 *Idem*, p. 7.

746 *Idem*, p. 17.

747 *Idem*, pp. 17-18.

748 *Idem*, pp. 50-55.

possibilidade de falecer em uma mesa de operação era maior, ou mesmo de uma complicação posterior decorrente da cirurgia. Se fosse jovem os “acidentes” eram menos frequentes. Outras questões se apresentavam quando o tema era a saúde do paciente. Se a pessoa gozasse de boa saúde resistia melhor a operação, e as suas consequências; o mesmo não ocorria quando o indivíduo tinha seu organismo debilitado, “exausto por sofrimentos anteriores”. Igualmente relevante era a posição social do ferido, seus hábitos e ocupação. Por exemplo, o soldado sem as acomodações básicas não podia apresentar as mesmas condições, do ponto de vista da saúde, do “general, a quem raríssimas vezes falta, não diremos o luxo, mas o indispensável”.

O segundo fator mencionava as circunstâncias que levaram à amputação. A pessoa alvejada por um fuzil de guerra, vítima de uma lesão grave, como uma fratura composta, tinha mais chances de perecer do que outra vitimada em contextos menos extremos, e com lesões de menor gravidade. Naquele caso, a reação do corpo dava-se lentamente, e de maneira imperfeita.

No terceiro, dr. Ferreira analisava as características gerais das amputações, leia-se, natureza, tamanho, e sede. Dizia que no meio civil a amputação primitiva ou imediata era “menos perigosa” do que a consecutiva ou secundária. Na esfera militar, a despeito de contextos distintos, notava-se o mesmo fenômeno. Afirmava que para comprová-lo bastava uma consulta às estatísticas dos hospitais militares. Asseverava ainda que, “depois da descoberta da pólvora, é um fato de observação, em todos os tempos e em todos os países, os resultados das amputações imediatas tem sido incomparavelmente mais favoráveis do que os das outras”. Ferreira, nesse momento, a enfatizar a eficácia das amputações primitivas, usou suas tintas para mobilizar as duas principais referências das cirurgias francesa e britânica.

Larrey e Guthrie conseguem brilhantes resultados, salvando ... três quartos de seus amputados; nas campanhas de Bonaparte, na Guerra Peninsular, onde só se empregavam balas redondas, obtêm-se belos resultados das amputações primitivas; os cirurgiões ingleses na Crimeia, onde se jogavam balas cônicas e cilindro-cônicas, cujos efeitos são muito mais destruidores do que os das redondas, ainda obtêm-se resultados semelhantes; na guerra dos Estados Unidos, e é este um fato muito importante, os cirurgiões norte-americanos conseguem resultados idênticos aos obtidos pelos cirurgiões europeus⁷⁴⁹.

O médico, mais a frente, avaliava o problema da extensão do ferimento oriundo da amputação; problema este que incidia sobre a recuperação dos amputados. Entendia que as

estatísticas indicavam que quanto mais próxima do tronco, maior era o perigo para o amputado. E não apenas isso. As cirurgias de fêmur, tíbia e úmero mostravam que as amputações deviam ocorrer na epífise (extremidade do osso). Nesta área, diferente da diáfise (zona intermediária do osso), a gravidade era menor, havendo, portanto, menos riscos de infecção. Deve-se sublinhar aqui a importância que os doutores do oitocentos atribuíam às estatísticas. Muitos, como dr. Ferreira, orientavam suas ações a partir delas. No decorrer do tempo, houve a produção de quadros estatísticos mais completos e sofisticados, que seriam usados por médicos brasileiros e estrangeiros.

No quarto e o último fator, o facultativo refletia sobre os cuidados médicos necessários no pós-cirúrgico, e sobre os problemas que poderiam aí se apresentar. Julgava a “má alimentação e a falta de meios próprios para os curativos” elementos que impediam que vidas fossem poupadas. Ademais, a partir de uma perspectiva abrangente, compreendia que as condições higiênicas, o estado da atmosfera (pureza e temperatura), a presença de epidemias, o abatimento moral e outras variáveis concorriam para o resultado das cirurgias importantes, sobretudo as amputações. Dr. Ferreira, obviamente, não deixava de mencionar a questão da aglomeração de feridos em uma única sala; fator que favorecia, como vimos, o irrompimento de gangrena. A ausência de zelo nos curativos igualmente levava ao óbito, especialmente a demora em executá-los. A lentidão na aplicação dos “aparelhos” não apenas gerava infecção; outrossim alterava e empestava “a atmosfera em que vivem os amputados ...”. Resultado: mais cadáveres.

Ferreira, em conclusão, apresentava estatísticas⁷⁵⁰ sobre a mortalidade por amputações realizadas nos hospitais da Pensilvânia, New York e Massachusetts. Não informava o período. Os números foram extraídos do livro *A system of surgery*, o mais importante trabalho escrito por Samuel David Gross. Um sintoma da grande influência que o médico norte-americano exercia sobre o doutor brasileiro.

É necessário jogar mais luz sobre a questão das amputações imediatas e secundárias. Não se tratava de uma questão qualquer. O debate acerca da melhor forma de amputação (primitiva ou consecutiva) ensejava discussões calorosas entre os médicos. Tal debate não começara no século XIX. Era uma polêmica que já inquietava, em esferas internacionais, os doutores do seiscentos. “Muito se tem discutido”⁷⁵¹, escrevia Ferreira, “sobre a época em que se deve praticar as amputações. Dessas discussões resultam que, desde que uma amputação é julgada *indispensável*, ela deve ser praticada imediatamente, isto é, logo que o pulso se torne cheio e regular, que a palidez

⁷⁵⁰ Os dados eram os seguintes: “Em 546 amputações por traumatismo e moléstias, perderam-se 198, isto é, 36:100. Das 546 amputações, 537 foram por traumatismo e perderam-se 194, isto é, 36:100. Das 537 amputações, 427 foram por ferimentos por arma de fogo e perderam-se 131, isto é, 31:100. As 427 amputações por ferimentos por arma de fogo eram assim distribuídas: coxa 154, das quais tiveram mau resultado 59, o que dá 38%; perna 104, das quais tiveram mau resultado 41, o que dá 26%; braço 84, das quais tiveram mau resultado 20, o que dá 23%; anti-braço 85, das quais tiveram mau resultado 11, o que dá 13%”. FERREIRA, Manoel Pinto. *Op. cit.*, p. 55.

⁷⁵¹ *Idem*, p. 3.

desapareça, que a sede abrande, e que o calor volte a superfície do corpo ...”752.

Em defesa das amputações primitivas, citava, novamente, George Guthrie.

A superioridade da amputação imediata sobre as outras nos ferimentos graves, já de há muito proclamada por Guthrie, que assevera que a mortandade nas amputações consecutivas era pelo menos três vezes maior do que a das amputações primitivas, foi confirmada pelos mais lisonjeiros resultados das observações dos cirurgiões militares ...753.

Indicava ainda as estatísticas754 do “Larrey inglês” e de Thomas Alcock que valorizavam as amputações imediatas. Lembrou que nas estatísticas apresentadas por Guthrie, cujo esteio era a Crimeia conflagrada, os ferimentos foram feitos por balas cônicas, uma indicação de que eram mais graves do que os produzidos por balas redondas755. Daí a existência de “alguns casos desesperados”756.

Tal ressalva tinha o mérito de explicitar a habilidade e destreza do cirurgião britânico que alcançara números expressivos; números estes que mostravam seu esforço para a preservação da vida dos combatentes. Dr. Ferreira era sofisticado, moderno, não obscurecia sua análise prendendo-se a determinados padrões da medicina de sua época. Discordava dos autores que consideravam o tempo, lugar, estações do ano, pontos fundamentais, que exerciam grande influência sobre o resultado das cirurgias757. Sua experiência mostrou-lhe que “se tal influência existe, ela é tão insignificante que não vale a pena ser mencionada”758. Para robustecer sua argumentação em prol das amputações primitivas destacava outros doutores: Velpeau, Sédillot, John Bell e mais.

Mencionando Larrey e Velpeau, dr. Almeida sublinhava cinco casos nos quais a intervenção cirúrgica era imprescindível.

1º – Quando uma parte do membro é levada na totalidade de seu diâmetro, ou quando fica apenas mantida por alguns retalhos da pele.

2º – Quando os ossos são reduzidos a fragmentos múltiplos e as partes moles dilaceradas,

752 *Idem*, pp. 3-4.

753 *Idem*, p. 4.

754 “Alcock, de 664 amputações primitivas perdeu 80, isto é, 1 sobre 8,3. Guthrie, de 690 amputações primitivas perdeu 175, isto é, 25,3 por cento. Alcock, de 654 amputações secundárias perdeu 310, isto é, 1 sobre 2,1. Guthrie na Guerra da Crimeia, de 89 amputações secundárias perdeu 38, isto é, 42,7 por cento”. *Idem*.

755 *Idem*, pp. 4-5.

756 *Idem*, p. 5.

757 *Idem*.

758 *Idem*.

sendo comprometidos vasos e nervos importantes.

3º – Quando em uma grande zona as partes moles tem sido profundamente contusas e esmigalhadas, e os ossos fraturados, ainda mesmo não se dando grandes lesões para os tegumentos.

4º – Quando uma grande articulação é comprometida, e existem corpos estranhos perdidos ou encravados entre as superfícies articulares.

5º – Quando uma artéria importante tem sido aberta, a ligadura se torna impossível, ou quando a artéria e a veia principais do membro são simultaneamente seccionadas, coincidindo com a fratura do osso⁷⁵⁹.

Almeida apontava as dessemelhanças entre cirurgia militar e civil quando o assunto era amputações. Os cirurgiões militares viam as operações em campo de batalha como uma intervenção médica peculiar⁷⁶⁰. Relacionava-se tal ponderação com a situação excepcional em que se encontravam os enfermos de guerra. “Com efeito, um traumatismo que na clínica civil muitas vezes comportaria a conservação do membro, em cirurgia militar indica forçosamente sua amputação ...”⁷⁶¹. No teatro de operações militares outros fatores demandavam operação. Podiam

existir focos epidêmicos, falta de alimentação conveniente, acúmulo de doentes em um só hospital e milhares de outras circunstâncias que, viciando as condições de salubridade do lugar, destroem também as probabilidades de cicatrização regular de ferimentos graves e complicados que exigiriam cuidados especiais⁷⁶².

Dr. Almeida, a expressar a inquietação intelectual de seu tempo, colocava-se a seguinte pergunta: “Nas amputações traumáticas, uma vez estabelecida sua indicação, quando convém amputar?”⁷⁶³ Almeida partilhava da mesma opinião de Ferreira. Também apregoava as amputações imediatas. Dizia que as questões suscitadas pelo debate amputações primitivas *versus* amputações secundárias constituíam “um assunto litigioso”⁷⁶⁴, talvez, insolúvel. No entanto, nenhum cirurgião deveria duvidar, julgava, de que o doente com “uma ferida bem acondicionada e regular”⁷⁶⁵,

759 ALMEIDA, Antônio Caetano de. *Op. cit.*, p. 14.

760 *Idem.*

761 *Idem.*

762 *Idem*, pp. 14-15.

763 *Idem*, p. 22.

764 *Idem*, p. 23.

765 *Idem.*

procedente de uma operação bem executada, tinha melhores condições de se recuperar do que aquele que sofria um grave ferimento por arma de fogo. Este apresentava “uma solução de continuidade caprichosamente irregular com bordos contusos e esmagados, ossos fraturados, vasos importantes abertos, nervos descobertos etc...”⁷⁶⁶.

Dr. Almeida mencionava Sédillot. Apesar de reconhecer que muitos doutores apoiavam as amputações consecutivas, Almeida frisava que o médico francês ponderava que os dados apresentados pelos partidários de tais amputações eram “antes aparentes do que reais ...”⁷⁶⁷. Se

em igual número de operados por indicações consecutivas e por indicações primitivas os primeiros levam vantagem em relação aos resultados é porque esse grupo representa apenas uma fração de um outro muito maior ...⁷⁶⁸.

O cirurgião trazia, uma vez mais, Alfred Velpeau para a discussão. Ignorava o desencantamento do esculápio francês, por volta de 1848, com as intervenções cirúrgicas. Ao contrário, via-o como um “sectário decidido das amputações imediatas”. Lembrava que Velpeau defendia, na impossibilidade de conservar o membro do enfermo, a operação primitiva, de forma a evitar os fenômenos inflamatórios⁷⁶⁹. Mencionava aqui seu texto clássico *Nouveaux éléments de médecine opératoire*. Suas tintas: “Em seu 'Novos elementos de medicina operatória' cita dados estatísticos de sua observação e de diversos práticos, que tendem a demonstrar os excelentes resultados fornecidos pelas amputações imediatas”⁷⁷⁰.

Dr. Almeida não deixou de fazer menção à medicina britânica. Citava Fergusson de modo a esclarecer sua visão em favor das amputações primitivas.

Fergusson, baseado em suas observações colhidas no hospital de Edimburgo e na prática dos cirurgiões militares, não hesita em praticar amputações imediatas logo que as indicações se apresentam; só recomenda que é conveniente deixar passar o primeiro momento, aquele em que o indivíduo se acha ainda sujeito à impressão que nele tem produzido o ferimento⁷⁷¹.

766 *Idem.*

767 *Idem*, p. 24

768 *Idem.*

769 *Idem*, p. 25.

770 *Idem.*

771 *Idem.*

Mobilizava também John Eric Erichsen. Dizia que Erichsen acreditava que na clínica civil as amputações consecutivas dariam melhores resultados do que na cirurgia militar⁷⁷². Porém, o contrário ocorria com as imediatas. Estas ofertavam resultados mais favoráveis no exército⁷⁷³. Almeida era obrigado a reconhecer que, na avaliação do cirurgião inglês, a eficácia das amputações primitivas nos campos de batalha decorria menos de seu “imediatismo” do que do moral ou da predisposição emocional do ferido. Rememorava a ponderação de Erichsen segundo a qual o combatente, no teatro de operações de guerra recebia “seu ferimento com melhor disposição de ânimo, com mais resignação”, vendo-o como um “acidente glorioso”⁷⁷⁴. O homem civil, “cujo membro é fraturado pelas rodas de um veículo, ou por uma queda desastrosa, não estando preparado para tal acontecimento, deixa-se impressionar desagradavelmente e entrega-se a um profundo abatimento de espírito, que produz grande influência sobre os resultados da operação que tem que sofrer”⁷⁷⁵.

Dr. Duarte, como seus pares Ferreira e Almeida, igualmente preconizava as amputações imediatas. Asseverava, tendo Dupuytren por base, que a amputação imediata realizava-se, geralmente, nas primeiras 24 horas após o trauma⁷⁷⁶. Afirmava que, ao praticar-se a operação nesse momento, protegia-se o paciente dos perigos da inflamação, e de outras consequências da amputação⁷⁷⁷. Mais do que isso. Transportá-lo tornava-se uma tarefa mais fácil. Se, ao contrário, postergava-se a intervenção, na esperança de se preservar o membro fraturado, o enfermo era obrigado a sofrer dores decorrentes da extração das esquirolas. Depois, vinha a inflamação e a

772 *Idem.*

773 *Idem.*

774 *Idem.*

775 *Idem.* Dr. Ferreira explorou o assunto. Vejamos: “[o] soldado submete-se com mais sangue-frio às amputações do que o homem paisano, e às vezes, gloria-se com a perda de um membro, acreditando que seus concidadãos nisso veem a prova de sua bravura e patriotismo, ao passo que o último, pelo contrário, acredita que seus companheiros e o povo consideram essa perda como uma curiosidade, digna de compaixão, e só enxerga nela um objeto de pesar e que só lhe recorda tristes momentos de sua vida ...”. FERREIRA, Manoel Pinto. *Op. cit.* p. 52.

776 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 23. Dupuytren era uma das principais referências teóricas de Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo. A epígrafe do capítulo sobre cirurgia na Guerra da Tríplice Aliança da sua *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869* foi extraída de uma das obras do médico francês, cf. AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 32. Meton da França Alencar ao discutir os ferimentos por arma de fogo na uretra também tinha Dupuytren como base. Citava o esculápio francês para mostrar que raramente a uretra era atingida isoladamente. Mobilizava-o, novamente, para tratar da questão da hemorragia. Uma leve contusão na região peniana podia produzir hemorragia. No entanto, “ela pode faltar nos ferimentos por arma de fogo, como diz o Sr. Dupuytren nos termos seguintes: ‘poder-se-ia crer em uma hemorragia muito grave nos ferimentos do pênis por arma de fogo; mas nem sempre assim é’”, cf. ALENCAR, Meton França. *Op. cit.*, p. 28. Os ferimentos na uretra chamaram a atenção dos facultativos na Guerra do Paraguai. “Na guerra que o Brasil sustentou por cinco anos com a república do Paraguai e em que desafiou heroicamente os seus brios de nação poderosa, alguns cirurgiões que lá estiveram observaram ferimentos da uretra por arma de fogo”, cf. ALENCAR, Meton França. *Op. cit.*, p. 25. O mesmo ocorrera na Guerra de Secessão. Sobre ferimentos no canal peniano durante a Guerra Civil Americana, cf. HERR, Harry. “The privates were shot’ urological wounds and treatment in the Civil War” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Op. cit.*

777 DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *Op. cit.*, p. 23.

gangrena, que o fragilizava para uma cirurgia tão grave⁷⁷⁸. Diante de tais circunstâncias, Duarte considerava as amputações imediatas de grande valia; e o trabalho dos cirurgiões militares e as estatísticas comprovavam, segundo ele, sua asserção.

Nem todos os médicos brasileiros valorizavam as amputações primitivas como Ferreira, Almeida e Duarte. Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo, em sua obra magistral sobre cirurgia militar, euforizava as amputações secundárias. Azevedo, a recolher dados a partir das batalhas experimentadas pelo exército e esquadra nacionais na Guerra da Tríplice Aliança, analisou um número elevado de amputados. E reconheceu as desvantagens das amputações imediatas⁷⁷⁹. A pisar em ovos, afirmava: “Sabemos que divergimos da opinião de muitos colegas, quanto às vantagens que os sectários das amputações imediatas admitem, é possível mesmo que estejamos em erro, mas somos obrigados a dizer o que observamos e a prática demonstrou-nos”⁷⁸⁰.

Dr. Azevedo não duvidava de que amputações realizadas imediatamente, sem a cessação da grande depressão nervosa ou do colapso emocional, representavam um erro. Sua convicção radicava-se em dois pontos: a) as amputações primitivas apresentavam resultados negativos, e provocavam, amiúde, óbito⁷⁸¹; b) tais amputações expunham grande dificuldade para a cicatrização do ferimento⁷⁸². Para o cirurgião-mor da esquadra e seus seguidores, alicerçados em médicos franceses, ingleses e americanos, as amputações imediatas deviam ser rejeitadas⁷⁸³. As intervenções cirúrgicas só deviam ser praticadas no momento em que os “fenômenos primitivos” tivessem desaparecido⁷⁸⁴.

O caminho percorrido até aqui mostrou que, no momento das amputações, praticadas durante a Guerra do Paraguai, os pacientes não perdiam completamente sua autonomia, permanecendo reféns das decisões tomadas pelos cirurgiões militares. Os feridos rechaçavam ou não o clorofórmio; contavam aos operadores o histórico de sua saúde; reivindicavam cigarros para aplacar a tensão. Donde infere-se que a cirurgia militar era um *processo* cuja construção tinha por esteio o relacionamento cirurgião-paciente. Apesar do médico representar o lado mais forte desta relação, os feridos detinham uma certa independência.

Os doutores e estudantes liam tratados e manuais cirúrgicos estrangeiros, principalmente franceses, ingleses e norte-americanos. As análises do barão de Larrey e de George Guthrie eram as mais citadas. Por meio delas os facultativos entravam em contato com experiências médicas presentes nas Guerras Napoleônicas e na Guerra da Crimeia. A seguir a praxe acadêmica, os

778 *Idem.*

779 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *Op. cit.*, p. 387.

780 *Idem.*

781 *Idem.*

782 *Idem.*

783 *Idem.*

784 *Idem.*

médicos mencionavam em suas teses Larrey e Guthrie, sobretudo suas estatísticas (instrumento central para a validação do argumento “científico” naquele contexto). Porém, alguns expunham uma predileção teórica por nomes menos ressaltados pelos seus pares. Foi o caso de Manoel Pinto Ferreira em relação a Samuel David Gross. O trabalho de dr. Ferreira sofreu uma forte influência da medicina norte-americana, particularmente das reflexões de Gross. As discussões trazidas pelos doutores estrangeiros, à luz da Guerra do Paraguai, foram reelaboradas em aulas e debates nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, mas também na Academia Imperial de Medicina. Destacava-se, dentre elas, a tematização seguinte: amputações imediatas *versus* amputações secundárias. Esta e outras discussões refletiram-se em anais e em obras acadêmicas.

As experiências trazidas pela Guerra da Tríplice Aliança no que dizia respeito às intervenções cirúrgicas, sobretudo amputações, provavelmente, proporcionaram avanços. Os médicos e acadêmicos, em razão do uso generalizado do clorofórmio, tiveram condições de analisar os efeitos do líquido incolor sobre o corpo humano. Estudaram atenciosamente doenças como gangrena e tétano, destacando a questão da aglomeração de enfermos nos hospitais e da higiene nosocomial. Testaram novas terapias; embora ainda recorressem a tratamentos tradicionais (sangrias, clisteres, sinapismos). Foram obrigados a aprender e/ou aprimorar métodos operatórios. Aqui a criatividade e o dinamismo de alguns cirurgiões foram relevantes em virtude da necessidade de contemplar o alto número de feridos após as batalhas. Um processo complexo que envolvia atendimento preliminar, remoção, hospitalização, e cirurgia. A desordem emocional provocada pela Guerra do Paraguai antecipou questões caras à psiquiatria militar do século XX. Penso, por exemplo, na fragilidade psicológica dos combatentes em face da mutilação e a auto-imagem construída pelo veterano a partir de então.

Se, de fato, houve avanços, não se limitaram à Guerra da Tríplice Aliança. As Guerras Mundiais fomentaram, dentre outras cousas, o desenvolvimento da cirurgia plástica (Cooter, 1997, p. 1544; Hollingham, *op. cit.*, pp. 234-261). Aeronaves como *Hurricane* e *Spitfire*, usadas na batalha da Inglaterra, durante a Segunda Guerra Mundial, tinham os tanques de combustível muito próximos do painel de controle (Hollingham, *op. cit.*, p. 247). O *Hurricane* tinha ainda um tanque em cada uma de suas asas (25 galões de combustível). O compartimento em que ficava o piloto, por ocasião de uma falha do projeto, não era protegido pelo fogo. Se o tanque explodisse, conseqüentemente, corpo do militar era envolto em chamas, no geral, a parte superior.

Rostos sem pálpebras, nem sobrancelhas, narizes disformes, bocas distorcidas necessitavam de reconstrução. O cirurgião Archibald McIndoe explicitou toda sua competência ao refazer semblantes desfigurados através do uso do pedículo valsante (*idem*, pp. 246-253). Os pedículos possibilitavam a conexão de uma parte a outra do corpo até suprir com sangue a área afetada.

McIndoe atuou não apenas como cirurgião; foi igualmente psicólogo⁷⁸⁵. Procurou criar mecanismos para reintegrar socialmente seus pacientes. Incentivava-os a deixar os leitos do hospital de East Grinstead, e caminhar pelas redondezas. O problema dos ex-combatentes era externo, cosmético, nada, portanto, que impedia-os de jogar futebol ou tomar cervejas – mesmo que ainda tivessem pedículos a tremular presos em seus rostos. Os rapazes da aeronáutica conseguiam, então, reinventar suas vidas.

As Guerras Mundiais também favoreceram o desenvolvimento de membros artificiais⁷⁸⁶. A Primeira Grande Guerra gerou quatro milhões de soldados alemães feridos; estima-se que 67 000 perderam um ou mais membros (Linker, 2011, p. 98). A situação dos ingleses era igualmente dramática. 750 000 veteranos tornaram-se deficientes físicos permanentes; destes 41 000 perderam um braço, uma perna ou ambos (*idem*). A demanda por próteses era muito alta. Robert Osgood, ortopedista norte-americano (cumprira serviço na França), acreditava que, em 1915, os fabricantes franceses tinham condições de produzir somente 700 membros artificiais para 7000 amputados (*idem*). No último ano da conflagração, em junho, um nosocômio britânico registrava que 4231 combatentes amputados aguardavam o recebimento de próteses de braços e pernas (*idem*).

Destacavam-se os norte-americanos na produção de membros artificiais. A posição privilegiada foi obtida no contexto da Guerra Civil Americana⁷⁸⁷. Os cirurgiões, ao longo do conflito, realizaram mais de 50 000 amputações e 75% dos amputados sobreviveram (Schroeder-Lein, *op. cit.*, pp. 29-30). A União estimulou a fabricação de membros para cerca de 35 000 veteranos fisicamente deficientes (Linker, *op. cit.*, p. 98). Era tão grande a necessidade de próteses que, entre 1861 e 1870, surgiram 88 novas patentes referentes a pernas artificiais (Schroeder-Lein, *op. cit.*, pp. 29-30). O congresso norte-americano aprovou, em 16 de julho de 1862, uma lei segundo a qual o ex-combatente amputado tinha direito a receber \$ 50 para a compra de um braço artificial e \$ 75 para perna (*peg leg*). Os membros artificiais eram, no geral, de madeira ou de madeira e couro. Nem sempre as indenizações pagas pelo governo foram usadas na compra de membros. Havia boatos de que veteranos da Guerra de Secessão (e da Guerra Hispano-Americana) gastavam o dinheiro com bebidas alcoólicas (Linker, *op. cit.*, p. 100).

O governo do presidente Woodrow Wilson, a despeito do *background* estadunidense na produção fabril de braços e pernas, autorizou, em 17 de setembro de 1917, a criação do Laboratório do Membro Artificial - *Artificial Limb Laboratory*, mais conhecido como *Limb Lab* (*idem*, p. 101).

785 Para uma informação mais detalhada acerca do trabalho inovador realizado pelo doutor McIndoe, cf. MAYHEW, E. R.. *The reconstruction of warriors: Archibald McIndoe, the Royal Air Force and the Guinea Pig Club*. South Yorkshire: Frontline Books, 2010.

786 Sobre a fabricação de membros artificiais durante a Primeira Grande Guerra, cf. LINKER, Beth. *War's waste: rehabilitation in World War I America*. Chicago: The University of Chicago Press, 2011, capítulo 5 (“The Limb Lab and the engineering of manly bodies”).

787 Para uma discussão inicial sobre a produção e comercialização de membros artificiais no contexto da Guerra Civil Americana, cf. “Artificial limbs” in: SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Op. cit.* ..

O objetivo do laboratório era analisar o “problema do membro artificial” (*idem*). Produziu-se, a partir do trabalho do cirurgião-ortopedista David Silver no *Limb Lab*, uma nova perna industrial, esteticamente moderna, mecânica, feita de fibra vulcanizada (*E-Z-Leg*). Dr. Silver tencionava com o modelo inédito eliminar o véu do preconceito e do estereótipo que toldava o ex-combatente que usava a *peg leg*. Tal estereótipo associava o veterano a um inválido, carente de assistência social, sem possibilidade de levar uma vida ativa e independente.

Países europeus, depois da Primeira Guerra Mundial, tiveram que lidar com a questão da mutilação em massa⁷⁸⁸. Via-se por toda Inglaterra (“em cada cidade e em cada rua”) ex-combatentes amputados (Bourke, 1996, p. 35). O filho de um vendedor ambulante lembrava que em sua rua “havia o sr. Jordan, que perdera o braço direito, meu pai que fora gaseado, e um homem que vivia na parte mais alta dela, que sofria tanto os efeitos do *shell-schock* que não podia caminhar sem ajuda. Havia sempre grande número de veteranos com apenas um braço ou uma perna no começo da rua” (*idem*).

Para evitar o impacto emocional da presença de mutilados de guerra a circular pelas ruas do Rio de Janeiro, o governo imperial criou condições para a construção do Asilo dos Inválidos da Pátria⁷⁸⁹. O asilo devia reunir militares amputados e doentes crônicos procedentes da Guerra do Paraguai. A ideia era isolar, do conjunto da população, os ex-combatentes com seus corpos maculados, chagas abertas, que revelavam toda crueldade da conflagração. Havia o risco de rebeliões e revoltas diante da realidade nua e crua de homens que tiveram suas estruturas físicas ceifadas em nome de uma guerra que se tornara crescentemente impopular. Brasileiros e estrangeiros sensibilizavam-se, em 1867, em face à existência de inválidos da pátria a esmolar em Niterói e na capital imperial.

Dr. José Luiz da Costa, integrante da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, dois anos antes, mencionava a necessidade de um asilo para os veteranos. Os principais países da Europa tinham asilos militares. O Brasil precisava seguir este exemplo. O conflito, com efeito, inutilizaria muitas praças. O soldado que marchasse para o Paraguai devia saber que caso tivesse o infortúnio de ser atingido por uma bala, ou vitimado por uma moléstia, podia contar com “uma casa a que chama sua, onde será tratado com desvelo até a hora suprema”⁷⁹⁰. Dr. José Ribeiro Fontes, em janeiro de 1867, usava sua pena para escrever as linhas que se seguem ao monarca: “Não se deve esperar a terminação da guerra para tratar-se de abrigar da miséria e da mendicidade os nossos bravos soldados. É tempo já de recebê-los convenientemente, pois que não pequeno é o número dos

788 Sobre a mutilação em massa, cf. BOURKE, Joanna. *Dismembering the male: men's bodies, Britain, and the Great War*. Chicago: The University Chicago Press, 1996, capítulo 1 (“Mutilating”).

789 Para informações sobre o Asilo dos Inválidos da Pátria, cf. GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*; RODRIGUES, Marcelo Santos. *Op. cit.*

790 “Um asilo de inválidos” in: *Correio Mercantil*, 7 de março de 1865.

que se apresentam em estado de necessitar que o governo do país, a cujo apelo acudiram, lhes pague a dívida de honra que com eles contraíu”⁷⁹¹.

Os primeiros passos para a construção do asilo foram dados pela Praça de Comércio do Rio de Janeiro. A entidade, filantropicamente, reuniu seus integrantes, no dia 25 de fevereiro de 1865. Decidiram realizar uma subscrição pública cujo resultado seria empregado na edificação de um prédio na capital monárquica. Tal prédio serviria de asilo. Organizou-se, com o fito de arregimentar recursos para o projeto, uma associação denominada Asilo dos Voluntários da Pátria. José Joaquim de Lima e Silva Sobrinho, por decreto governamental de 15 de dezembro de 1866, tornou-se presidente da associação. Definiu-se que a ilha de Bom Jesus devia ser o local para se erigir a instituição asilar. Dr. Fontes considerava as ilhas de Santo Antônio e de Bom Jesus ideias para a construção do asilo. Estas localidades eram protegidas dos “miasmas paludianos”⁷⁹² e “convenientemente açoitadas por ventos gerais”⁷⁹³.

Inaugurou-se formalmente, em 29 de julho de 1868, o Asilo dos Inválidos da Pátria. Havia, em princípios de 1870, 1185 militares pertencentes à instituição; a excetuar-se enfermos, sentenciados e indivíduos que tiveram outros paradeiros, o número reduzia-se para 758 militares (Rodrigues, 2009, p. 266). Existiam, em 1º de janeiro de 1871, de acordo com os registros oficiais, 1214 homens integrados ao asilo. No entanto, tal número era ilusório: 797 não pertenciam mais à instituição asilar. Motivos: falecimentos, baixas, deserções, ausências não-especificadas etc.. Restavam 417 militares (*idem*). Talvez eles repensassem, em alguns momentos, suas vidas; recobrassem mentalmente os terrores da guerra enquanto observavam as águas da Guanabara

Um forasteiro que chegasse no final de 1866 ao asilo, divisaria amputados com rústicos membros artificiais, incômodos, feitos de madeira (em casos mais raros, de mola). O comandante do estabelecimento, em novembro daquele ano, recebeu “pernas e braços de pau vindos da Europa”⁷⁹⁴. Enviar-se-ia uma “peça de cada espécie”⁷⁹⁵ ao “Arsenal de Guerra para servir de modelo”⁷⁹⁶ para a fabricação de outras unidades. Pleiteou-se, em fevereiro de 1867, “uma perna de pau”⁷⁹⁷ para o primeiro-sargento Antônio Carlos. Caso não houvesse uma prótese disponível para o militar, o arsenal deveria produzi-la a partir do “modelo francês”⁷⁹⁸. Solicitou-se, seis

791 IHGB, Guerra do Paraguai, lata 312, pasta 36. Coleção Marquês de Paranaguá. “Exposição feita a S. M. o imperador por José Ribeiro Fontes sobre a necessidade de criar-se um asilo de Inválidos da Pátria (1867)”.

792 IHGB, Guerra do Paraguai, lata 312, pasta 36. Coleção Marquês de Paranaguá. “Exposição feita a S. M. o imperador por José Ribeiro Fontes sobre a necessidade de criar-se um asilo de Inválidos da Pátria (1867)”.

793 IHGB, Guerra do Paraguai, lata 312, pasta 36. Coleção Marquês de Paranaguá. “Exposição feita a S. M. o imperador por José Ribeiro Fontes sobre a necessidade de criar-se um asilo de Inválidos da Pátria (1867)”.

794 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

795 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

796 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

797 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

798 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

meses depois, uma “perna de pau”⁷⁹⁹ para o anseçada Ricardo Nunes dos Santos. Determinou-se que, em julho de 1867, o Arsenal de Guerra fornecesse “15 pernas de pau para o lado esquerdo, 10 para o lado direito [e] 25 pares de muletas ...”⁸⁰⁰.

Pediu-se também cadeiras de rodas para três militares do asilo; um cabo, um anseçada e um soldado, respectivamente, Martins Pereira Peixoto, Manoel Joaquim Gomes e Proxedes Francisco da Conceição. Pleiteava-se, na verdade, “três cadeiras americanas com assento e encosto ..., armação e rodas de ferro”⁸⁰¹. Tais cadeiras eram encontradas “no mercado ao preço de oitenta mil-réis”⁸⁰². Os três infelizes, aparentemente, perderam as duas pernas. Pedro II, em visita ao Asilo dos Inválidos da Pátria, em julho de 1870, observou que um veterano precisava de uma perna artificial. Reportou-se ao ministro da guerra. Seus vocábulos: “O oficial Chilon José ... que perdeu uma perna na guerra pede-a de pau, e entendo que se pode fazer esse favor. Consta-me que há na rua do Ouvidor um fabricante dessas pernas ... muito hábil”⁸⁰³.

Como vimos, dr. Fontes recordava ao monarca que o governo devia assumir sua responsabilidade em face aos ex-combatentes; urgia saldar a “dívida de honra” para com os veteranos. Esta dívida, apesar da criação do asilo, nunca foi paga. Não foram adotadas estratégias para que esses homens pudessem reconstruir financeiramente suas trajetórias (indenizações, distribuição de terras, incentivo ao trabalho). Embora perdessem partes de seus corpos, pedaços de suas carnes (sem mencionar a devastação psicológica em razão da ferocidade do conflito) tornaram-se, nas palavras de um historiador, “olvidados de guerra”⁸⁰⁴; pessoas que traziam n'alma ressentimentos e angústias que uma medalha no peito não aplacava. Como dizia Roque Pereira, ex-combatente maculado pela invalidez, a perambular, morto-vivo, pelas ruas de Salvador: “De que serve este Hábito de Cristo que vê-me pender no peito, se o governo de minha pátria me deixa morrer de fome, a mim que me mutilei no serviço dela? Vê esta perna? É uma parte inútil do corpo; só ela recebeu duas balas”⁸⁰⁵.

799 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 329.

800 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 329.

801 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

802 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 328.

803 Citado por GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *Op. cit.*, p. 329.

804 RODRIGUES, *Marcelo Santos. Op. cit.*, capítulo IX, (“Olvidados da Guerra”).

805 Citado por RODRIGUES, Marcelo Santos. *Op. cit.*, p. 293.

3) “Maldita epidemia”: a cólera na Guerra do Paraguai

Esta maldita epidemia não nos deixa mais. Parece que acampou conosco, e que há de nos seguir por toda parte⁸⁰⁶.

“A morte sob os olhos e no coração”: a Coluna Expedicionária de Mato Grosso e a Retirada da Laguna

O *Yporá* era uma pequena embarcação feita de pranchas de madeira, com quatro canhões, comandada por André Herrerias, tenente da marinha paraguaia. Ao aportar em Assunção, após a invasão do Mato-Grosso, ocorrida em 26 dezembro de 1864, marco inicial da Guerra do Paraguai, as pessoas lá presentes ficaram, provavelmente, estupefatas com a cena que se desenhara: muitas orelhas arrancadas de cadáveres brasileiros, postas a secar, estavam presas em um dos mastros do *Yporá* (Doratioto, 2002, *op. cit.*, pp. 103-104). Posteriormente, por “ordem suprema”, as orelhas foram retiradas (Thompson, *op. cit.*, p. 46). Diante da repercussão negativa na imprensa aliada, o jornal paraguaio *Semanário* encarregou-se de negar o episódio, afirmando tratar-se de uma calúnia, uma difamação (*idem*).

No começo de 1864, López já se preparava para invadir o Mato-Grosso (Fragoso, *op. cit.*, pp. 252-253). Instalou um acampamento militar em Cerro Corá. Aí existiam, aproximadamente, 30 mil soldados entre 16 e 50 anos. Em Encarnación, Humaitá, Assunção e Concepción, havia, respectivamente, 17000, 10000, 4000, e 3000 homens prontos para o combate. Às vésperas da ofensiva, após meses de treinamento militar, o exército paraguaio arregimentara 64000 recrutas (*idem*).

O Mato-Grosso não oferecia qualquer ameaça ao Paraguai. Seu dispositivo militar era frágil. Em meados daquele ano, cerca de 75 mil pessoas viviam na área. Para defendê-la, havia apenas 875 integrantes do exército (destes 7 pertenciam ao corpo de saúde) e menos de 3 mil guardas nacionais (Doratioto, *op. cit.*, p. 98). Os primeiros estavam distribuídos por cinco distritos militares. A província contava ainda com seis vapores da marinha imperial, entretanto, somente dois deles tinham canhões (*idem*, pp. 98-99). A única defesa efetiva era o forte Coimbra, construído no período colonial, e posicionado, de forma estratégica, na fronteira com o Paraguai. Erguendo-se imponente no espigão de uma montanha, em pedra, o forte tinha 17 canhões de bronze (*idem*, p. 100).

806 “Exterior – correspondência do Jornal do Commercio – Curupaiti, 12 de abril de 1868” in: *Jornal do Commercio*, 26 de abril de 1868.

A atenção de López devia estar centrada no Uruguai. As tropas imperiais tinham avançado sobre o país e os blancos pleiteavam o auxílio paraguaio. No entanto, o ditador deixou o estado oriental para segundo plano. É provável que acreditasse em uma guerra-relâmpago, por meio da qual submeteria rapidamente o Mato-Grosso, e em seguida, o território uruguaio, sobretudo a comercialmente estratégica cidade de Montevideú.

A invasão da província mato-grossense foi planejada com cuidado e antecedência. Em 1862, espiões paraguaios percorreram a cavalo o distrito de Miranda. No ano subsequente, em novembro, o coronel paraguaio Francisco Isidoro Resquín deslocou-se até Corumbá. Disfarçado de fazendeiro, dizia querer comprar terras no município de Miranda. Alcançou o município, e daí partiu para Nioaque, onde contratou um guia brasileiro que ajudou-lhe a percorrer o lugar (*idem*, p. 99). O mesmo Resquín comandaria os combatentes paraguaios que atacariam o Mato-Grosso cerca de um ano depois. Também em 1863, o tenente Herreras foi a Corumbá, sendo recebido pelo comandante das tropas brasileiras do local (*idem*). Após visitá-la, ato contínuo, foi para o porto de Dourados, no rio Paraguai. Transcorridos dois anos, Herreras voltaria ao lugar, desta feita no comando do *Yporá*.

O governo paraguaio usou duas expedições, uma fluvial e outra terrestre, para viabilizar a ofensiva (Fragoso, *op. cit.*, pp. 254-286). A fluvial partiria do porto de Assunção, e contava com três vapores (*Tacuarí, Paraguarí, Igurey, Rio Blanco e Yporá*); duas escunas (*Independência e Aquidaban*); um patacho (*Rosario*); e dois lanchões (*Humaitá e Cerro León*). Depois, mais três embarcações fortaleceram-na (*Salto del Guairá, Rio Apa e o Marquês de Olinda*). López passou em revista as tropas, lideradas pelo coronel Vicente Barrios, que participariam da expedição fluvial (*idem*, p. 254). Eram compostas de quatro batalhões de infantaria, e 3200 soldados. Havia ainda 12 peças raiadas e “foguetes à Congreve”. Ao se aproximar de Concepción, mais uns mil cavalarianos foram incorporados à esquadrilha (*idem*). Seu comandante era o capitão-de-fragata Pedro Inácio Mezza, o mesmo que perderia a vida por ocasião da batalha de Riachuelo, e seria, injustamente, chamado de covarde pelo ditador paraguaio. O coronel Resquín estava na vanguarda da expedição terrestre (também denominada Divisão do Norte). Resquín possuía um batalhão de infantaria e cerca de 2500 cavalarianos (*idem*, p. 255).

O ataque ao Mato-Grosso ocorreu sem maiores dificuldades. A comunicação entre a capital monárquica e a província mato-grossense era problemática, uma vez que não havia linhas férreas a ligar o Rio de Janeiro ao Mato-Grosso. O contato ficava limitado às embarcações que desciam o Atlântico em direção ao Rio da Prata, e daí acessavam os demais rios platinos em direção à Corumbá e Cuiabá. Diante desse quadro, a notícia da ofensiva paraguaia chegaria tardiamente na Corte imperial, leia-se, quase dois meses após a incursão inimiga (*idem*). A missão do coronel Barrios, aparentemente, era conquistar Cuiabá, a capital mato-grossense. O militar tinha informações privilegiadas sobre o número de soldados aquartelados no Mato-Grosso, e qual a

disposição geográfica deles. Sabia também que a província expunha fraqueza defensiva; por exemplo, tinha conhecimento de que a embarcação *Anhambaí* era a única a possuir dois canhões (Doratioto, *op. cit.*, p. 100).

Na noite de 26 de dezembro, os navios paraguaios aproximaram-se do forte Coimbra, que, em posição elevada (quarenta pés acima do nível do rio Paraguai), e circundado de colinas, só podia ser atacado por um lado. Na manhã seguinte, Barrios enviou um comunicado ao coronel Hermenegildo Portocarrero, comandante do distrito militar do baixo Paraguai, que, naquele momento, estava a inspecionar o forte Coimbra, cujo comando estava nas mãos do capitão Benedito de Faria. Excetuando-se mulheres e índios, havia 115 pessoas para defendê-lo (*idem*, p. 100). Barrios exigia a rendição das tropas brasileiras em uma hora e ameaçava ocupar Coimbra se o ultimato não fosse atendido. Portocarrero rechaçou-o.

Os paraguaios, então, abriram fogo contra o pedregoso forte, e avançaram com 750 soldados pelo desfiladeiro, sob a ação das baterias brasileiras (*idem*). Com muita dificuldade, projéteis rente ao corpo, às vezes despedaçando-o, em meio a estampidos e barulhos insuportáveis, provocados por fuzis e canhões, os inimigos conseguiram chegar à muralha do Coimbra. Como não havia fosso a circundar a muralha, uma parte dela, com apenas três metros de altura, podia ser sobrepujada (*idem*). Oito paraguaios lograram entrar no forte (*idem*). Embora alvejassem mortalmente dois brasileiros, foram feridos e capturados (*idem*). O coronel Luiz González, comandante de um dos batalhões agressores, foi ferido e perdeu 200 soldados (Thompson, *op. cit.*, p. 45). Os paraguaios, em razão das vicissitudes encontradas, retrocederam.

Portocarrero, a despeito da resistência inicial, enquanto os inimigos se preparavam para renovar a agressão, silenciosamente, e às escondidas, evacuou o forte, utilizando o vapor *Anhambaí*. Centurion considerou a atitude do coronel vergonhosa, sobretudo por haver no Coimbra, segundo o autor, grande quantidade de armas e pólvora - Portocarrero foi enviado preso ao Rio de Janeiro, porém, inocentado (Centurion, *op. cit.*, p. 226). De acordo com Doratioto, os paraguaios, de fato, capturaram 83400 cartuchos de fuzil e 120 quilogramas de pólvora fina (*op. cit.*, p. 101). Mais ainda. Dez canhões apreendidos no forte foram instalados na fortaleza de Humaitá, e justamente por isso, compunham, nas palavras dos paraguaios, a “bateria Coimbra” (*idem*).

O historiador brasileiro lembrou que a historiografia nacional assevera que os defensores do forte usaram 9 mil cartuchos de fuzis dos 12 mil disponíveis no arsenal, e que mais 3 mil foram preparados, às pressas, por mulheres e recrutas no interior do Coimbra (*idem*, pp. 100-101). Por conta de novos combates ocorridos no dia 28 de dezembro, sobraram apenas mil cartuchos de fuzis e pistolas (*idem*). Naquelas circunstâncias, Portocarrero teria optado pela evacuação. Doratioto justifica a escolha do coronel ao recordar que as tropas invasoras eram numericamente superiores, e provavelmente, uma resistência atrasaria a ofensiva paraguaia por apenas umas poucas horas. E o

tempo de resistência não seria o bastante para a chegada de reforços de Corumbá (*idem*, p. 101).

Barrios deslocou-se para Albuquerque, ocupando a povoação aí existente em 1º de janeiro de 1865. Quarenta e oito horas depois, cumpriu percurso de 12 quilômetros, e alcançou Corumbá, local em que Portocarrero procurara refúgio. Corumbá tinha cerca de mil habitantes, capela, igreja inacabada, casas de telha e ranchos cuja cobertura era de palha (*idem*). Do ponto de vista comercial, era a mais importante cidade de Mato-Grosso (Thompson, *op. cit.*, p. 45). Assustada, parte da população local, fugiu para a mata próxima.

As mulheres que não conseguiram ou não puderam fugir foram vítimas de violência sexual. O próprio coronel Barrios assumiu este vil comportamento ao ficar com uma jovem, depois de jogar seu pai para fora de sua embarcação, e ameaçá-lo de morte se insistisse em levá-la (*idem*). O coronel interrogou vários prisioneiros, os que não lhe deram informações (por não saberem ou se recusarem deliberadamente a fazê-lo) foram mortos a golpes de lança (*idem*). George Thompson, engenheiro civil e tenente-coronel encarregado do serviço de engenharia de López, relatou o terrível tratamento dispensado às mulheres: “Em muitos lugares [os paraguaios] encontraram mulheres brasileiras escondidas nos matos, com todos os seus pertences. Essas infelizes mulheres foram invariavelmente maltratadas, e seus haveres lhe foram tirados” (*idem*, p. 47). Aprisionadas na província, muitas foram conduzidas à capital paraguaia, e depois de serem divididas, foram forçadas a trabalhar para várias famílias em troca de alimento. “Muitas”, segundo o memorialista, “tiveram de mendigar nas ruas, e era constrangedor ver quão desgraçadas pareciam” (*idem*).

Os saques tornaram-se recorrentes. Algumas mulheres, inclusive parentes de Barrios, vieram de Assunção a pretexto de cuidar de feridos paraguaios. Na prática, entretanto, preocuparam-se em pilhar e roubar bens e propriedades dos habitantes de Mato-Grosso (Doratioto, *op. cit.*, p. 107). Jóias foram levadas à capital paraguaia. Todas as residências foram saqueadas, e seus objetos foram divididos entre os militares guaranis (*idem*). Em Albuquerque, Joaquim José Gomes da Silva, o barão de Vila Maria, casado com Maria Pereira Leite, sua prima de segundo grau, o “homem mais rico da província”, também foi vítima dos invasores (Thompson, *op. cit.*, p. 47). Sua residência sofisticadamente mobilhada, quadros, vasos, foi roubada. Até mesmo seu título de nobreza, com o selo do império, foi conduzido à Assunção. De acordo com Thompson, emoldurado, passou a decorar a sala de Elisa Lynch⁸⁰⁷, mulher de Solano López (*idem*). Suas 80 mil cabeças de gado igualmente foram levadas (*idem*). O barão, às pressas, só teve tempo de fugir levando uma garrafa de diamantes (*idem*).

Corumbá tinha condições de enfrentar os inimigos. Havia quatrocentos soldados, 23 canhões, além de munição (Doratioto, *op. cit.*, pp. 101-103). Contudo, o pânico se assenhorou de

807 Para informações sobre a trajetória de Elisa Lynch, cf. BAPTISTA, Fernando. *Elisa Lynch: mulher do mundo e da guerra*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2007; LILLIS, Michael & FANNING, Ronan. *Op. cit.*.

militares e civis. Doratioto registra que era possível conter os paraguaios rio abaixo, e preservar a comunicação fluvial com Cuiabá (*idem*, p. 103). Entretanto, a opção do coronel Carlos Augusto de Oliveira foi ordenar, como Portocarrero, a evacuação (sem sequer avistar o inimigo). O historiador brasileiro afirma que o coronel Oliveira tinha “obrigação moral” de garantir a evacuação de civis, visto que tinha proibido que houvesse o abandono de Corumbá, sugerindo, ainda que ilusoriamente, que daria combate aos invasores (*idem*).

Em 2 de janeiro de 1865, Oliveira, e quase todo o 2º batalhão de artilharia aquartelado na cidade, fugiram através do vapor *Anhambaí*. O objetivo era alcançar Cuiabá. Em meio a fuga, o vapor, superlotado, ficou submerso, sob a linha de segurança, o que levou o coronel a ordenar que famílias inteiras e uns poucos recrutas deixassem a embarcação (*idem*). Estes tentaram escapar em escunas, como a argentina *Jacobina*, que deveria ser rebocada pelo *Anhambaí*. Contudo, o navio, com muitos passageiros, não conseguiu mover-se. Apesar dos protestos, apavoradas, as pessoas foram, uma vez mais, abandonadas (*idem*). Ao observar o desespero delas, o tenente João de Oliveira Melo (que combatera em Coimbra, e se opusera à evasão do forte) foi socorrê-las. Levou-as à Cuiabá, na sequência, voltou a Corumbá para destruir projéteis que pudessem favorecer os paraguaios. Posteriormente, comandou uma coluna em retirada, que chegou a ter cerca de 400 indivíduos, e que, após marchar por regiões pantanosas por 650 quilômetros, chegou, no final de abril, à Cuiabá (*idem*). O coronel Oliveira foi destituído de suas funções, acusado de desmoralizar as forças sob seu comando.

Em 6 de janeiro, o tenente Herreras avistou o *Anhambaí* na foz do São Lourenço. O vapor tentou dissuadir o inimigo, mas foi alcançado, no começo da tarde, na altura do morro Caracará (Fragoso, *op. cit.*, p. 269). José Israel Alves, comandante da embarcação, foi morto (*idem*). Não foi o único. Na verdade, poucos brasileiros sobreviveram. Foram vitimados fatalmente por espadas, tiros e machadinhas (Doratioto, *op. cit.*, pp. 103-104). Aí as orelhas dos nacionais, como troféus, foram arrancadas.

Em consonância à expedição fluvial, a terrestre avançou em duas colunas: a primeira, pela margem esquerda do Apa, por meio do velho forte paraguaio de Bella Vista, comandada pelo coronel Resquín; a segunda, pela cidade mato-grossense denominada, atualmente, Ponta Porã (*idem*, p. 104). Esta era chefiada pelo capitão Martín Urbietta. Resquín partiu para o interior do Mato-Grosso com 2500 cavalarianos e um batalhão de infantaria. Após conquistar facilmente Nioaque (a região fora abandonada), quatro dias antes, deslocou-se para o distrito de Miranda (*idem*). Uniu-se, durante o percurso, às tropas do capitão Urbietta. O distrito também estava deserto, e como ocorrera em outras localidades, encontrou-se várias armas e munições: canhões com projéteis, fuzis, carabinas, pistolas, espadas e lanças (*idem*).

Em Miranda, havia cerca de 5 mil indígenas, distribuídos por dez aldeamentos (*idem*, pp.

104-105). Os grupos indígenas assumiram posições diferenciadas na conflagração. A apoiar os brasileiros brancos, estavam os Guaná, Kinikinau, e Laiano; os Terena permaneceram neutros, e os Kadiweus, também denominado Gaikuru, promoveram incursões contra paraguaios e nacionais - algumas famílias brasileiras inteiras foram mortas (Fragoso, *op. cit.*, p. 280, nota 37). O capuchinho Mariano de Bagnaia foi preso, ao ser surpreendido pelos inimigos, nas redondezas de Miranda, incitando os índios a lutarem contra os invasores⁸⁰⁸. Bagnaia afirmou que foi colocado em uma fossa com serpentes, sobrevivendo milagrosamente⁸⁰⁹. Frei Ângelo Cavamanico, também capuchinho, foi detido na colônia militar de Dourados⁸¹⁰.

Resquín, por determinação de López, enviou um destacamento com 300 cavalarianos, sob o comando do capitão Juan Bautista Augüero, em direção à Coxim, nordeste da província (*idem*, p. 280). Em 24 de abril de 1865, o capitão Augüero chegou naquele local. Havia apenas sete praças, que, após os primeiros estampidos, bateram em retirada (*idem*). Seis dias mais tarde, os inimigos deixaram o lugar (*idem*). O temor de Albino de Carvalho, general e presidente da província mato-grossense, era de que os atacantes tentassem tomar Cuiabá, usando a estrada Piquiri. Diante de tal possibilidade, o presidente organizou uma divisão formada por dois mil combatentes, divididos em duas brigadas, que deveria posicionar-se, estrategicamente, no ponto do rio Aricá, de modo a impedir o acesso à estrada (*idem*, p. 283). Os paraguaios, malgrado colhessem informações sobre Piquiri, jamais tomaram a capital do Mato-Grosso.

Doratioto afirmou que a ofensiva paraguaia à província brasileira assemelhou-se a um treinamento militar (*op. cit.*, p. 106). Os nacionais só combateram os invasores em dois lugares: Coimbra e Dourados. Nestas escaramuças, 33 brasileiros morreram e 23 ficaram feridos (*idem*). Os paraguaios tiveram entre 200 e 300 vítimas fatais (*idem*). A incorporação de parte do Mato-Grosso não influenciou no desfecho da conflagração. Porém, esta conquista foi importante por dois fatores: a) proteção da retaguarda paraguaia, fazendo com que López pudesse ater-se ao Rio da Prata; b) corroboração do poder bélico do exército invasor, em função das apreensões de armas e projéteis no território mato-grossense (*idem*).

É provável que a invasão do Mato-Grosso tenha chamado a atenção do governo monárquico para as falhas cometidas em relação àquela província. A extensão territorial do Mato-Grosso exigia um maior número de contingentes para garantir sua defesa. Além disso, o isolamento da província, sem contato com a capital imperial pelo interior, tornou-a presa fácil dos paraguaios. A demora das forças militares brasileiras em dar combate aos agressores fortaleceu moralmente o inimigo, ofertando-lhe confiança. De qualquer maneira, em março e abril de 1865, o governo começou a

808 “Atos oficiais” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

809 TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *Op. cit.*

810 “Atos oficiais” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

organizar uma coluna cujo objetivo era enfrentar os paraguaios no território mato-grossense. Convocou 12 mil membros da Guarda Nacional de Goiás, Minas Gerais e São Paulo, e determinou que o ponto de encontro das tropas fosse em vila Uberaba. Daí a *Coluna Expedicionária de Mato-Grosso* marcharia até Cuiabá (*idem*, p. 120).

Oficiais de outras províncias também engrossaram as fileiras da expedição. Alfredo Maria Adriano d'Escragnole Taunay, intitulado posteriormente visconde de Taunay, procedente do Rio de Janeiro, serviu no Corpo de Engenheiros. Em 1871, a partir de sua experiência pessoal, escreveu um relato dramático sobre o fracasso militar da coluna. Esta era chefiada pelo coronel Manuel Pedro Drago, que foi nomeado presidente da província de Mato-Grosso. Drago partiu de São Paulo, com 568 combatentes, em direção à Uberaba (*idem*, p. 121). Parou em Campinas e perdeu um tempo importante aí (*idem*). De 15 de abril a 20 de junho, os expedicionários deleitaram-se com divertimentos, comidas, e mulheres da cidade. Taunay, em suas memórias, ao mencionar o comportamento do coronel Drago disse: “em vez de marchar, com seu estado-maior, diretamente para Cuiabá a levantar o moral da mísera província de Mato-Grosso, então em grandes áreas ocupada por forças paraguaias ... [o coronel] aproveitava qualquer pretexto a esperar esta e mais aquela repartição, para ir-se deixar ficando no círculo de senhoras de boa sociedade, ricas, bonitas e moças, que constituíra em torno de si”⁸¹¹. O memorialista reconhecia que Drago não estava a altura missão que lhe fora conferida⁸¹².

Em Campinas, a coluna foi atacada pela varíola⁸¹³, que produziu seis mortes e 159 deserções - sem receber a vacina antivariólica, a força expedicionária foi agredida, novamente, pela doença em Corumbá; daí transportou-a até Cuiabá, onde matou 5 mil pessoas, metade da população (*idem*, p. 121 & 129). Os desertores provinham, fundamentalmente, das forças paulistas (Corpo Policial de

811 TAUNAY, Alfredo d'Escragnole (visconde de). *Memórias*. São Paulo: Iluminuras, 2004, p. 164.

812 *Idem*, p. 175.

813 A varíola era transmitida por vírus (*variola major*) presente em gotículas da saliva suspensas no ar. Cascas de ferida, secreções corporais, objetos inanimados, por exemplo, roupas de cama e mesa, toalhas, também favoreciam o contágio. O vírus sobrevivia fora do corpo humano por semanas. A pessoa exposta ao conteúdo viral experimentava um período de incubação de 10 a 12 dias, após os quais apresentava os primeiros sintomas: dores de cabeça e nas costas, febre, vômito, indisposição. O avanço da patologia provocava delírios, alguns furiosos, e assustadoras erupções na pele que, em determinados casos, deixavam o paciente irreconhecível. Se as erupções atingissem boca e garganta, os variolosos passavam a ter dificuldades para ingerir líquidos e alimentos, o que poderia levá-los ao óbito. Os sobreviventes tinham seus corpos marcados por várias cicatrizes; alguns ficavam cegos, cf. FENN, Elizabeth A.. *Pox americana: the great smallpox epidemic of 1775-82*. New York: Hill and Wang, 2001, especialmente a introdução e o capítulo 1 (“varíola”). Para uma primeira leitura sobre a varíola, cf. BOLLET, Alfred Jay. *Plagues & pox: the impact of human history on epidemic disease*. New York: Demos, 2004; ABERTH, John. *Plagues in world history*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishing Group, 2011; WATTS, Sheldon. *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. Yale: Yale University Press, 1999. UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Senac Rio/Senac São Paulo, 2003. Para uma discussão mais densa sobre a enfermidade, cf. HOPKINS, Donald R.. *The greatest killer: smallpox in history*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002; WILLIAMS, Gareth. *Angel of death: the story of smallpox*. New York: Palgrave Macmillan, 2010; WILLRICH, Michael. *Pox: an american history*. New York: The Penguin Press, 2011. Para o caso brasileiro, no mesmo período, ver: FERNANDES, Maria Tânia. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010; CHALHOUB, Sidney. *Cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

São Paulo e Companhia de Cavalaria da Guarnição de São Paulo). Em 18 de julho de 1865, Manuel Pedro Drago alcançou Uberaba. Nesta cidade, pôde contar com 1212 homens do coronel José Antônio da Fonseca Galvão, membros da brigada de Minas Gerais, mais especificamente de Ouro Preto (*idem*, pp. 121-122). A expedição manteve-se por, aproximadamente, um mês e meio, a esperar por reforços do local. Nesse tempo, houve novas deserções, fenômeno que expressava um “rifão muito em voga”⁸¹⁴, nas tintas de Taunay, “Deus é grande, mas o mato [é] ainda maior!”⁸¹⁵. Tal fenômeno decorria do medo dos soldados de serem mortos em combate. Mas não apenas isso. Outro temor, igualmente angustiante para os combatentes, era a incerteza em relação ao fornecimento de víveres. Regiões praticamente despovoadas, a serem enfrentadas, e tensões entre os fornecedores e a repartição fiscal geravam apreensões acerca do futuro da força expedicionária.

Em 2 de setembro, a coluna deslocou-se com destino à Cuiabá. Era composta somente de 1575 soldados, distribuídos por duas brigadas (paulista e mineira), bem menos do que os 12 mil que o governo esperava recrutar (*idem*, p. 122). Havia uma coluna com duas centenas de mulheres, esposas dos soldados ou amantes (*idem*). Tais mulheres ajudaram a cuidar dos ferimentos dos militares, por ocasião das fustigações paraguaias, e das vítimas de epidemias que eclodiram no interior. Divisava-se também crianças com algumas delas.

No final daquele mês, a expedição chegou em Santa Rita, na província de Goiás, à beira do rio Paranaíba. Recebeu reforços da região, 2080 soldados, com ordens para deslocarem-se para o distrito de Miranda – o governo tinha informações de que os inimigos tinham retrocedido até o rio Apa (*idem*). A Coluna Expedicionária avançou, lentamente como de praxe, com destino a Coxim. Neste local, os combatentes enfrentaram diversas dificuldades. Sofreram com as inundações, em razão da recorrência das chuvas, que prejudicavam a obtenção de alimentos, basicamente, carne com sal grosso. A dieta dos soldados na Guerra do Paraguai era desequilibrada. Comiam carne (boi, porco, galinha), gorduras, por exemplo, manteiga, toucinho; cereais, vegetais e frutos eram raros; verduras ausentes (*idem*, pp. 122-123). Taunay mencionou a precariedade da alimentação em Coxim: “que dia de festa quando nos era dado comprar um atilho de milho por mil réis, isto é, quatro espigas amarradas pela palha! Nem nos importava que tal cereal tivesse desde muito excedido o tempo de ser comido assado ou cozido. Tudo servia, e engorgitávamos grãos que quando muito podiam ser triturados pelos molares de bois ou burros”⁸¹⁶.

As inundações e a penúria da força expedicionária ampliavam o número de desertores. Algo precisava ser feito. O coronel Galvão decidiu deixar Coxim, e mover a coluna para a vila de Miranda. Não queria transparecer a mesma morosidade que, aparentemente, concorreu para a

814 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 181.

815 *Idem*.

816 *Idem*, p. 228.

demissão de Manuel Pedro Drago. O caminho percorrido pela força brasileira foi terrificante. Seus membros tiveram que enfrentar vastíssimos pantanais, onde foram obrigados a ficar longos dias com água pela cintura, às vezes suja e lodacenta, enquanto mosquitos e pernilongos ferroavam peitos, ombros, pescoços, e rostos (*idem*, p. 123). Muitos foram os afogamentos (*idem*). As condições insalubres do percurso favoreceram o aparecimento de febres, e vários militares e mulheres faleceram, dentre os mortos estava o próprio Galvão.

Taunay comentou o falecimento do coronel: “já bastante idoso, debilitado pelo mau passadio, comum a todos, desde meses e meses, acabrunhando o peso da responsabilidade que o esmagava, testemunha do sofrimento e da miséria da soldadesca, a que não podia dar remédio, não dispunha mais de forças para resistir à invasão do mal que o prostrou, com facilidade, no leito de morte”⁸¹⁷. Pântanos, chuvas, cheias, insetos, febres, mais o falecimento de José Antônio da Fonseca Galvão, que se não era amado por seus comandados era respeitado, compuseram um quadro sombrio que, provavelmente, aplacou o moral dos integrantes da coluna. Manter o estado de espírito das tropas elevado era fundamental para vencer a guerra. O general Osório sabia disso. Tanto mais que, ao perceber desânimo e abatimento em seus homens, às vésperas de um combate, cavalgava defronte a eles, e expondo-se ao fogo inimigo, proferia bordões nacionalistas, de modo a incentivá-los a lutar (Doratioto, 2008). Tamanha exposição o fez ser alvejado no rosto, no final da batalha de Avaí, por um paraguaio escondido no alto de uma árvore. Taunay descreveu seu ferimento assim: “tinha o maxilar inferior partido, da ferida saíam-lhe continuamente esquirolas, não podia nutrir-se senão de líquidos e substâncias moles, impossibilitado da mastigação, e trazia o queixo cinto por um pano preto, amarrado no alto da cabeça”⁸¹⁸.

Os membros da coluna, em 17 de setembro de 1866, após marcharem por três meses chegaram em vila Miranda. A força expedicionária já percorrera mais de 2 mil quilômetros em dois anos (Doratioto, *op. cit.*, 2002, p. 123). Até janeiro do ano seguinte, seus soldados permaneceriam em Miranda. As condições do lugar não eram melhores do que Coxim. Lá o beribéri⁸¹⁹ ceifou a vida de 400 pessoas (*idem*). Uma das vítimas foi o baiano Joaquim José Pinto Chichorro da Gama, integrante da comissão de engenheiros que acompanhava a coluna. Chichorro tinha uma

817 *Idem*, p. 279.

818 *Idem*, p. 438.

819 Depois das pesquisas de Pasteur sobre os microorganismos, muitos médicos consideravam o beribéri uma doença infecciosa, decorrente de uma bactéria. A enfermidade, entretanto, é uma avitaminose, mais especificamente uma consequência da falta de vitamina B1, cf. SANTOS FILHO, Lycurgo. *Op. cit.*, pp. 264-265. Dr. Félix Rodrigues Seixas, natural da Bahia, farmacêutico da armada imperial e ex-primeiro cirurgião em comissão do corpo de saúde do exército, julgava que o beribéri era favorecido por uma infecção paludosa, além da sífilis, má alimentação, excessos, bebidas alcoólicas, em suma, fatores que depauperavam o sangue humano. SEIXAS, Félix Rodrigues. *These: das condições patogênicas, do diagnóstico e tratamento da moléstia conhecida pelo nome de Beribéri*. Rio de Janeiro: typographia nacional, 1873. Para informações sobre a história da doença cf. CARPENTER, Kenneth J.. *Beriberi, white rice, and vitamin B: a disease, a cause, a cure*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 2000.

“constituição débil”⁸²⁰, e vivia enfermo (em São Paulo quase morreu de pneumonia). Ao ser acometido pelo beribéri, seu corpo foi rapidamente tragado pela enfermidade. Taunay dizia que, aturdidos, os médicos não sabiam como lidar com a doença⁸²¹.

Apesar da região ser vulnerável a um ataque inimigo, e o beribéri fustigar os expedicionários, o coronel Alexandre Albino de Carvalho, irresponsavelmente, manteve a força brasileira no local (*idem*, pp. 123-124). Somente com a chegada do coronel Carlos de Moraes Camisão, que assumiu o comando da coluna, em 1º de janeiro de 1867, seus integrantes moveram-se, dez dias depois, para Nioaque (*idem*, p. 124). Camisão causou boa impressão nos expedicionários⁸²². Taunay reputava-o como um homem digno e sério⁸²³. Embora esta não fosse uma visão plenamente aceita por seus subordinados. Camisão vivia sob o peso da acusação de covarde, pois abandonara o coronel Oliveira durante a ofensiva paraguaia sobre Corumbá. Naquela conjuntura, Camisão comandava o 2º batalhão de artilharia. Havia um soneto impresso, estigmatizador, que circulava à época com os nomes daqueles que deixaram Corumbá a própria sorte (*idem*). Ele, aparentemente, leu seu nome no manuscrito.

No dia 24 de janeiro de 1867, a força nacional chegou a Nioaque (*idem*). O deslocamento para o local ocorreu de forma ordeira, e sem maiores problemas. Os expedicionários levavam consigo doentes em redes, e em cangalhas parecidas com os *cacolets* usados pelos franceses na África do Norte⁸²⁴. Os paraguaios tinham abandonado a região cerca de cinco meses antes. Nela, os soldados da coluna puderam se recuperar fisicamente das vicissitudes enfrentadas até aquele momento. O coronel Camisão, com o objetivo de melhorar sua imagem perante à opinião pública, tencionava invadir o território paraguaio, mais especificamente a vila de Concepción, próxima ao rio Paraguai. Através desta vila, Assunção podia ser alcançada. Tratava-se, na avaliação de Doratioto, de uma missão suicida, haja visto a ausência de implementos bélicos para a concretização de tal projeto (*idem*).

Em 25 de fevereiro, a coluna deixou Nioaque (*idem*). No dia seguinte, estava em Canindé. No dia 4 de março, os expedicionários alcançaram a colônia de Miranda, doze léguas do rio Apa e forte paraguaio de Bela Vista (*idem*). Carlos de Moraes Camisão ordenou a exploração do lugar, e a ocupação das estradas do Apa e da colônia. Taunay identificou aí uma falha militar. O mais acertado, na sua avaliação, era marchar até as fortificações paraguaias, e se aproveitando do fator surpresa, tomar o norte do país, antes que o governo em Assunção tivesse meios de reagir⁸²⁵. Deu-se o oposto: o inimigo percebeu, rapidamente, a presença da força brasileira. A fome se avizinhava. As

820 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 286.

821 *Idem*.

822 *Idem*, p. 300.

823 *Idem*.

824 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 14.

825 *Idem*, pp. 21-22.

cabeças de gado rareavam, e não havia condições da intendência seguir com o abastecimento da vacaria. O coronel Camisão tornava-se crescentemente hesitante. É provável que pensasse em retornar a Nioaque.

Sem querer a responsabilidade de uma decisão unilateral, Camisão solicitou, em 23 de março, que Juvêncio Manuel Cabral de Meneses, chefe da comissão de engenheiros, convocasse os colegas para averiguarem as possibilidades de um ataque aos paraguaios⁸²⁶. Três integrantes da comissão se opuseram a uma ofensiva mediante o argumento de que havia muitas dificuldades: poucos víveres, ausência de munições e meios de transporte, em suma, penúria total. Contudo, dois outros membros viam a invasão ao norte do Paraguai como uma estratégia fundamental para a vitória. O clima esquentou entre os integrantes do conselho de guerra. A exposição de pontos contrários deu lugar a palavras duras, troca de ofensas, agitação. Meneses observava o comportamento dos seus pares em silêncio. Justamente naquele momento, José Francisco Lopes, guia da expedição chegou com cabeças de gado no acampamento⁸²⁷. O tenente coronel Meneses, através da ata do conselho, deu parecer favorável a ofensiva.

No dia 21 de abril de 1867, a força expedicionária cruzou a fronteira, e penetrou em território paraguaio (*idem*, pp. 126-127). Divisava-se, daquela distância, o forte Bela Vista. A coluna, composta de 1680 homens, excetuando-se mulheres, índios, e mercadores (que seguiam os expedicionários), acampou ao sul da fortaleza. O coronel Camisão, que antes exprimia uma postura vacilante, parecia um pouco mais sereno e seguro⁸²⁸. Renomeou a coluna para *Forças em operações no norte do Paraguai*⁸²⁹, título provisoriamente mobilizado, pois a força nacional, em breve, seria forçada a recuar (*idem*, p. 127). No dia 27 de abril, as tropas voltaram a sentir a carência de víveres. Se tal situação perdurasse, Camisão seria obrigado a retornar aos distritos brasileiros, com menor escassez de alimentos, alternativa que o inquietava em função da pecha de covarde que carregava.

Naquelas circunstâncias, de acordo com informações colhidas junto a refugiados brasileiros do Paraguai, ocupar a fazenda de gado Laguna, aproximadamente quatro léguas de Bela Vista, pertencente a Francisco Solano López, parecia ser a melhor opção (*idem*). Em 30 de abril, os nacionais levantaram acampamento. Os expedicionários, ao chegarem na “fazenda”, em 1º de maio, encontraram apenas uma choupana de palha, que detinha em um de seus troncos um recado intimidatório para o comandante da coluna: “malfadado o general que aqui vem procurar o túmulo; o leão do Paraguai, altivo e sanguisedento, rugirá contra qualquer invasor”⁸³⁰.

Três dias depois, Miguel Archanjo Saraco, um comerciante italiano, alcançou a força

826 *Idem*.

827 *Idem*, p. 24.

828 *Idem*, p. 48.

829 *Idem*.

830 *Idem*, p. 54.

expedicionária, procedente de Nioaque, seguindo as pegadas de seus integrantes. O mercador trazia, com a ajuda de um amigo, duas carretas com provisões, que não eram, entretanto, suficientes a todos os combatentes⁸³¹. Doratioto lembrou que a Guerra da Tríplice Aliança transformou-se em um meio para que comerciantes, especialmente europeus, ganhassem muito dinheiro abastecendo as tropas beligerantes (*idem*). Ao cobrar preços exorbitantes, o próprio Saraco enriqueceu. As vicissitudes experimentadas por Camisão e seus homens levaram-no a ordenar a retirada para Nioaque. Tinha início o que passou para a posteridade como “a Retirada de Laguna”.

No dia 5 de maio de 1867, quando a retirada principiou, os soldados foram assaltados por terríveis intempéries: tempestades que destruíam barracas, e relâmpagos que serpenteavam assustadoramente⁸³². Além disso, os paraguaios não cessavam os disparos contra as sentinelas nacionais (*idem*). Em desespero, com água na cintura, quase nus, os combatentes tentavam salvar os cartuchos⁸³³. Alguns dias depois, a retirada recomeçou, sob recorrentes ofensivas do inimigo. Os expedicionários contaram com o apoio de índios Guaicuru e Terena que, após as escaramuças, ajudavam-lhes a transportar os despojos dos paraguaios⁸³⁴.

Durante a Guerra da Tríplice Aliança, como aconteceu com o marujo Marcílio Dias, por ocasião da batalha de Riachuelo, as refregas transformavam-se em enfrentamentos corporais ou microbatalhas, onde o controle emocional, disposição física, e moral elevado eram essenciais. Taunay diz que, em um dos combates, o soldado Laurindo José Ferreira foi cercado por quatro inimigos, e tendo somente o fuzil para se proteger, teve o corpo golpeado várias vezes, mãos, braços, ombro⁸³⁵. Apesar de tantos ferimentos e retalhos, posteriormente, recuperou-se. No decorrer da retirada, militares feridos, como Ferreira, contavam com o trabalho desempenhado por médicos como Cândido Manoel de Oliveira Quintana e Manoel de Aragão Gesteira.

Natural da Bahia, dr. Gesteira tornou-se, em 1861, cirurgião-tenente do corpo de saúde do exército brasileiro⁸³⁶. Nos dois anos que antecederam a Guerra do Paraguai, serviu em Minas Gerais. Integrou a brigada mineira, que, como dito anteriormente, engrossou as fileiras da Coluna Expedicionária de Mato-Grosso. Em maio de 1868, retornou a Minas Gerais. As razões de tal retorno não são claras. Seis meses depois, foi condecorado pelos serviços médicos prestados nos combates ocorridos durante a Retirada da Laguna. Taunay recordava que Gesteira cuidou de feridos, sob tiroteio, oferecendo “provas de dedicação e sangue-frio, como verdadeiro discípulo do grande

831 *Idem*, p. 56.

832 *Idem*, p. 57.

833 *Idem*, pp. 57-58.

834 *Idem*, p. 60.

835 *Idem*, p. 64.

836 Sobre a história pessoal de Manoel de Aragão Gesteira, cf. AHEX, pasta VI-1-44, fé-de-ofício de Manoel de Aragão Gesteira.

Larrey”⁸³⁷. Deve-se sublinhar que o médico baiano precisou lançar mão de sua criatividade, uma vez que as caixas de cirurgia e farmácia da coluna foram perdidas ao longo dos “acidentes da viagem”⁸³⁸. Como Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, Gesteira, aparentemente, exerceu seu ofício com esmero, não sendo corrompido pelo bacharelismo, herdado dos tempos coloniais, que informava o comportamento das elites médicas brasileiras.

Em dezembro daquele ano, dr. Gesteira, seguiu com soldados para a Corte imperial, e daí, novamente, para o teatro de guerra. Serviu em Cerrito e Humaitá. Em janeiro de 1870, retornou à província mineira. Reencontrou Carlota Augusta de Magalhães, sua esposa. No ano seguinte, com ela teve Francisco, seu primeiro filho, e em 1876, Jayme, o segundo. Nos anos posteriores ao conflito, encarregou-se de uma enfermagem militar naquela província. Nove anos mais tarde, foi promovido por mérito a cirurgião-mor de brigada. Em 1886, foi diagnosticado com gatro-hepatite crônica, e reumatismo incuráveis. As fontes documentais obtidas por mim não informam o ano de seu falecimento. Sabe-se, contudo, que foi enterrado Ouro Preto, Minas Gerais; seus restos mortais permaneceram aí até serem trasladados para o Rio de Janeiro, por ocasião da construção de um monumento em homenagem aos retirantes da Laguna.

Os problemas enfrentados pelos expedicionários, no decorrer da retirada, acirraram ânimos, e inquietaram espíritos. A memória do visconde de Taunay registrou um conflito verbal entre o coronel Camisão e Enéias Galvão, seu subordinado, que expressava tal estado de inquietude. O coronel, tantas vezes acusado de pusilânime, agiu, na ocasião, decididamente.

- Então, sr. comandante – perguntou-lhe [Camição] -, que me diz do que nos vai sucedendo?

- Digo – respondeu o outro com modo sombrio -, como dizem todos, oficiais e soldados, que V. Excia. tem sido culpado de muita coisa pela fraqueza e sobretudo irresolução, quando fora necessário decidida segurança de vistas e presteza de movimentos.

- Ah! - observou Camisão descorando muito -, o sr. quereria que fôssemos fugindo, em verdadeira debandada? Não é comigo, apesar de eu saber que muita gente assim deseja.

- Concordo – replicou o Enéias empalidecendo por seu turno – que retirar não é fugir; mas numa retirada, feita sobretudo nas condições da nossa, sem mais víveres e fora das estradas conhecidas, no meio de imensos sertões em que não há a esperar socorro de ninguém, não se devem desperdiçar ocasiões, que depois nunca mais se renovam.

- Mas quando é que perdi ocasiões dessas? Aponte-as, aponte-as, se é capaz!

- Apelo para o sr. Taunay – disse Enéias – Ele que diga se, a cada momento, para

837 TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *Op. cit.*, 1874, pp. 64-65.

838 *Idem*, p. 64.

assim dizer, a coluna não pára sem se saber por quê? Ainda ontem não estivemos estacados, a pé firme, umas quatro horas para lá do rio, por ordem de V. Excia.? Fazendo o quê? Não se trocou um tiro. Não se perdeu um dia inteiro junto ao Apa para passá-lo a transbordar, quando poderíamos tê-lo transposto quase seco? Se os paraguaios tivessem sabido aproveitar os erros de V. Excia., há muito estávamos perdidos.

- Já que o sr. apela para o sr. Taunay – contestou Camisão -, dir-lhe-ei que é pessoa de caráter que sabe-me fazer justiça. Sempre me fala a verdade. Nunca me empurrou para a aventura em que estou metido; mas também jamais mostrou desânimos vergonhosos.

- V. Excia. não pode referir-se a mim ! ...

- Cale-se – bradou o coronel fulo de raiva e com voz trêmula e rouca -, cale-se e fique sabendo que, apenas chegarmos a lugar conveniente, mandarei sujeitá-lo a conselho de guerra ... Desde já se prepare para ele ... É preciso saber respeitar os seus superiores ... e numa ocasião destas! ... Cumpram o seu dever, que saberei cumprir o meu!

Enéias Galvão inclinou-se sem dizer mais palavra e afastou-se⁸³⁹.

Os fios da memória são, muitas vezes, ilusórios. Apresentam uma dimensão seletiva e mutável ao resgatarem o passado. Sobre a mutabilidade da memória pessoal, disse Eric Hobsbawm, em seu livro de metodologia: “Aquilo de que me lembro de minha vida como estudante de graduação em Cambridge é hoje diferente daquilo que era quando eu tinha trinta ou 45 anos” (1998, p. 221). Apesar da crítica de Hobsbawm, o historiador em sua tarefa de reconstruir eventos pretéritos deve enfrentar o território “escorregadio” da memória, por meio de novas perguntas, métodos, e do cotejamento das fontes. É provável que Camisão e Enéias não tivessem proferido exatamente as palavras supracitadas. Taunay, narrador de alto gabarito, capaz de explorar todo o potencial dramático de uma configuração social, talvez, cedesse espaço ao romancista, ao preencher imagens do passado com vocábulos ficcionais. De qualquer maneira, a menção ao embate verbal indica que, a despeito das experiências deletérias comuns, de partilharem sofrimentos variados (fome, doenças, batalhas, mortes), e lutarem contra o mesmo inimigo, em muitos momentos, os soldados brasileiros, nervosos, entravam em choque, havendo conscientemente ou não, tentativas de subverter a hierarquia e a disciplina militares.

Ao longo da retirada, os combatentes, com corações apequenados de tensão e angústia, por conta das insistentes incursões paraguaias, foram acometidos por uma epidemia de cólera. Em maio de 1867, antes de alcançarem Nioaque, boatos, fenômeno típico em contextos de guerra, alcançaram o acampamento brasileiro; dizem que o flagelo de Ganges nele circulava. Os doutores Quintana e Gesteira informaram ao coronel Camisão que, em Bela Vista, atenderam um índio terena, que

839 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 323.

morrera vitimado pela enfermidade⁸⁴⁰. A princípio mantiveram-se em silêncio sobre o assunto, pois não havia meios para tratar a cólera⁸⁴¹. Várias fogueiras foram acesas pelos médicos, que consideraram tal método o mais eficaz para evitar a propagação da doença⁸⁴². Os combatentes pensaram ser uma estratégia para depurar a atmosfera do pantanal.

No dia 18 de maio de 1867, entretanto, a peste de Ganges revelou seu ímpeto destrutivo: três homens foram atacados pela patologia, e expuseram seus mais graves sintomas. Outros dois doutores, que assistiram aos estragos provocados pela grande epidemia de 1855, entenderam ser prudente informar ao conjunto dos expedicionários a eclosão do surto epidêmico⁸⁴³. Muitos especialistas em cólera reconhecem a existência de sete pandemias. Dhiman Barua periodizou-as assim: 1ª) 1817-1823; 2ª) 1829-1851; 3ª) 1852-1859; 4ª) 1863-1879; 5ª) 1881-1896; 6ª) 1899-1923; 7ª) 1961 em diante (1992, pp. 7-8). Vários autores mencionam datas diferentes das elencadas por Barua (consideradas “oficiais”); e pelos menos um deles (Laurie Garrett) aponta oito ondas pandêmicas (Lewinsohn, 2003, pp. 115-116). A tabela 11 detalha estas ondas, e apresenta a periodização divergente em itálico.

Tabela 11

1) 1817-1823	Muitas partes da Ásia
2) 1829-1851 (<i>1826-1837</i>)	Rússia, Europa Ocidental, Inglaterra, EUA (rio São Lourenço), Nova York, Filadélfia, New Orleans, México, ilhas Caraíbas
3) 1852-1859 (<i>1846-1862</i>)	Europa, América (através de New Orleans, 1848)
4) 1863-1879 (<i>1864-1875</i>)	Ásia, África, Europa, América,
5) 1881-1896 (<i>1883-1896</i>)	Oeste da Ásia, Egito, Rússia, Europa Ocidental, Inglaterra
6) 1899-1923	Egito, sudeste e oeste da Europa, Rússia
7) 1961 em diante	Ásia, Oriente Médio, África, Europa, EUA (1973)
8) 1991 em diante	América do Sul e Central

Pandemias de cólera desde 1817 (fonte: *Três epidemias lições do passado*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003)

840 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 1874, pp. 109-110.

841 *Idem*, p. 110.

842 *Idem*. Na epidemia de cólera de 1832, uma bateria de artilharia foi usada para purificar o ar, cf. PATTERSON, Mirian A.. “The epidemic of 1832 in York, Upper Canada.” in: *Ontario history*, 67, 1975.

843 *Idem*.

A cólera, em sua origem, era uma doença endêmica na Índia. Portugueses presentes em Calicute, no começo do século XVI, produziram relatos sobre a moléstia (Barua, *op. cit.*, p. 7-8). Há muito mais tempo a enfermidade reinava endemicamente em Bengela, espalhando-se regularmente daí para outras áreas da Índia, sobretudo por peregrinações e festas religiosas nas proximidades do rio Ganges. Por isso passou a ser também denominada “peste de Ganges” (Lewinsohn, *op. cit.*, p. 112). Se não falecessem no rio, os peregrinos levavam consigo a moléstia para suas aldeias, contribuindo para sua prevalência em toda península indiana e regiões contíguas.

No começo do oitocentos, a cólera movimentou-se de forma incomum, chamando a atenção de médicos e governantes europeus. A doença transcendeu suas fronteiras originais, atingindo, em 1821, a cidade de Omã, na península Arábica (Barua, *op. cit.*, p. 8). Chegou aí em razão de conflitos militares, que contaram com a participação de homens deslocados de Bombaim na Índia. Ao analisar a história do flagelo de Ganges, nota-se a existência de uma conexão entre cólera e conflagrações. Apesar de não serem as únicas, a Guerra do Paraguai (1864-1870), e suas congêneres, Guerra do Marrocos⁸⁴⁴ (1859-60), e especialmente Guerra da Crimeia (1854-1856), exemplificam isso.

Além de Omã, a cólera projetou sua foice sobre outras regiões do Golfo Pérsico: Bahrain, Irã e Iraque. Enfrentamentos militares entre Pérsia e Turquia conduziram o mal de Ganges a tais territórios, e em seguida, a cidades russas, notadamente Tíflis e Astracã. A enfermidade, a realizar um outro percurso, cruzou, em 1818, as fronteiras do Nepal, nas proximidades da cordilheira do Himalaia (*idem*). No ano seguinte, chegou ao Ceilão (atual Sri Lanka) e a Miamar. Em 1820, diversos locais hospedaram a cólera quase concomitantemente: Siam, Malacca, Penang, e Cingapura. Grassou também em dois arquipélagos: Indonésia e Filipinas. É provável que a China tenha sido atacada, em 1817, e o Japão cinco anos depois. A despeito de invadir muitas regiões, a cólera só assumiu uma dimensão planetária entre 1830 e 1850, na segunda pandemia. Sofreram com a moléstia os seguintes países: Rússia⁸⁴⁵, Itália, França, Inglaterra, Tunísia, Marrocos, México⁸⁴⁶,

844 Sobre a cólera na expedição militar francesa no Marrocos, cf. ANTÔNIO, Francisco Javier Martínez. *La otra guerra de África: cólera y conflicto internacional en la olvidada expedición militar de Francia a Marruecos em 1859*. Ciudad Autónoma de Ceuta: Gráficas San Pancraccio, 2010.

845 Entre 1846 e 1849, em função da cólera, morreram no Império Tzarista 880 mil pessoas. TULL-STEWART, D.E.S.. “Vaba, Haiza, Kholera, Foklune, or Cholera: in any language still the disease of seven pandemics” in: *Journal of applied microbiology*, 91, 2001, p. 583. Para o estudo de outras crises epidêmicas na Rússia, cf. FRIEDEN, Nancy. “The russian cholera epidemic, 1892-1893, and medical professionalization” in: *Journal of social history*, 10, june 1977; PATTERSON, David K.. “Cholera diffusion in Russia, 1823-1923” in: *Social science & medicine*, volume 38, issue 9.

846 Nas crises epidêmicas de 1833 e 1850, faleceram, respectivamente, 3275 e 1611 indivíduos, cf. OLIVER, Lilia V.. “El cólera y los barrios de Guadalajara em 1833 y en 1850” in: *Des fraudes dans l’accomplissement des fonctions generatrices: causes, dangers et inconvenients pour les individus, la famille et la societe remedes*. Paris, J.B. Bailliere, (?).

Cuba, Nicarágua, Canadá, Estados Unidos e outros.

Voltemos aos homens de Laguna. Apesar da incidência do mal de Ganges, urgia a continuidade da retirada; esta, contudo, tornou-se inviável. O que se seguiu foi assustador. Subitamente, soldados tombaram em função do mal-estar. O desespero se assenhorou das fileiras. Os três indivíduos previamente acometidos pela peste morreram. Duas carretas (a maior delas usada originalmente para o transporte de munições) ficaram repletas de enfermos⁸⁴⁷. No dia 20, houve nove vítimas fatais, e vinte novos doentes⁸⁴⁸. Um deles era Francisco das Chagas, chefe dos terenas, que foi conduzido ao encontro dos médicos brasileiros em uma rede carregada por outros membros do grupo. Os índios estavam aterrorizados, mas não deixavam a força brasileira, visto que havia paraguaios nas proximidades, que, quando apresavam-lhes impunham-lhes sofrimentos indizíveis⁸⁴⁹.

A noite trouxe a chuva, que, em abundância, agravou os padecimentos.

Amontoados perto da pequena barraca dos médicos, sem abrigo e ao ar livre, receberam os coléricos, nos corpos gélidos, as bategas que desabavam, de espaço em espaço. Era horrível ver estes míseros, presos de agitação extrema, dilacerando andrajos com que procurávamos cobri-los, rolando uns sobre os outros, a se torcerem com câimbras, vociferando, soltando brados, que se fundiam numa só voz articulada: água!⁸⁵⁰

No dia 26 de maio de 1867, consciente de que o flagelo asiático roubava-lhe as forças, o oficial Vicente Miguel da Silva, em tom de despedida, escreveu uma carta para seu pai: “aproveito um minuto de vida que me resta, para lhe fazer esta, a fim de receber sua benção, assim como de minha mãe, e pedir-lhe para dar um abraço em cada um, mano e parentes”⁸⁵¹. Afirmou que havia “um conto e tanto”⁸⁵² nas mãos de Jerônimo Rodrigues, seu primo, e que seus vencimentos, referentes aos meses de fevereiro, março, abril e maio, estavam atrasados. Este montante devia ser usado por seu pai nos cuidados com a mãe. E acrescentava: “estamos sofrendo [da] cólera-morbus, que tem [matado] muita gente, estamos cercados pelos inimigos, os quais nos tem tirado todos os recursos. Adeus meu pai e minha mãe, perdoe-me algumas loucuras minhas, seu filho e amo,

847 TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 110.

848 *Idem*, p. 111.

849 *Idem*.

850 *Idem*, p. 112.

851 Carta do oficial do exército Vicente Miguel da Silva ao pai, narrando os acontecimentos da expedição de Mato-Grosso, onde veio a falecer. IHGB, série guerra, lata 335, pasta 4.

852 Carta do oficial do exército Vicente Miguel da Silva ao pai, narrando os acontecimentos da expedição de Mato-Grosso, onde veio a falecer. IHGB, série guerra, lata 335, pasta 4.

Vicente Miguel da Silva”⁸⁵³.

O drama de Silva era o mesmo de outros coléricos, ou seja, o enfermo preservava a consciência praticamente até o último suspiro; afora os sofrimentos decorrentes do quadro sintomatológico, o doente tinha clareza de que sua vida estava próxima do fim.

Os doutores Quintana e Gesteira, bem como os demais médicos da coluna, não tinham o pensamento calibrado pela microbiologia, disciplina nascente nas duas últimas décadas do século XIX, a partir das pesquisas de Louis Pasteur e Robert Koch. Sabe-se, desde os anos de 1880, que a cólera é causada por uma bactéria, mais especificamente, um bacilo conhecido como *Vibrio cholerae*. São necessários milhões para que um indivíduo seja acometido pela doença, levando-se em consideração o grau adequado de acidez em seu estômago. Para serem identificados a olho nu, devem estar reunidos aproximadamente dez bilhões de bacilos (um copo d'água pode conter cerca de duzentos milhões). O microorganismo sobrevive na água por semanas; e para que possa se multiplicar necessita de água alcalina, cuja temperatura varie de 30°C a 40°C (Lewinsohn, *op. cit.*, p. 114). Em temperaturas superiores a 50°C, o vibrião não consegue sobreviver. Ademais, possui apenas um hospedeiro: o homem.

Ele não fica doente através de um simples contato com a bactéria. Na verdade, o bacilo precisa alcançar o intestino delgado do ser humano. Isso ocorre principalmente por meio da ingestão de água contaminada, e em casos mais raros, dos excrementos das vítimas da cólera. O vibrião não pode ser obtido através do ar ou pela permuta da maioria dos fluídos corporais. A transmissão pelo contato físico é pouco provável, mas não impossível. Por exemplo, uma pessoa que manipule as roupas ou lençóis infectados de um colérico, pode fazer com que uma colônia invisível do microorganismo fique retida sob suas unhas, e daí pode conduzi-lo à boca ao alimentar-se (Johnson, 2008, pp. 46-47). Porém, a possibilidade disso acontecer, reitero, é remota. Mesmo que unhas alojassem bactérias não é certo que estas sobreviveriam tempo o bastante para alcançar o intestino delgado (*idem*, p. 47).

Mas caso isso ocorresse, iniciava-se aí a multiplicação letal. Com a ajuda de uma proteína (Pilis TCP), os bacilos reproduzem-se em ritmo surpreendente e geram uma substância tóxica. Ao atuar sobre as células do intestino, tal substância impede que a água do corpo seja mantida em um nível equilibrado. A toxina do bacilo da cólera confunde as células intestinais, que passam a eliminar água rapidamente, e com o líquido se vão as partículas brancas destas células, transformando a diarreia no que convencionou-se denominar “água de arroz”.

A perda excessiva de água em tempo tão breve, produz completa desorganização do organismo humano (*idem*, p. 45). A desidratação leva à diminuição do volume de sangue em

853 Carta do oficial do exército Vicente Miguel da Silva ao pai, narrando os acontecimentos da expedição de Mato-Grosso, onde veio a falecer. IHGB, série guerra, lata 335, pasta 4.

circulação, afetando o coração que, por sua vez, bombeia em ritmo mais acelerado para tentar preservar a estabilidade da pressão sanguínea. O objetivo é manter a vitalidade de órgãos essenciais como o cérebro e os rins. A falência de órgãos ocorre a princípio nos de menor relevância como a vesícula biliar e o baço. O comprometimento da circulação do sangue repercute nas extremidades do corpo, através da contração dos vasos sanguíneos, o que produz a sensação de formigamento nos pés e nas mãos.

A incapacidade do coração de manter a pressão do sangue em níveis estáveis conduz à hipotensão. Nessa altura, o colérico apresenta atordoamento; dificuldade de raciocinar e até desmaios. As evacuações prosseguem e o enfermo continua a perder peso. O colérico pode perder, em um único dia, dez a vinte litros de líquido diarréico (Lewinsohn, *op. cit.*, pp. 109-110). Em uma semana, pode produzir, na forma de diarréia, o correspondente a todo seu peso corpóreo. O quadro sintomatológico inclui vômitos intensos, cólicas, e espasmos musculares fortes. A face do enfermo torna-se azulada, e as extremidades de seu corpo frias. A pele escurece e enruga. O doente torna-se urêmico, leia-se, os rins funcionam precariamente, e por falta de filtragem, seu sangue é tomado por substâncias tóxicas. Tal estado pode evoluir para o coma, colapso dos órgãos vitais, e morte.

Os médicos da força expedicionária observaram a evolução da peste de Ganges sobre os corpos de soldados, índios, e sertanejos. Sabiam que a epidemia guardava alguma relação com água. Taunay afirmou que os expedicionários foram proibidos de ingeri-la⁸⁵⁴ (apenas os moribundos consumiam alguns goles); o líquido foi considerado fatal, certamente, pelos doutores.

Coube a John Snow, facultativo inglês, que trabalhava em Londres, através da publicação dos resultados de sua pesquisa, em 1854, identificar a relação entre cólera e água ou alimentos contaminados por dejetos humanos⁸⁵⁵. Foi com William Hardcastle, cirurgião-boticário de Newcastle-upon-Tyne, nordeste da Inglaterra, que Snow, com apenas 14 anos, deu seus primeiros passos no território da medicina (Lewinsohn, p. 128). Os primeiros anos ao lado do dr. Hardcastle foram dedicados ao treinamento básico, por exemplo, cuidar dos mineiros de carvão que labutavam em Killingworth (*idem*).

Em 1831, aos 19 anos, Snow observou, pela primeira vez, os estragos provocados pela cólera em Sunderland, sul de Newcastle, daí espalhando-se, posteriormente, para todo o nordeste britânico. Auxiliou os mineiros adoentados, e astuto, notou as condições precárias de seu ambiente de trabalho, eivado de sujeiras e de seus próprios excrementos (*idem*, pp. 128-129). Talvez, naquele contexto, Snow já tivesse atentado para a possibilidade do flagelo de Ganges não ser transmitido

854 TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 112.

855 Para os interessados no estudo de John Snow, dois textos são fundamentais: SNOW, John. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999, e VINTEN-JOHANSEN, Peter; BRODY, Howard; PANETH, Nigel; RACHMAN, Stephen; RIP, Michael. *Cholera, chloroform, and the science of medicine: a life of John Snow*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

por miasmas ou emanações tóxicas. Na epidemia de 1849⁸⁵⁶, pôde testar as impressões de dezoito anos atrás ao visitar um orfanato de Tooting, bairro londrino. Das mil crianças do orfanato, 140 faleceram (*idem*, p. 129). Como elas dormiam juntas (duas ou três por cama), Snow convenceu-se de que a transmissão da cólera dava-se através de matérias fecais. O médico inglês concluiu que, provavelmente durante a noite, as crianças teriam seus dedos sujos de fezes, e os levariam à boca para chupá-los (*idem*). Inferiu também que a peste asiática procedia de um organismo vivo (embora não lograsse identificá-lo) presente no sistema digestivo, capaz de aí se multiplicar (*idem*).

No mesmo ano, William Budd, mais um um facultativo inglês, de forma independente, chegou a conclusões semelhantes às de Snow. Para Budd, a cólera igualmente era causada por organismo vivo, que se reproduzia na água, expondo o mesmo *modus operandi* da febre tifóide (*idem*). Pesquisando na zona rural de Devon, o médico explicitou a relação direta entre a presença da febre tifóide e um poço por meio do qual os habitantes da região obtinham água potável (*idem*). Depois de tratar os excrementos dos coléricos com cloreto de cálcio, a doença reduziu sensivelmente. Apesar das observações corretas de Snow⁸⁵⁷ e Budd, seus contemporâneos, reféns da medicina miasmata e de suas variações, negavam-se a reconhecer a validade delas.

Quando, em 1853, eclodiu uma nova crise epidêmica (nos meses de agosto e setembro), Snow pôde, de maneira irrefutável, comprovar suas análises. Lançando mão de uma metodologia estatística, prática, aliás, inaugurada por ele no campo da medicina, o doutor demonstrou que as mortes na Broad Street, extremo oeste do bairro do Soho, associavam-se à sua bomba d'água. O alfaiate e seus cinco filhos, que dividiam o único cômodo da residência da Cross Street, número 10, acostumaram-se a ingerir água da bica da Broad Street, aproximadamente cem metros de sua casa, pois acreditavam que seu líquido apresentava um sabor mais agradável do que a fonte da Little Marlborough Street, a poucos quarteirões, cujo cheiro era fétido (Johnson, *op. cit.*, p. 133). A partir do contato com a água daquela fonte, em três dias, todos morreram (*idem*). Ao analisar as condições do óbito do alfaiate e de sua prole, bem como outras mortes nas redondezas, observou que todas estavam relacionadas à bomba da Broad Street. O elemento água era a chave para o entendimento da disseminação da moléstia.

Snow não foi seduzido pelo miasmatismo ou anti-contagionismo⁸⁵⁸. A teoria miasmática,

856 Sobre esta epidemia, cf. THOMAS, Amanda J.. *The Lambeth cholera outbreak of 1848-1849: the setting, causes, course and aftermath of an epidemic in London*. London: McFarland & Company, Inc., Publishers, 2010.

857 Sobre as resistências à teoria de Snow, cf. GILBERT, Pamela K.. *Cholera and nation: doctoring the social body in Victorian England*. New York: State University of New York Press, 2008, pp. 94-96.

858 Os anticontagionistas se opunham a utilização de quarentenas e cordões sanitários como instrumentos de combate à cólera. No seu entendimento, havia poucas enfermidades contagiosas o bastante para justificar a adoção de medidas tão agressivas. Tal afirmação indica que nenhum anticontagionista era *totalmente* anticontagionista. Segundo Ackerknecht, mesmo os miasmataistas mais radicais não ignoravam a existência de moléstias contagiosas, dentre elas: sífilis, gonorréia, varíola etc.. ACKERKNECHT, Erwin H.. "Anticontagionism between 1821 and 1867" in: *Bulletin of the history of medicine*, n. 5, vol. XXII, september-october, 1948, p. 569. De acordo com Worboys, os anticontagionistas centravam suas críticas às quarentenas em vários aspectos: a) os gases tóxicos constitutivos da

base do pensamento neo-hipocrático sugeria, *grosso modo*, que as doenças, de uma forma geral, decorriam de duas causas: excitantes ou externas e predisponentes ou internas (Cunningham, p. 221). As excitantes correspondiam às emanações tóxicas provenientes da água e solo insalubres; alimentos putrefatos expostos ao ar; aglomeração de indivíduos; cadáveres de homens e animais; chuvas; ventos; variação de temperatura (calor ou frio); humidade etc.. As predisponentes equivaliam às características de cada corpo humano, suas idiossincrasias e singularidades, que revelariam uma maior ou menor predisposição a uma enfermidade. Donde a importância dispensada à análise clínica e aos estudos de caso, por meio dos quais eram descritos, em detalhe, a evolução da doença na estrutura física e emocional do paciente.

Discriminavam a idade, cor, e sexo dos enfermos. Investigava-se ainda o comportamento do indivíduo antes do adoecimento (horas de sono, alimentação, prática de exercícios físicos) e as patologias que lhe acometeram ao longo da vida (lembramos que os doutores que cuidaram de Mariz e Barros preocuparam-se em registrar a sua cardiopatia). Observava-se também o quadro sintomatológico em momentos distintos da moléstia, sublinhando sua variação (cor da urina, detritos fecais, e vômitos; transpiração profusa; batimentos no pulso; alterações da textura ou coloração da pele, língua, aparelho visual; e oscilações de humor, melancolia ou alegria desmedida, silêncios contínuos ou loquacidade).

Analisar o paciente, de uma perspectiva particular era relevante, uma vez que a doença manifestava-se de forma distinta em cada corpo humano. Uma pessoa podia contrair escorbuto, por exemplo, e tal moléstia evoluir para tifo. Sintomas de uma enfermidade podiam aparecer em uma outra. Robert Avé-Lallemant, ao investigar a epidemia de febre amarela de 1850, no Rio de Janeiro, convenceu-se de que sinais da cólera manifestaram-se, antecipadamente, nos amareletos. Daí ter usado a expressão “febre amarela colérica”⁸⁵⁹ para diagnosticar muitos doentes. Esta interpretação não era uma peculiaridade de Avé-Lallemant. Naquele contexto, era comum que doutores vissem patologias preexistentes como elementos constitutivos de uma epidemia reinante (Rosenberg, 1960, p. 341). Mais do que isso. Acreditava-se ainda que uma moléstia epidêmica podia conter ou incitar o irrompimento de diferentes enfermidades.

atmosfera superariam as barreiras impostas pelas quarentenas sem dificuldade; b) diante da ausência de higiene e de uma política sanitária eficaz, os miasmas podiam se materializar em qualquer região, em qualquer momento, produzindo, portanto, doenças – a aglomeração de pessoas apenas facilitaria sua tarefa; c) a incompetência e a corrupção dos homens impediriam que os cordões sanitários fossem aplicados de maneira satisfatória. Por conta do discurso contrário às quarentenas, prejudiciais ao livre-comércio, os anticontagionistas foram apoiados por grupos mercantis. Isso não significa dizer que os miasmatisistas adotavam tal posição unicamente para atender aos interesses econômicos de comerciantes e industriais. Na verdade, eles entendiam que o anticontagionismo era a *chave científica* mais adequada para a compreensão da maioria das enfermidades. WORBOYS, Michael. *Spreading germs: diseases, theories, and medical practice in Britain, 1865-1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, pp. 39-40.

859 AVÉ-LALLEMANT, Robert. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. De Francisco de Paula Brito, 1851, pp. 49-50.

John Snow não foi influenciado pelo miasmatismo. É provável que a explicação para isso radique em suas pesquisas sobre anestesia. O médico interessou-se bastante pela anestesiologia. Tanto mais que construiu, com o apoio de Daniel Ferguson, um especialista na fabricação de instrumentos cirúrgicos, um inalador que regulava a dosagem de éter a ser aplicada nos pacientes (Johnson, *op. cit.*, pp. 67-68). Em 23 de janeiro de 1847, este invento foi apresentado à Sociedade Westminster. No final do ano seguinte, publicou um texto sobre o tema: *On the inhalation of de vapour of ether in surgical operations (idem)*. Pesquisou, como havia feito com o éter, as propriedades do clorofórmio, quando os médicos passaram a dar mais atenção a tal substância.

Dr. Snow sabia que o éter atuava de forma padronizada no corpo dos indivíduos. Após observar milhares de inalações, durante mais de cinco anos, tinha clareza de que o gás sedava igualmente os pacientes. De acordo com a visão miasmatista, tendo como referência a predisposição individual, as pessoas deviam apresentar reações diversas ao entrarem em contato com o éter. No entanto, o que ocorria era exatamente o oposto. Provavelmente por isso, o argumento dos anticontagionistas de que os enfermos de uma sala de hospital, afetada por miasmas, detinham reações diferentes, em consonância com sua predisposição fisiológica, não era bem visto pelo médico britânico (*idem*, pp. 137-139).

O futuro estaria ao lado de Snow, mas em sua época, os anticontagionistas criticaram sobremaneira o resultado de suas pesquisas. Algumas críticas foram agressivas, para não dizer ignominiosas, como o seguinte editorial anônimo do *The Lancet*: “Por que será, então, que o dr. Snow é tão extravagante em suas opiniões? Por acaso há algo que as comprove? Não! ... Todavia, o dr. Snow alega ter descoberto que a propagação [da] cólera se dá via de regra pela ingestão de água de esgoto. A sua teoria, é claro, desbanca todas as demais teorias. Estas atribuem a grande eficácia da disseminação [da] cólera a deficiências no escoamento e à impurezas atmosféricas. Por isso, afirma o dr. Snow, os gases da decomposição animal e vegetal são inócuos! Embora não satisfaça a razão, tal lógica satisfaz uma teoria; e todos sabemos que uma teoria é, em geral, mais despótica que a razão. O fato é que o poço de onde o dr. Snow extrai suas verdades sanitárias é o encanamento do esgoto principal. Seu *specus*, ou sua caverna, é um cano de esgoto. Por se apegar demais às suas ideias, caiu em um bueiro e, desde então, não conseguiu sair de lá” (*idem*, p. 187).

Os médicos Quintana e Gesteira, diante da cólera a agredir os retirantes da Laguna, tomaram medidas contra a doença, porém, estas não se baseavam, provavelmente, nos textos de John Snow. Aparentemente, foram raros os doutores que atuaram na Guerra do Paraguai, e mesmo no período imediatamente posterior ao conflito, que leram o epidemiologista britânico. Das teses médicas, por mim analisadas, produzidas por veteranos da Guerra da Tríplice Aliança, ou por autores que não foram para o campo de batalha, mas trataram da epidemia de 1867, apenas uma mencionou o dr.

Snow⁸⁶⁰. O médico Francisco de Paula Cândido⁸⁶¹, mineiro da comarca de Mariana, e primeiro presidente da Junta de Higiene Pública, criada, como foi visto páginas atrás, por ocasião da crise epidêmica de febre amarela de 1850 (que matara Antônio Gomes Cândido, seu irmão), também citou Snow, em 1855, ao publicar seu relatório sobre a epidemia de cólera daquele ano⁸⁶². Ao mencionar o epidemiologista, dr. Cândido reconheceu a associação entre a água e o espraiamento do mal de Ganges.

No entanto, em desacordo com “algumas notabilidades da ciência médica”⁸⁶³, dentre elas o próprio Snow, o médico mineiro julgava que rios e águas fluviais (que as “notabilidades” diziam funcionar como “artérias da circulação colérica”⁸⁶⁴) não tinham condições de transmitir a cólera. Cândido afirmava que o trajeto da peste de Ganges, geralmente, era oposto ao das correntes fluviais. Entendia que a doença associava-se aos miasmas, ventos, correntes atmosféricas, estações do ano, e ao trânsito comercial. Acreditava que o flagelo asiático não podia ser transmitido de pessoa a pessoa. Contudo, um indivíduo podia contaminar um objeto que, por seu turno, podia infectar outra pessoa. Quando a água transmitia a enfermidade (por meio de poças no interior das residências e, principalmente, lagos tranquilos) era porque, previamente, o elemento havia sido contaminado por fatores excitantes.

Em 1856, dr. Cândido publicou um outro relatório sobre a primeira epidemia de cólera a grassar no Brasil⁸⁶⁵. Nele, com maior recuo, e visão de conjunto, mudou de opinião acerca dos meios fluviais: o doutor reconheceu a importância dos rios na transmissibilidade da cólera⁸⁶⁶. Os despojos orgânicos e imundícies acumuladas dissolviam-se na água dos rios, e após uma transformação química, produziam a “matéria decomponível”⁸⁶⁷, que sob a ação de um “excitador epidêmico”⁸⁶⁸, engendrava o mal de Ganges. Através da inalação de emanções pestíferas provenientes do sistema fluvial, ou da ingestão de sua água (ou ainda do consumo de seus peixes), a pessoa podia sentir os sintomas iniciais do flagelo asiático.

Para Francisco de Paula Cândido, a ação do “excitador” era fundamental para a eclosão e propagação de uma moléstia epidêmica. Dr. Cândido, aparentemente, foi muito influenciado por

860 PEREIRA, Francisco da Cunha Beltrão Araújo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1868.

861 Para informações sobre a biografia de Francisco de Paula Cândido, cf. FONSECA, Maria Rachel Fróes & MONTEIRO, Rodrigo Borges. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ (<http://www.dichistoriadasaude.coc.fiocruz.br>).

862 CÂNDIDO, Francisco de Paula. *Relatório acerca do cholera-morbus precedido de considerações sanitárias relativas aos portos do império*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1855.

863 *Idem*.

864 *Idem*.

865 CÂNDIDO, Francisco de Paula. *Relatório acerca da saúde pública compreendendo 1º) a história sucinta do cólera-morbus no império; 2º) a discussão das providências sanitárias que convém adotar-se*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1856.

866 *Idem*.

867 *Idem*.

868 *Idem*.

Justus von Liebig⁸⁶⁹, químico germânico, e William Farr, reformador sanitário inglês, que contribuía regularmente para o periódico *The Lancet*. Liebig foi o responsável pelo desenvolvimento da teoria da fermentação; seus trabalhos tornaram-se sobremaneira conhecidos nos Estados Unidos. O químico entendia que o fermento era uma espécie de excitador, leia-se, uma matéria orgânica sem vida, capaz de se reproduzir em fluídos com componentes químicos (Vinten-Johansen *et. al.*, 2003, pp. 181-182). Na sua concepção, o sangue era a substância ideal para a reprodução do fermento. Liebig via o líquido vermelho como a “fábrica química do corpo para síntese e degradação” (Brock, 2002, p. 206). Quando alcançava a substância, o excitador entrava em contato com propriedades químicas, cuja função era preservar o corpo humano saudável. Ao absorver tais propriedades, iniciava-se um processo de decomposição. A partir dele, o indivíduo afetado manifestava os sintomas de determinadas doenças (por exemplo, varíola e peste). Mas não apenas isso. O corpo produzia novos excitadores que espalhavam a patologia. Baseando-se na teoria do químico germânico, Farr classificou as doenças decorrentes desse processo como zimóticas - termo proveniente de *zymosis*, vocábulo grego que significa fermentação (*idem*, p. 208). A cólera figurava entre as moléstias elencadas por William Farr.

Ao observarmos o campo semântico mobilizado por Cândido em seus relatórios, nota-se um ponto de contato entre seu pensamento e o daqueles autores; palavras como “excitador”, “decomposição”, “fermento”, “movimentos zimóticos”, aparecem, de maneira recorrente, em seus escritos.

Os doutores que participaram da Retirada da Laguna, dentre eles Quintana e Gesteira, ao considerarem a água um perigo para os combatentes, estavam mais próximos da teoria da excitação epidêmica de dr. Cândido, construída a partir de Farr, Liebig e outras referências, do que da teoria da comunicação pela água de Snow. Justamente por isso, ao perceberem a disseminação do flagelo asiático, os médicos da coluna expedicionária preocuparam-se em fazer fogueiras para coibi-lo.

Durante a retirada, o número de enfermos não parava de aumentar. Em 21 de maio de 1867, as carretas estavam abarrotadas de coléricos, “de todos os lados deixavam pender braços, pernas, cabeças, onde já se imprimiam os sinais da morte”⁸⁷⁰. Em 25 de maio, um dia antes do oficial Silva escrever a carta de despedida para seu pai, os expedicionários avançaram, aproximadamente, uma légua e meia. Muitos doentes eram conduzidos em padiolas, entretanto, vários padioleiros, no geral, soldados, abruptamente agredidos pela peste de Ganges, caíam junto aos demais coléricos. A moléstia golpeava suas vítimas nos mais variados locais. Um sobrevivente da quadra epidêmica de 1832, em New York, disse que quedou desacordado, ao atravessar a rua, sem ter notado qualquer

869 Sobre a importância de Justus von Liebig para a história da ciência, cf. BROCK, William H. *Justus von Liebig: the chemical gatekeeper*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

870 TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 112.

prelúdio, “como se tivesse sido abatido com um golpe de machado” (Lewinsohn, *op. cit.*, p. 110).

Cada vez mais braços eram necessários para transportar coléricos que não paravam de se avolumar. Não demorou para que soldados reclamassem por terem que conduzir aqueles “mortos-vivos”, de aparência azulada. Taunay indicou o descontentamento das praças: “... os soldados, estafados, punham-se, de repente, como à porfia com os coléricos, a soltar selvagens gritos impacientes, ameaçando arrear e abandonar o fardo”⁸⁷¹. Tal comportamento dos combatentes relacionava-se menos com o esforço em realizar o transporte, do que com o medo de serem acometidos pela terrível doença que lhes cercava. Daí as deserções terem recomeçado (se é que em algum momento cessaram). Em face à cólera, tendo a “morte sob os olhos, e no coração”⁸⁷², como escreveu visconde de Taunay, em tempos de paz ou de guerra, os homens, em desespero, fugiam.

Em 1832, em New York e Filadélfia, famílias assustadas deixaram suas casas (Rosenberg, 1962, p. 24). Apaseo, no México, tornou-se uma cidade fantasma com as habitações trancadas, visto que os poucos sobreviventes da epidemia de 1833 abandonaram o lugar (Hutchinson, 1958, p. 22). Cenas igualmente dramáticas repetiram-se em muitas localidades. Na quadra epidêmica de 1850, na Jamaica, no norte de Kingston, mães desamparavam os filhos, quando estes manifestavam os primeiros sintomas da cólera (Kiple, 1985). Em 1855, em Itabaianinha, sul de Sergipe, diante da chegada do mal de Ganges, as pessoas refugiavam-se nas matas vicinais (Neto, 2001). Naquele mesmo ano, como vimos no capítulo 1, cidades baianas como Santo Amaro e Cachoeira sofreram profundo desregramento social, havendo, inclusive, evasão de médicos e boticários. Em 1867, em Córdoba, na Argentina, doutores, assustados, também fugiram da região (Carbonetti, 2007).

Para além do grau de letalidade da ofensiva epidêmica, diferente do que ocorria em períodos de paz, os soldados, em um contexto de beligerância, tinham que lidar com o inimigo. Enquanto os retirantes da Laguna sofriam para deslocar os coléricos, e para obter alimentos, os paraguaios não pararam de fustigá-los. Nem os mortos poupavam. Abriam covas de brasileiros, e reviravam cadáveres, despojando-os de seus andrajos, e outros objetos⁸⁷³. Todavia, indígenas e civis, que seguiam a força expedicionária, agiam da mesma maneira em relação aos inimigos falecidos.

Na noite de 25 de maio de 1867, após entrevistar vários oficiais, inclusive médicos, coronel Camisão tomou uma atitude reveladora do drama experimentado pelos expedicionários: ordenou o abandono dos coléricos (o transporte dos convalescentes continuaria sendo feito)⁸⁷⁴. Arrogou-se a responsabilidade pelo ato. Ninguém se opôs ao comandante. Nem os médicos. E Camisão quis ouvir a opinião deles⁸⁷⁵. Dr. Gesteira rompeu o silêncio para fundamentar sua abstenção. Disse

871 *Idem*, p. 115.

872 *Idem*, p. 110.

873 *Idem*, pp. 120.

874 *Idem*, p. 122 e seguintes.

875 *Idem*, p. 122.

vivenciar um paradoxo: se, por um lado, fez da medicina, a preservação da vida do semelhante, sua profissão; por outro, na condição de integrante do corpo de saúde do exército, estava submetido ao comando de Carlos de Morais Camisão⁸⁷⁶. O que Gesteira fez foi evitar o problema; optou, estrategicamente, pelo não-envolvimento. Cabe ao historiador reconstruir o evento, não em termos de fatalidade ou infortúnio, mas de escolha, opção, do comandante e de seus subordinados que passivamente acataram sua ordem. Nem toda ordem é para ser cumprida e, como destaca Tzvetan Todorov, mesmo em uma situação extrema o indivíduo não perde totalmente sua capacidade de escolher (1995, p. 149).

O coronel Camisão determinou a abertura de uma clareira, em mata contígua, onde seriam deixados os coléricos. Taunay sublinhou que os homens que abriram espaço no matagal (alguns eram amigos dos infelizes enfermos), não hesitaram diante de qualquer questão de ordem moral⁸⁷⁷. O memorialista ressaltou também que os coléricos aceitaram resignadamente o seu destino.

Contribuíam, provavelmente, as dores do horrível mal para a indiferença dos pacientes; ou, talvez, também a ideia do repouso substituído às torturas dos solavancos da marcha; mas acima de tudo, este despreendimento fácil da vida, próprio dos brasileiros e que deles, tão depressa, faz excelentes soldados⁸⁷⁸.

Os sofrimentos por conta do avanço da enfermidade e os incômodos do transporte, de fato, desgastavam fisicamente e psicologicamente os coléricos. No entanto, é pouco provável que estivessem dispostos a trocar tal realidade pela morte, sem amigos, nem parentes, em região inóspita do interior do Brasil. Ao dizer que os nacionais apresentavam uma postura despreendida em relação ao viver, Taunay mostrava-se cego pelas narrativas ufanistas que dominavam seu tempo. O ponto fundamental, desconsiderado pelo autor, é que os cruéis padecimentos fragilizaram tanto o corpo das vítimas, que impediram qualquer tipo de resistência à decisão de Carlos de Morais Camisão. Mais de cento e trinta doentes foram deixados para trás⁸⁷⁹. Tentando sensibilizar os paraguaios, pregou-se um cartaz em um tronco de árvore no local em que os moribundos foram abandonados. Dizia o seguinte: “compaixão para com os coléricos!”⁸⁸⁰. Pouco tempo depois,

876 *Idem*, pp. 122-123.

877 *Idem*, p. 123.

878 *Idem*.

879 *Idem*, p. 125. Na avaliação de Luiz de Castro Souza, houve uma controvérsia em relação ao número de enfermos abandonados. O major José Tomás Gonçalves, em documento oficial, em 16 de junho de 1867, informou ser 76 coléricos. Dr. Quintana, também em relato oficial, indicou 122 moribundos, cf. SOUZA, Luis de Castro. *A medicina na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: s/e, 1972, p. 95, nota 108.

880 *Idem*.

estampidos indicaram que os enfermos foram mortos pelos inimigos. Segundo Taunay, houve apenas um sobrevivente⁸⁸¹.

A cólera, como um anjo exterminador, seguiu a ceifar vidas. Juvêncio Manuel Cabral de Meneses, chefe da comissão de engenheiros, foi mais uma de suas vítimas fatais. Taunay dizia recordar bem da noite em que a enfermidade assaltou Meneses.

Dormíamos juntos num couro estendido. De repente, acordou-me: Taunay, disse sacudindo-me com violência, estou com a cólera, não há dúvida!

- Deixe-se de medos – respondi-lhe -, aborrecido por ser interrompido no meu repouso de chumbo.

E tornei a pegar no sono.

- Taunay – repetia o pobre desgraçado -, veja se me arranja algum remediozinho com Gesteira!

E não foi senão muito a custo que me pôde a despertar.

- Deveras o sr. está doente ou é cisma?

Grandes vômitos foram a resposta⁸⁸².

Taunay levantou e saiu da barraca. Obteve com dr. Gesteira “papéizinhos de subnitrito de bismuto”⁸⁸³. Ao retornar encontrou Meneses com câibras, a vomitar e evacuar⁸⁸⁴. Em desespero, o oficial evocava o nome da esposa e filhos⁸⁸⁵. Não queria, obviamente, morrer. Contudo, pela manhã,

o mísero estava todo desfigurado, a ponta do nariz fina, puxada para baixo pelos dedos da morte, os olhos encovados com grandes círculos roxos, cianóticos. A voz era um fiozinho de falsete, a voz característica dos coléricos. Não tinha, entretanto, a sede exagerada, inextinguível, que constitui tão grande sofrimento nesta moléstia⁸⁸⁶.

João Carlos Mayrink, aluno do 4º período da Faculdade de Medicina Imperial do Rio de Janeiro, que, 1866, foi atuar nos hospitais do sul do Brasil e adjacências, disse não haver remédios

881 *Idem.*

882 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 327.

883 *Idem.*

884 *Idem.*

885 *Idem*, pp. 327-328.

886 *Idem*, p. 328.

para tratar da cólera. Nada apacava a peste de Ganges, nem os “específicos descobertos e apregoados pelo charlatanismo”⁸⁸⁷ (ele não explicitava quais eram estes específicos). Carlos de Oliveira Bastos, 2º cirurgião em comissão, que cuidou de coléricos na enfermaria de Chacarita, na Argentina, defendia a seguinte terapêutica: fricções a partir de escovas molhadas em terebentina; flanelas umedecidas em bálsamos, que deveriam ser mantidas em contato com o corpo do doente; sinapismos; infusões quentes de chá, café, sabugueiro, camomila e outras; preparos com amônia; e alcóolicos⁸⁸⁸. Quando foi para a Guerra do Paraguai, Pantaleão José Pinto⁸⁸⁹, como Mayrink, cursava o 4º período da Faculdade de Medicina da Corte. Pantaleão era sul-riograndense, e filho de Francisco José Pinto e Joaquina Pereira da Natividade. Serviu na brigada de artilharia em Tuiuti, como coadjuvante do dr. João Severiano da Fonseca, chefe da ambulância volante. Pantaleão cuidava do batalhão de engenheiros e do 3º batalhão de artilharia, e Fonseca do 1º regimento de artilharia a cavalo e do 1º batalhão de artilharia⁸⁹⁰.

Pantaleão observou a reação dos coléricos de Tuiuti em face à aplicação de vários medicamentos. Viu o álcool, mais especificamente o conhaque, curar dois enfermos do dr. Fonseca⁸⁹¹. Prescreveu para seus pacientes diaforéticos e anti-espásmicos junto com ópio; clísteres amido-laudanizados; e excitantes cutâneos (fricções, sinapismos, pedilúvio etc.). Nas primeiras manifestações da doença, o diafóretico mais usado pelo acadêmico foi a tintura de acônito⁸⁹². Conforme a cólera avançava, e a pele do enfermo assumia uma coloração azul-arroxeadada (cianose), preferiu o acetato de amônia. Um soldado do 3º batalhão, que apresentava aspecto cadavérico, câibras, vômitos e evacuações copiosas, e que gritava desesperadamente pressentindo sua morte, recuperou-se em três horas ao ser tratado com acetato de amônia⁸⁹³.

Uma das terapias utilizadas para conter a diarreia dos coléricos era a infusão de camomila com tintura de noz-vômica⁸⁹⁴. Poucas vezes tal tratamento foi empregado com sucesso. Contudo, a adição de elixir paregórico, a partir de sua experiência na enfermaria de Assunção, produziu resultados positivos⁸⁹⁵. A fala de Pantaleão (e de outros veteranos da Guerra da Tríplice Aliança) sugere que os médicos estavam perdidos diante da cólera. Uma ação terapêutica funcionava em uma

887 MAYRINK, João Carlos. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1868.

888 BASTOS, Carlos de Oliveira. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1869.

889 Pantaleão José Pinto considerava a cólera uma doença zimótica, cf. PINTO, Pantaleão José. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1872. Para formular sua visão sobre a cólera, dr. Pantaleão dialogou com vários autores, dentre eles, Francisco de Paula Cândido e Lionel Smith Beale. Criador da teoria do bioplasma (matéria viva capaz de se autopropagar), Beale reconheceu a importância da água na preservação da “vitalidade” do “germe” propagador da cólera e da febre tifóide, cf. BEALE, Lionel Smith. *Disease germs*. Philadelphia: Lindsay & Blakiston, 1872. Sobre a noção de bioplasma ver também: BEALE, Lionel Smith. *Bioplasm: an introduction to the study of physiology & medicine*. Philadelphia: Lindsay & Blakiston, 1872.

890 PINTO, Pantaleão José. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Acadêmica, 1872.

891 *Idem*.

892 *Idem*.

893 *Idem*.

894 *Idem*.

895 *Idem*.

epidemia, mas não em outra; os medicamentos apresentavam resultados diferentes a depender do estágio da enfermidade; alguns preparos matavam abruptamente os coléricos, por exemplo, infusões de camomila com éter⁸⁹⁶. Os doutores tentavam combinações diferentes com várias substâncias, dentre elas, clorofórmio, cânfora, óleo de rícino, clorureto de sódio, águas de hortelã-pimenta e de louro-cereja⁸⁹⁷. Pantaleão destacou a eficácia terapêutica das limonadas⁸⁹⁸. Quando as substâncias excitantes tornavam-se inócuas, nos últimos estágios da doença, o estudante cuidava dos enfermos dando-lhes água açucarada com suco de limão. Ao ingerirem o líquido, os doentes não vomitavam. O acadêmico acidulou as limonadas progressivamente, e conseguiu salvar dois soldados cuja mortes pareciam iminente⁸⁹⁹.

Contudo, o líquido podia gerar um grau tal de excitação que levava o paciente ao óbito. Para impedi-lo, ao manifestar-se a excitação, Pantaleão aplicava sangrias (o método tradicional foi muito usado no hospital de coléricos em Tuiuti) e sulfato de quinino⁹⁰⁰. Sempre que o pai de Taunay enviava-lhe uma carta, mandava um “embrulhozinho”⁹⁰¹ de sulfato de quinino. “De grama em grama, tão amiudadas foram as remessas, que enchi, até à boca, uma garrafinha não de todo pequena. Aliás, só me servi do precioso febrífugo uma vez, cortando violenta febre, agravada por imprudência ..., mas não poucas doses administrei a outros companheiros, índios e camaradas, sempre com eficácia em maleitas, sezões e febres palustres”⁹⁰². Por meio das palavras de Taunay, nota-se que nem sempre eram os doutores que receitavam medicamentos aos enfermos.

Se os médicos testavam diversos remédios para impedir a evolução da cólera, os enfermos, em nome da preservação da vida, dispunham-se a recebê-los. Era o caso de Meneses. O oficial estava ansioso para obter medicamentos. De acordo com Taunay, o doente reportou-se a ele e a um colega assim: “vejam se me arranjam por aí homeopatia. Se vocês não me abandonam com certeza me salvarei!”⁹⁰³. Segundo o memorialista,

De vez em quando lhe apresentávamos aos lábios, gretados pela secura, uma colher de sopa cheia de água simples.

- Homeopatia – dizíamos para lhe sustentar o moral.

- E não é – observava o coitado – que estou me sentindo melhor? Na homeopatia o que é preciso é ter fé!⁹⁰⁴

896 *Idem.*

897 *Idem.*

898 *Idem.*

899 *Idem.*

900 *Idem.*

901 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 277.

902 *Idem*, pp. 277-278.

903 *Idem*, p. 328.

904 *Idem.*

Em abril de 1867, o farmacêutico João Pinheiro de Guimarães ofereceu, sem qualquer custo ao governo imperial, medicamentos homeopáticos aos integrantes da armada e do exército em operações na Guerra da Tríplice Aliança⁹⁰⁵. A oferta de Guimarães foi aceita por Afonso Celso de Assis Figueiredo, ministro da marinha. Entretanto, João Lustosa da Cunha Paranaguá, ministro da guerra, rechaçou-a. Ignoro as motivações subjacentes à atitude de Paranaguá. Seus críticos não entendiam o motivo dele não querer que os combatentes brasileiros utilizassem os medicamentos disponibilizados pelo farmacêutico homeopata. Mais do que isso. Usavam as páginas dos jornais fluminenses para censurá-lo.

Apesar da armada ter passado a usar a homeopatia, parece que seus remédios foram aplicados por não-especialistas. Uma matéria apócrifa do *Diário do Rio de Janeiro* mencionou a questão: “Já se vê que o honrado ministro [Afonso Celso de Assis Figueiredo] emprega todos os meios e obtém bons resultados no tratamento de nossos bravos soldados; o que, porém, ainda, S. Ex. não fez, e o que julgamos indispensável [que] se faça, é a nomeação de médicos homeopáticos para o emprego útil e legal deste sistema de curar. Quem vai fazer uso dessas caixas de medicamentos ... os médicos alopatas? Não. Então serão os enfermeiros e pessoas estranhas à medicina, curiosos enfim, que podem estar possuídos dos melhores desejos, mas que devem na ignorância da medicina errar na aplicação, e por conseguinte, comprometer a vida do doente”⁹⁰⁶.

O mesmo texto defendia que o exército adotasse três sistemas médicos em suas fileiras: alopatia, homeopatia, e hidroterapia. Afirmava também que, ao se cruzar informações destes sistemas, cotejando-as através de um quadro estatístico, haveria como identificar as vantagens de cada um deles. Fosse como fosse, oficiais da armada e do exército, mesmo antes de abril de 1867, usavam remédios hahnemannianos provenientes de suas próprias boticas. Por isso Juvêncio Manuel Cabral de Meneses pediu para seus colegas de farda “arranjarem” medicamentos homeopáticos para ele.

Dr. Maximiano Marquês de Carvalho estava convencido de que, diferente da homeopatia, o sistema alopático não era o ideal para o cuidado dos combatentes brasileiros na Guerra do Paraguai. Carvalho tornou-se uma figura conhecida da elite letrada na Corte imperial, pois escrevia, com regularidade nos periódicos que circulavam no Rio de Janeiro, em favor do sistema hahnemanniano. Defendeu sobremaneira tal sistema por ocasião da epidemia de cólera de 1855. Provavelmente, projeção e dinheiro incitavam sua militância. No contexto da Guerra da Tríplice Aliança, dr. Carvalho produziu as linhas abaixo:

905 “Publicações a pedido – A homeopatia na armada” in: *Jornal do Commercio*, 30 de abril de 1867.

906 “Noticiário” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 9 de janeiro de 1868.

Todos sabem a diferença fundamental [existente] entre a velha e a nova medicina, uma emprega no enfermo as suas drogas em grandes porções, a outra prescreve os seus medicamentos em doses infinitesimais, aquela mistura as suas drogas e dá essa mistura aos doentes, esta administra os seus medicamentos simples e puros, aquela combate a reação salutar do organismo e o destrói, esta aumenta essa reação e cura o enfermo, aquela (alopatia) atormenta o enfermo, enche-lhe o estômago de drogas e converte seu aposento em uma loja de drogas, esta (a homeopatia) cura brandamente o enfermo, lhe dá ânimo e reanima as forças. Para enfermos do exército e da armada, a velha medicina precisa de um grande trem, de uma loja de drogas, de um pessoal farmacêutico e de uma divisão de médicos, [estrutura que onera o] exército.

Toda essa divisão de médicos cheia de uma ciência infusa se vê tonta e perplexa no meio das vastas enfermarias do exército e da armada brasileira nas margens do Paraguai. Como aplicarão eles a milhares de enfermos as suas drogas tão misturadas e tão diversas? Todos esses doentes não seriam tratados mais suave e prontamente pela medicina homeopática?

A razão e a ciência estão dizendo. Que se apaguem esses prejuízos, que se desvançam essas vãs considerações, que se quebrem e se despedacem esses ídolos do paganismo médico, e que seja a humanidade tratada segundo as leis da verdadeira ciência médica, e a cólera-morbus já não será um gênio destruidor, ou a morte que invade as cidades e os exércitos ...⁹⁰⁷

Dr. Carvalho antes de encerrar seu texto, disse que, durante a quadra epidêmica de 1855-56, coléricos conduzidos em ambulâncias até sua enfermaria, na rua da Quitanda, número 40, no Rio de Janeiro, que se contorciam e gritavam de dores lancinantes, após serem submetidos ao tratamento homeopático, ficaram aliviados dos sintomas da moléstia em apenas 15 minutos. Obviamente, tratava-se de um exagero. O homeopata aproveitava-se dos relatos presentes na imprensa carioca sobre o ataque epidêmico às tropas brasileiras, para promover a sua “ciência”.

Tânia Salgado Pimenta mostrou como a homeopatia já tinha penetração na capital imperial no contexto da primeira grande epidemia de cólera - difusão que começara anos antes com a crise epidêmica de febre amarela (Pimenta, 2003, p. 218). O fato da Santa Casa de Misericórdia inaugurar, em 1855, a enfermaria de Carvalho (exclusivamente formada por doutores homeopatas) é um indicativo disso. Segundo Pimenta, em outubro daquele ano, um grupo de médicos estabeleceu outra enfermaria hahnemanniana (São Vicente de Paulo), na rua da Misericórdia, número 47 (*idem*,

907 “Publicações a pedido – Revista médica – Homeopatia nos hospitais do exército e da armada” in: *Jornal do Commercio*, 5 de maio de 1867.

p. 217). Os facultativos Alexandre Mendes Calaza, Joaquim Pereira de Araújo, Pedro Ernesto Albuquerque de Oliveira, Antônio Antunes Guimarães Filho, Joaquim Alves Pinto Guedes, e João de Souza Santos, a preservar o legado de João Vicente Martins, um dos primeiros médicos homeopatas do Brasil, cuidaram gratuitamente de enfermos das camadas menos favorecidas (*idem*, pp. 217-218).

Voltando aos expedicionários. O chefe da comissão de engenheiros acreditava que a homeopatia iria salvá-lo. Provavelmente, Taunay não conseguiu com seus pares remédios hahnemannianos. Como vimos anteriormente, os medicamentos da coluna foram perdidos ou utilizados em razão das dificuldades enfrentadas no sertão do país. É provável que tempestades e enchentes experimentadas pelos integrantes da força brasileira tenham destruído também seus medicamentos homeopáticos (se é que algum deles trazia consigo boticas com tais remédios) Para não fragilizá-lo emocionalmente, Taunay deu-lhe uma colher com água⁹⁰⁸. Evidentemente, os sintomas da cólera não cessaram.

Enquanto Meneses procurava forças para vencer o flagelo de Ganges, aproximou-se o sargento Salvador Rodrigues da Silva⁹⁰⁹. Taunay asseverou que o militar tinha um lenço sujo amarrado à cabeça, e um caneco de folha-de-flandres nas mãos⁹¹⁰. O sargento estava convicto de que havia como curar o chefe da comissão de engenheiros⁹¹¹. De acordo com o memorialista, ele e Salvador travaram o seguinte diálogo:

- Que é isto, Salvador? - perguntei-lhe todo surpreso.

- Que é isto? - repetiu – É que ninguém morre mais desta peste. Descobri o remédio infalível e não há quem deixe de ficar bom. Salvei-me, eu mesmo, e a muitos já tenho salvo, com o favor de Nosso Jesus Cristo. Só eu é quem sabe o que é isto que nos tem matado tanta gente, cruz, Virgem Santíssima!

- Então que é? - indaguei a rir, porque o seu todo, os modos e palavras eram positivamente irresistíveis.

- Isto – proclamou – é sujeira na tripa mestra e o remédio, a mezinha maravilhosa, ei-la aqui! E apresentava-me triunfalmente o tal caneco velho⁹¹².

Meneses saiu, por uns instantes, do estado de entorpecimento em que se encontrava, e

908 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 328.

909 *Idem*, pp. 328-329.

910 *Idem*.

911 *Idem*.

912 *Idem*, p. 329.

Salvador deu-lhe o caneco para beber⁹¹³. Ademais, aplicou-lhe um “supositório de fumo enrolado”⁹¹⁴. De acordo com o memorialista, era uma “infusão muito carregada de tabaco”⁹¹⁵. Em pouco tempo, “... o mísero colérico gritava como um possesso. Era de um grotesco terrífico, misto inexprimível de risível e angustioso, como duvido, jamais, em qualquer tempo, alguém presenciou”⁹¹⁶. O sargento não se abalou. Ao contrário, insistiu que o remédio estava a fazer efeito. Teria dito: “assim mesmo é que temos de combater a sujeira do corpo, esta imundície que nos está estragando ...”⁹¹⁷. As dores tornaram-se tão insuportáveis para o infeliz Meneses, que Taunay intimou o sargento a obedecer o chefe dos engenheiros. O autor não esclarece o ponto. Porém, é provável que Meneses gritasse para que Salvador tirasse o supositório, e lhe desse algo para beber, talvez, água. Onde conclui-se que coléricos, assim como pacientes durante as cirurgias, não adotavam uma postura passiva em face do tratamento dispensado a eles. Reagiam, sobretudo, diante da dor. Registre-se ainda que, repiso o argumento, nem sempre eram médicos que prescreviam e administravam os medicamentos aos doentes.

O coronel Camisão também foi acometido pelo mal de Ganges. Conforme as câibras e torções tornaram-se mais regulares, e provavelmente sentindo-se culpado pelo abandono dos coléricos, com uma arma, pôs termo à sua vida⁹¹⁸. Taunay chegou a ouvir o estampido⁹¹⁹. Uma outra vítima fatal foi José Francisco Lopes, guia da coluna, que perdera seu filho havia pouco tempo, também vitimado pela cólera. Lopes conduzia os expedicionários até sua fazenda. Parecia pressentir que não chegaria a Nioaque⁹²⁰. Começavam a faltar-lhe forças. Do alto de seu cavalo mostrava aos combatentes as terras que antepunham-se ao seu retiro. Taunay aproximou-se de Lopes⁹²¹.

Doutor - disse-me – olhe para ali. Meu gado manso vinha pastar naquele barreiro. Daqui a pouco vocês estão vendo o cercado de meu retiro.

Nós todos, sr. Lopes – retorqui-lhe.

O velho tentou sorrir.

Eu? ... Qual! Sinto que minha vez está chegando.

Mal pronunciara estas palavras, os estribos lhe faltaram e com surdo gemido caiu do cavalo abaixo.

913 *Idem.*

914 *Idem.*

915 *Idem.*

916 *Idem.*

917 *Idem.*

918 *Idem*, p. 327.

919 *Idem.*

920 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 127.

921 TAUNAY, Alfredo d'Escagnolle (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 327.

Estava com [a] cólera.

Era um companheiro a mais para os infelizes que se estorciam de câibras, em cima das duras tábuas dos cofres da artilharia⁹²².

Enquanto teve condições físicas, o guia ajudou os militares a alcançarem sua fazenda. Quando lá chegaram, López não tinha voz. Morreu em poucas horas⁹²³. Um acampamento foi edificado em frente ao pomar de sua fazenda. Os expedicionários puderam aproveitar as laranjas aí existentes. Eram consumidas, em alguns casos, mesmo com casca em função da fome que maltratava os soldados. Em *A Retirada da Laguna*, Taunay associou a melhora dos enfermos à ingestão da fruta. “Certo é que foram coléricos vistos – a maior parte dos quais se curaram – passar longas horas a devorar montes de laranjas de que mal deixavam alguns restos”⁹²⁴.

Em *Memórias*, publicada originalmente, em 1948, cinquenta anos após a morte de Taunay, conforme sua orientação, o autor retomou o assunto. Continuou a considerar as laranjas de Lopes determinantes para a recuperação dos coléricos. Lembrou que Robert Koch demonstrou que a cólera era disseminada através da ingestão do bacilo-vírgula⁹²⁵. Recordou ainda que a bactéria não resistia a determinados ácidos, dentre eles, o ácido cítrico⁹²⁶. Daí sua conclusão de que, inconscientemente, ao sorverem laranjas por quatro dias consecutivos, em 1867, os expedicionários usaram “da valiosa arma terapêutica”⁹²⁷ que, no futuro, seria apregoada pelos “maiores sábios e clínicos do mundo civilizado”⁹²⁸. Taunay desconsiderava as resistências às pesquisas de Koch⁹²⁹. Miasmataístas e contagionistas contingentes⁹³⁰ criticaram o cientista germânico. Max von Pettenkofer foi um deles; recusava-se a aceitar que a cólera era transmitida apenas pelo vibrião⁹³¹. Tal ressalva é importante

922 *Idem*, p. 332.

923 *Idem*, p. 333.

924 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 1874, p. 138.

925 TAUNAY, Alfredo d'Escragno (visconde de). *Op. cit.*, 2004, p. 336.

926 *Idem*.

927 *Idem*.

928 *Idem*.

929 Sobre o tema, cf. OGAWA, Mariko. “Uneasy bedfellows: science and politics in the refutation of Koch's bacterial theory of cholera” in: *Bulletin of the history of medicine*, 2000, 74.

930 O contagionismo contingente ou limitado mesclava a teoria miasmática com a contagionista. Os defensores desta posição entendiam que os “agentes contagiante” só podiam engendrar uma enfermidade se existissem algumas pré-condições: clima, solo, variáveis sociais etc., cf. ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 2003. Jaime Larry Benchimol mostrou que esta corrente foi predominante entre os médicos e não-médicos em meados do século XIX. Em sua avaliação, isso foi possível graças à flexibilidade do contagionismo limitado, que reunia uma variada gama de fatores, inclusive, alguns excludentes, cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pausteriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999.

931 Max von Pettenkofer, cientista germânico e uma das principais expressões do contagionismo limitado, notabilizou-se por ter desafiado abertamente as ideias do bacteriologista Robert Koch. No momento em que Koch demonstrou a materialidade do bacilo-vírgula (*komma bacillus*), vetor de transmissão da cólera, em 1883, Pettenkofer partiu para o ataque. Argumentou que a questão da transmissibilidade não estava resolvida inteiramente. No ano seguinte, na primeira conferência relativa à cólera, realizada em Berlim, Pettenkofer negou a teoria da água

visto que desnaturaliza-se o surgimento da bacteriologia. A disciplina foi historicamente construída através de um movimento descontínuo, com acelerações e enfreadas, até ser aceita de forma plena.

A força expedicionária, ou melhor, o que restou dela, chegou a Nioaque em 4 de junho de 1867 (Doratioto, *op. cit.*, p. 128). A região estava em completo abandono. Os militares brasileiros que aí estavam foram embora. Fato que favoreceu a ocupação da área, uma vez mais, pelos inimigos. Os paraguaios pilharam Nioaque, incendiaram suas residências, e posteriormente, procuraram refúgio em um cemitério próximo (*idem*). Divisava-se cadáveres de nacionais insepultos, muitos deles membros da própria coluna. Os inimigos deixaram uma armadilha (*booby trap*) para os expedicionários na igreja do vilarejo (*idem*). No dia 5 de junho, ao entrarem no templo, houve uma explosão que matou 15 brasileiros (*idem*).

Fosse como fosse, naquela altura, os integrantes da expedição livraram-se, em definitivo, das incursões paraguaias. Nesse mesmo dia, os militares partiram para o porto de Canuto, no rio Aquidauana. Chegaram aí seis dias depois, e encontraram outros combatentes brasileiros. A coluna estava bastante destruída. Desde a invasão ao território paraguaio, foram 908 mortos pela cólera e pelos ataques inimigos, excetuando-se um número expressivo de índios, mulheres, mercadores, e demais pessoas que acompanhavam os expedicionários (*idem*). Era o fim de um dos episódios mais dramáticos da Guerra da Tríplice Aliança.

“Cenas de desumanidade”: a peste de Ganges em Corrientes

Em 5 de março de 1867, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho informou ao marquês de Caxias que a cólera atingiu, na altura de Goya, no rio Paraná, o vapor *Teixeira de Freitas*, procedente do Rio de Janeiro⁹³². A embarcação rumava em direção a Corrientes. A peste de Ganges,

preconizada por John Snow, e validada por Koch. No seu entendimento, a transmissão da doença não se dava através da água, mas por meio do ar. O bacilo se desprenderia do solo, alcançando a atmosfera e seria inspirado pelos homens. O cientista não descartava a hipótese de que o germe contaminasse os víveres. Comprometido com sua teoria, Pettenkofer protagonizou um dos episódios mais surpreendentes da história da medicina. Em 7 de outubro de 1892, durante uma epidemia de cólera em Hamburgo, ele engoliu o bacilo, e embora tivesse contido a acidez estomacal, de sorte a possibilitar a multiplicação do germe, o ousado cientista sofreu apenas uma diarreia sem maior relevância. O experimento tornou-se famoso, entretanto, não conseguiu abalar as estruturas da jovem bacteriologia – o tempo estaria ao lado de Koch, cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pausteriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999, pp. 281-282. Sobre a teoria de Pettenkofer, cf. PETTENKOFER, Max von. *Cholera: how to prevent and resist it*. London: Ballière, Tindall and Cox, 1875 (republicado, em 2010, por Nabu Press); PETTENKOFER, Max von. *Outbreak of cholera among convicts: an etiological study of the influence of dwelling, food, drinking-water, occupation, age, state of health, and intercourse upon the course of cholera in a community living in precisely the same circumstances*. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co., 1876 (republicado, em 2011, por Nabu Press).

932 AHEX, “Campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades”, códice 5635.

que roubava vidas na capital imperial, havia atacado o navio que, além de cartas oficiais e pessoais, transportava mais de duzentos combatentes para o exército. Alguns deles morreram. O vapor foi conduzido para Montevidéu, entretanto, a cidade carecia de um “lugar conveniente”⁹³³ para sua desinfecção e das tropas. Determinou-se, então, que o navio fosse conduzido até Santa Catarina (o clima salubre da região também favoreceu a escolha de tal província). Dr. Carvalho disse para Caxias tomar todas as medidas necessárias de sorte a evitar a disseminação da enfermidade epidêmica junto às brigadas brasileiras. Caso não fosse possível conter sua expansão, o exército tinha que ter remédios em suas boticas para “curar ou minorar os efeitos perniciosos de tão deplorável calamidade”⁹³⁴. Urgia comprar medicamentos dos fornecedores mais próximos dos locais onde as tropas estavam aquarteladas.

Em 30 de março, Luiz Álvares dos Santos, 1º cirurgião do hospital de São Francisco, em Corrientes, informou a Carvalho que nesta instalação hospitalar, no dia anterior, apareceram oito casos suspeitos de cólera. Dr. Santos queria saber do cirurgião-mor do exército se devia organizar “conselhos higiênicos”⁹³⁵ para serem lidos por enfermeiros aos doentes e serventes nas enfermarias, visto que o mal de Ganges apresentava sintomas premonitórios passíveis de identificação. Não encontrei o ofício com a resposta de Caxias.

Um dos casos era o do soldado Agostinho Pereira, servente do almoxarifado. Isidoro Antônio Nery, 2º cirurgião encarregado da 5ª enfermaria do São Francisco, descreveu ao chefe de saúde do exército os sintomas do recruta. Agostinho chegara na enfermaria em uma padiola já moribundo. Apresentava “decomposição dos traços fisionômicos, resfriamento das extremidades superiores e inferiores, pulso filiforme e lento, câibras nas pernas, dores tensivas no abdôme, que se achava contraído, língua saburrosa com os bordos cianóticos, sede insaciável, respiração curta e frequente, e dejeções alvinas”⁹³⁶. Nenhum medicamento conseguiu conter o avanço deste quadro sintomatológico. Pereira faleceu uma hora após chegar a 5ª enfermaria⁹³⁷.

No final de março de 1867, Caxias encontrava-se no acampamento brasileiro de Tuiuti, no Paraguai. O mágico Hermann procurava descontrair os soldados, sobretudo os feridos, com “alguns espetáculos de sua arte”⁹³⁸. Provavelmente sensibilizado com a situação dos enfermos, o prestidigitador ofereceu parte dos lucros obtidos no acampamento (200 libras esterlinas e três pesos bolivianos) ao tratamento dos feridos. O montante foi recolhido à pagadoria do exército, e aparentemente, enviado ao Asilo dos Voluntários da Pátria. A despeito da presença do ilusionista,

933 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

934 AHEX, “Campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades”, código 5635.

935 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

936 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

937 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

938 AHEX, “Campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades”, código 5635.

Caxias não tinha motivos para descontração. Em 2 de abril de 1867, relatou, ao conselheiro Paranaguá, a presença da cólera em dois hospitais militares, um deles, o São Francisco, em Corrientes⁹³⁹. O comandante-em-chefe ordenou a criação de uma enfermaria isolada no hospital de Itapiru, no Paraguai, para abrigar vítimas do flagelo asiático.

Luis Alves de Lima e Silva não tomava medidas unilateralmente. Ouvia, com regularidade, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho e outros médicos do corpo de saúde do exército. Baseado nos doutores, Caxias estabeleceu que navios que trouxessem tropas para o exército brasileiro declarassem, em Corrientes, se durante o percurso houve casos suspeitos de cólera. Sendo a resposta positiva, o desembarque deveria ocorrer em Chacarita, duas léguas acima da cidade correntina⁹⁴⁰. Aí os indivíduos sob suspeição receberiam os primeiros tratamentos. Não apenas isso. A embarcação sofreria uma desinfecção, e só depois, seguiria viagem.

Em função dos primeiros casos de cólera em Corrientes, o baiano Luiz Álvares dos Santos convocou, para o mesmo 2 de abril de 1867, nove horas da manhã, uma conferência com médicos e estudantes⁹⁴¹. A ideia era pensar estratégias de combate à peste de Ganges. No dia anterior, Santos esteve muito atarefado: visitou as enfermarias de Corrientes; assistiu enterramentos; e inaugurou duas outras enfermarias para coléricos. Enquanto trabalhava, apresentou-se, proveniente do Saladeiro, Francisco Alves Pontes⁹⁴², o mesmo que, em 1866, entrara em rota de colisão com o major Lima. Dr. Pontes afirmou representar o tenente-coronel Justino Alves Jacutinga, delegado do cirurgião-mor do exército⁹⁴³. Disse ainda ser o responsável pela fiscalização do serviço de saúde na cidade argentina⁹⁴⁴. Pontes tentou postergar a reunião para duas horas da tarde⁹⁴⁵. Dr. Santos asseverou ser inviável, visto que o ordenança já havia distribuído uma circular convocando os facultativos para o encontro as nove horas, e não havia, naquele momento, ninguém que pudesse levar um contra-aviso⁹⁴⁶.

Deu-se a conferência, por volta de 10 horas, na sala dos médicos no hospital da igreja do Rosário⁹⁴⁷. Dr. Pontes, ao presidir o encontro, lembrou que o mesmo baseava-se no artigo 20, capítulo 3, do regulamento do corpo de saúde do exército⁹⁴⁸. Disse também que o objetivo dos presentes era apresentar medidas higiênicas para aplacar a epidemia que atingira Corrientes e

939 AHEX, “Campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades”, código 5635.

940 AHEX, “Campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades”, código 5635.

941 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

942 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

943 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

944 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

945 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

946 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

947 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

948 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

Saladeiro⁹⁴⁹. Santos pediu a palavra. Afirmou que a conferência não podia ser realizada tendo por base o artigo 20⁹⁵⁰. Este artigo determinava que ao eclodir uma crise epidêmica em alguma praça ou distrito militar, ou havendo motivos consistentes para seu surgimento, o delegado do cirurgião-mor do exército faria uma reunião no local atingido, presidida por ele, com os cirurgiões militares que estivessem sob sua jurisdição para implementarem ações higiênicas demandadas pelas circunstâncias⁹⁵¹.

O doutor baiano destacava três⁹⁵² problemas: a) a conferência não foi convocada pelo delegado do chefe de saúde do exército, mas pelo próprio dr. Santos, 1º cirurgião do hospital de Corrientes; b) apenas os médicos de Corrientes foram convocados para o encontro, excluindo-se os facultativos do hospital do Saladeiro, que também estavam sob a jurisdição do delegado; c) a conferência não estava sob a presidência do delegado do cirurgião-mor, mas sob a orientação do delegado de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho (lembremos que o delegado do chefe de saúde do exército era Jacutinga).

Deve-se sublinhar que, enquanto o flagelo asiático matava mais pessoas, dr. Pontes queria atrasar a conferência e Santos gastava seu tempo e dos seus colegas a citar o regulamento do corpo de saúde do exército. Provavelmente, Santos ficou irritado com a ingerência de Pontes em seu trabalho, e quis desqualificar o encontro. O comportamento dos dois doutores mostra o quão os integrantes da elite médica enredavam-se em vaidades pessoais, disputa de egos, em prejuízo da saúde dos combatentes.

Apesar do legalismo contraproducente de Luiz Álvares dos Santos, a conferência seguiu sem maiores dificuldades. Os médicos e acadêmicos aprovaram nove medidas contra a cólera⁹⁵³. As três primeiras tratavam das enfermarias. A 1ª mencionava a importância de conservá-las no “maior asseio possível”, varrendo-as diariamente, e expondo-as à ventilação em dias quentes e secos. A 2ª medida destacava a necessidade de se realizar lavagens semanais nas enfermarias com água, areia, e sabão. Nos dias de lavagem os doentes precisavam ser removidos para locais vazios. A 3ª dizia que as roupas e colchões sujos frequentemente deviam ser retirados das enfermarias. O mesmo aplicava-se as urinas e matérias fecais, que deviam ser transportadas em urinóis e caixões fechados. Neles seriam derramados água com cloreto de cal. Depois disso, o conteúdo devia ser despejado em um rio. A 4ª determinava o aterramento de pântanos próximos ao hospital da igreja do Rosário. A 5ª medida mencionava a relevância de se transportar rapidamente cadáveres para o cemitério (sublinhava que dois carros deviam ficar a disposição dos hospitais).

949 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

950 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

951 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

952 “O dr. Luiz Álvares dos Santos – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 20 de novembro de 1867.

953 “O dr. Luiz Álvares dos Santos – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 20 de novembro de 1867.

A 6ª e 7ª faziam referência à estrutura de atendimento dos pacientes. A primeira considerava a abertura de duas enfermarias especiais para os coléricos. Tal medida já havia sido executada por dr. Santos, que em 1º de abril de 1867 estava atarefado com a implementação das mesmas⁹⁵⁴. A segunda versava sobre a o estabelecimento de um posto sanitário para oficiais acometidos pela peste de Ganges. Esta disposição privilegiava membros da alta oficialidade em detrimento dos setores inferiores do exército. Noutras palavras, o exército, parte integrante do tecido social brasileiro, reproduzia o mesmo desprezo que as elites nutriam pelos populares, especialmente negros e mulatos, em função da pecha da escravidão. Era este preconceito que levava a imprensa fluminense a classificar o homem do povo como representante das “classes perigosas”.

A 8ª asseverava que as enfermarias deviam passar por um processo de desinfecção com fumigações “guytonianas”, água de Labarraque, ou outros desinfetantes. A 9ª medida afirmava que as enfermarias distantes da farmácia central precisavam receber os medicamentos mais urgentes para o combate da quadra epidêmica. Após debater com seus pares dr. Bilac fez mais uma proposição: realizar a transferência provisória dos enfermos não-coléricos para alhures, de modo a se fazer uma perfeita desinfecção nos hospitais de Corrientes⁹⁵⁵. Santos propôs mais duas: uma alimentação mais “nutritiva” aos doentes, com a adição de vinho, conhaque, ou aguardente; e que as boticas das instituições hospitalares tivessem mais empregados para que os remédios fossem aviados com maior rapidez. Dr. Pontes igualmente apresentou mais duas: a criação de um cemitério especificamente para coléricos, cujas sepulturas fosse profundas, e cobertas com cal; e que a carne fornecida aos hospitais fosse de rezes mortas de véspera⁹⁵⁶.

A cólera zombou das medidas higiênicas implementadas em Corrientes, Cerrito, e Itapiru. Dos hospitais brasileiros o flagelo asiático atingiu as tropas em vários locais do teatro de guerra⁹⁵⁷. Em Curuzu, na província correntina, em menos de 10 dias, o 2º corpo do exército, comandado pelo conde de Porto Alegre, foi devastado pela epidemia. A doença agrediu um terço do contingente, e cerca de 1000 pessoas foram para sepultura, no geral, indivíduos que já sofriam de outras enfermidades⁹⁵⁸. Embora tivesse reduzido seu ímpeto inicial naquelas três cidades, a cólera voltou ao ataque: até 20 de abril de 1867, matou 1500 militares, destes muitos eram oficiais⁹⁵⁹. Este algarismo ampliou-se para mais de 2000, de 4000 acometidos pela moléstia⁹⁶⁰.

Um dos combatentes mortos em Curuzu foi Joaquim Boa Vista da Silva Macieira, 2º

954 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

955 “O dr. Luiz Álvares dos Santos – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 20 de novembro de 1867.

956 “O dr. Luiz Álvares dos Santos – publicações a pedido” in: *Jornal do Commercio*, 20 de novembro de 1867.

957 “Atos oficiais – relatório apresentado à assembléia geral na primeira sessão da décima terceira legislatura pelo ministro e secretário de estado dos negócios da guerra João Lustosa da Cunha Paranaguá” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

958 *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

959 *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

960 *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

sargento, provavelmente, integrante do 2º corpo. O cadáver de Macieira foi levado ao cemitério dos coléricos de Corrientes⁹⁶¹. Entretanto, “pessoas estranhas à ciência”⁹⁶² disseram que o sargento foi conduzido para lá ainda com vida. Dr. Silvério de Andrade Silva, cirurgião-mor de brigada em comissão, determinou que o alferes Quitino lhe acompanhasse até o cemitério para lhe indicar o local em que estava o cadáver de Macieira. Silva descreveu o corpo do sargento assim: “... cor cabra, cabelos carapinhos, alto, magro, indicando ter tido 25 anos de existência ...”⁹⁶³. Ao analisá-lo identificou a “rigidez cadavérica”⁹⁶⁴ típica, não havendo quaisquer indícios de que Macieira estivesse vivo. Reconheceu que a morte do sargento ocorrera havia mais ou menos 12 horas. Na presença de Cristóvão José Vieira, chefe da repartição de saúde do 2º corpo do exército, dr. Silva fez um segundo exame, sinal de que os boatos em torno de Joaquim Boa Vista da Silva Macieira tiveram grande repercussão.

Por que alguns indivíduos afirmaram que o sargento dos cabelos carapinhos ainda vivia? Esta resposta, provavelmente, radica-se em dois pontos: a) nas contrações e espasmos dos cadáveres dos coléricos; b) no aumento da temperatura dos mesmos. Dionísio Cerqueira atentou para tais reações dos corpos das vítimas da cólera. Em Tuiuti, Cerqueira viu a peste de Ganges matar muitas pessoas. Os coléricos tombavam repentinamente⁹⁶⁵. O memorialista ficou impressionado com o impacto da enfermidade sobre os combatentes. “Os enfermos pouco resistiam. Houve muitos casos fulminantes. Uma tarde o *Dezesseis* [número do batalhão ao qual pertencia] entrou em forma para o exercício. Um soldado da sétima caiu de borco. Pensaram numa síncope. Era a cólera. Levaram-no para a enfermaria, a poucos passos. Antes de anoitecer estava morto”⁹⁶⁶. Cerqueira notou que alguns cadáveres mexiam-se. Sobre o assunto, o memorialista escreveu:

Medonhos cadáveres! Um dia entrei em uma enfermaria próxima do batalhão. Havia um montão deles arrumados em andaina nas tarimbas. Tinham a pele enrugada e os olhos fundos. Estavam azulados, escaveirados como se tivessem morrido de fome. Uns mexiam-se, outros não tinham a algidez da morte; eram cadáveres quentes. Os músculos do peito e dos braços contraíam-se como se aqueles mortos ainda vivessem. Vi um braço encolhido distender-se e a mão bater em cheio na face do camarada deitado ao lado, que pela primeira vez ficava impassível⁹⁶⁷.

961 AHEX, código 5620 – ofícios, 1867.

962 AHEX, código 5620 – ofícios, 1867.

963 AHEX, código 5620 – ofícios, 1867.

964 AHEX, código 5620 – ofícios, 1867.

965 CERQUEIRA, Dionísio *op. cit.*, p. 183.

966 CERQUEIRA, Dionísio *op. cit.*, p. 183.

967 CERQUEIRA, Dionísio *op. cit.*, p. 183.

Antes da Guerra do Paraguai, médicos e acadêmicos brasileiros atentaram para tal fenômeno. José Lobo Vianna, doutor fluminense, filho de Nicolau Lobo Vianna e Maria Luiza de Jesus Vianna, notou movimentos musculares em “um preto de idade presumível de 30 a 40 anos, falecido havia meia hora, no qual as contrações limitaram-se aos músculos da face e dos membros superiores”⁹⁶⁸. João José da Silva, natural do Rio de Janeiro, abraçou, como Joaquim José da Silva, seu pai, a carreira médica. De acordo com Silva (filho), “movimentos mui manifestos do antebraço direito foram por meu irmão observados no cadáver de uma preta no morro de Santa Tereza, alguns minutos depois de falecer”⁹⁶⁹. O pernambucano Estevão Cavalcanti de Albuquerque Júnior percebeu contrações em uma jovem. Seus vocábulos:

Tivemos a [oportunidade] de presenciar por uma vez contrações musculares em uma menina de oito anos, que sucumbira havia duas horas: os músculos que primeiramente se contraíram foram os da face do lado direito, propagando-se a contração aos peitorais e aos músculos do braço do mesmo lado, depois aos da perna esquerda, voltando à face do lado esquerdo, braço do mesmo lado até a perna direita⁹⁷⁰.

A partir da descrição de Albuquerque Júnior, é possível inferir que os espasmos cadavéricos, manifestando-se, em alguns casos, em várias partes do corpos das vítimas (face, braços, pernas, peitoral), deviam produzir uma sensação aterrorizante nos soldados que, durante a Guerra da Tríplice Aliança, assistiram ou souberam deste fato.

O pernambucano não mobilizou referências estrangeiras para sustentar sua discussão acerca dos movimentos musculares nas vítimas fatais da peste de Ganges. Todavia, Silva e Vianna recorreram a Foy (provavelmente, F. Foy, facultativo e farmacêutico, autor de um manual de higiene para estudantes de medicina). Os dois asseveraram que dr. Foy vira contrações musculares em coléricos entre seis e oito horas após suas respectivas mortes. Os movimentos tornavam-se mais pronunciados quando os músculos eram picados por um alfinete.

Em Tuiuti, Cerqueira também observou que os cadáveres dos coléricos eram “quentes”. A elevação da temperatura dos corpos dos vitimados pela cólera igualmente impeliu discussões e debates entre médicos e acadêmicos nos anos anteriores a Guerra do Paraguai. Pierre Briquet & Antoine René Mignot publicaram, em 1850, um texto de 664 páginas, denominado *Traité pratique*

968 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857.

969 SILVA, João José. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Imparcial, 1857.

970 ALBUQUERQUE JÚNIOR, Estevão Cavalcanti. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1856, p. 47.

et analytique du cholera morbus. Em tese publicizada sete anos depois, Vianna afirmou que “sr. Briquet”⁹⁷¹ pusera “um termômetro na axila de um colérico alguns instantes depois de sua morte ...”⁹⁷²; o doutor francês verificara que “a temperatura era um grau acima daquela do mesmo indivíduo vivo”⁹⁷³. Em tese de doutorado apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Albuquerque Júnior asseverou: “nos primeiros momentos que [se] seguem à morte dos coléricos, aparece um aumento de temperatura não somente apreciável ao toque, como suscetível de ser determinado pelo termômetro”⁹⁷⁴. Para o pernambucano, Briquet e Mignot mostraram que a “elevação de temperatura nunca excede a um grão na axila e dois nas virilhas”⁹⁷⁵.

As contrações e o aumento da temperatura dos cadáveres dos coléricos, aparentemente, favoreceram o irrompimento de boatos segundo os quais o sargento Macieira estava vivo. Em epidemias de cólera, em períodos de paz ou de guerra, foram comuns distorções entre razão e irrazão, real e irreal, vida e morte, pares antitéticos cujas fronteiras eram borradas com o avanço da enfermidade. Ao iniciar a matança, a peste de Ganges engendrava lendas e rumores, baseados na religiosidade católica, sobre fantasmas e pessoas que voltavam do mundo dos mortos.

Em 2 novembro de 1855, o *Jornal do Commercio* publicou uma matéria acerca de um boato em torno da “ressurreição” de negros no Rio de Janeiro. “Espalhou-se uma balela”, dizia o texto, “da ressurreição de dois ou três pretos que se levantaram da cova já depois de atirados a ela, e que se achavam na Santa Casa, pertencendo um deles ao Sr. Júdice ...”. Algumas linhas a frente, a matéria informou que a “balela” guardava relação com o problema da “morte aparente”. Os tais pretos não tinham, portanto, retornado do além. O texto, na realidade, alertava para a necessidade de se verificar se as vítimas do flagelo asiático, tidas como fatais, estavam realmente mortas. “A algidez não é as vezes senão uma morte aparente. Tomem-se nestes casos todas as precauções: o ferro em brasa nos calcanhares ou outros meios enérgicos deveriam empregar-se antes de se lhes dar a sepultura”.

Ao estudar a epidemia de cólera de 1833, no México, C. A. Huntchinson mencionou um caso parecido com o da “ressurreição” dos negros na capital imperial (*op. cit.*, 16-17). Segundo o autor, um boato surgiu, em San Luís Potosí, em torno do alfaiate francês Henrique Androis. De acordo com a lenda, Androis fora acometido pela cólera e ficara inconsciente. Dado como morto, o alfaiate foi conduzido em um carro funerário até o cemitério Tequisquiapam, e colocado em uma cova para (seguindo o hábito local) ser enterrado na manhã seguinte. Contudo, durante a noite, ele

971 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857, p. 36.

972 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857, p. 36.

973 VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857, p. 36.

974 ALBUQUERQUE JÚNIOR, Estevão Cavalcanti. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1856, p. 47.

975 ALBUQUERQUE JÚNIOR, Estevão Cavalcanti. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1856, p. 47.

recobrou a consciência. Assustado, Androis pulou para fora do buraco aberto pelos coveiros, limpou-se e voltou para casa. Como não conseguiu falar com seus empregados, o francês entrou em sua residência através da janela de seu quarto, que estava aberta. Do seu cômodo, Androis tentou alcançar o pátio da residência por meio de uma porta. Após muito barulho, sua tentativa foi em vão. A porta estava trancada. Os ruídos provenientes do quarto do “falecido” chamaram a atenção dos seus empregados. Impulsionados pelo medo, eles contactaram um padre e a polícia de San Luís Potosí. Após explicá-los o mal-entendido, Androis voltou a levar sua vida normalmente (em poucos dias retornou ao trabalho).

Deixemos a fantasmagoria de lado, e retornemos à Guerra do Paraguai. À época da deflagração do conflito, em 1865, Benjamin Constant Botelho de Magalhães levava uma vida dura. Responsabilizava-se por uma família relativamente grande: esposa, uma filha, dois irmãos, a mãe enferma e uma tia de idade avançada (Lemos, 1999, p. 89). De acordo com Renato Lemos, Benjamin Constant via a conflagração de maneira paradoxal. O fevor patriótico em razão da formação das brigadas e do deslocamento de soldados para a Corte imperial, procedentes do norte do país, tocava-lhe o coração (*idem*, pp. 92-93). Contudo, faltava-lhe o ímpeto de Marciano, um dos irmãos, para engajar-se na campanha. Não era, do ponto de vista vocacional, um militar. Para o amigo Tibúrcio, Benjamim escreveu: “Em relação à guerra estou neutro, como dizem alguns gaiatos que por aqui tem ficado. O Governo não tem mexido comigo, também não me tenho oferecido, pois nas circunstâncias em que me acho oferecer-me seria oferecer à miséria toda minha família” (*idem*, pp. 93-94).

Sua “neutralidade” render-lhe-ia a acusação de covarde, especialmente após a Proclamação da República. Segundo Lemos, escritores mornarquistas, como Eudorado Prado, investiram contra Benjamin Constant (*idem*, p. 94). Prado disse que “sendo um militar sedentário, havendo apenas feito nos acampamentos do Paraguai uma aparição incruenta que teve a rapidez mas não o brilho do relâmpago”, Benjamim era apenas um “general de tribuna, que tem ganho somente (dizem os seus amigos) as batalhas pacatas da ciência, e cuja estratégia se limita ao problema de ocupar militar e simultaneamente o maior número possível de empregos e fazer, à frente da sua família, incruentas marchas forçadas e ascendentes através dos altos postos” (*idem*). De fato, Benjamin Constant não se destacou, na Guerra da Tríplice Aliança, por suas ações guerreiras - ainda que insistisse em sublinhar os riscos e perigos subjacentes às suas comissões militares (*idem*).

Com a conflito em andamento, por determinação do ministro da guerra, Benjamin foi convocado para a conflagração. No dia 15 de setembro de 1866, por volta de quatro da tarde, Benjamin Constant Botelho de Magalhães embarcou no navio *S. José* em direção a Corrientes (*idem*, p. 110). A viagem foi atribulada, o vapor encalhou em um banco de areia por quatro dias. Após duas paradas, em Rosário e Paraná, alcançou a província correntina. Benjamin Constant

chegou a Corrientes dez dias após a vitória inimiga em Curupaiti, no próprio Paraguai (*idem*, p. 112). Sua impressão de Corrientes foi tão negativa quanto a das outras cidades argentinas. Partilhou sua visão a respeito da província com a Maria Joaquina, sua esposa: “Não tenho tempo para dizer te nada a respeito dela. Só que é a pior que se pode imaginar” (*idem*). Em 3 de abril de 1867, escreveu novamente para Maria Joaquina, e tratou da cólera. Suas tintas:

Minha querida. [A] cólera tem atacado fortemente esta cidade. No batalhão provisório onde estou com Tibúrcio caem 30 a 40 soldados por dia. Têm havido casos e muitos de caírem soldados no meio das ruas mortos instantaneamente. Os [correntinos] andam assustadíssimos. A epidemia já está em Itapiru e aproxima-se do exército. Que fatalidade para nosso desgraçado Brasil. Parece que o céu cansou de proteger-nos, aborreceu-se de ver que não aproveitamos a sua extrema proteção, a que unicamente devemos algum [êxito] que ao princípio tivemos, não obstante a péssima direção de nossos governantes sem prestígio, sem fé, sem [brio]. Não te assuste com esta notícia, [a] coléra só tem atacado aos desgraçados soldados que dormem a maior parte ao relento, sem roupa para se agasalharem, sem uma alimentação regular. Não tem atingido nenhum oficial e mesmo na população de corrientes só tem atacado aos pobres infelizes inteiramente baldos de recursos. Eu tenho muita esperança de que não hei-de morrer aqui de epidemias⁹⁷⁶.

O relato de Benjamin contrasta com outras fontes ao afirmar que nenhum oficial foi acometido pela peste de Ganges em Corrientes. Em documento citado páginas atrás, vimos que até 20 de abril de 1867, 1500 pessoas foram mortas. Há aqui pelos menos duas possibilidades: 1ª) até o dia 3 daquele mês (data em que Benjamin redigiu a carta para a esposa), de fato, oficiais não tinham sido atingido pela cólera; o que, parece-me, improvável – recordemos que a 7ª medida estabelecida pela conferência presidida por dr. Pontes, no dia 1º de abril, determinava a abertura de um posto sanitário para oficiais acometidos pelo flagelo asiático; 2ª) Benjamin Constant estava, propositadamente, a mascarar a realidade, com o objetivo de evitar que Maria Joaquina ficasse preocupada com sua vida (Renato Lemos mostrou existir uma forte ligação entre eles). No manuscrito, Benjamin registrou ainda o temor que se assenhorava dos habitantes da cidade por conta da ofensiva epidêmica.

No dia 11 de abril, Benjamin redigiu uma carta para o médico Cláudio Luís da Costa, seu sogro (que ele carinhosamente chamava de “pai”). Julgava que a cólera reduzia de intensidade em

976 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, pp. 144-145.

Corrientes. Sublinhava, entretanto, que “alguns oficiais” foram ceifados pela doença, dentre eles, o capitão Manoel Feliciano Pereira de Carvalho (filho do cirurgião-mor do exército), que era colega de Benjamin⁹⁷⁷. Além de um pai ancião e deprimido, o capitão deixava esposa e três filhos⁹⁷⁸. Embora militares brasileiros e estrangeiros fossem mortos pelo flagelo asiático, o impressionante, nas linhas de Benjamin Constant, é o sofrimento da população correntina.

Nos naturais do país os estragos têm sido grandes; porém o terror que se apoderou da população é superior a tudo. As famílias têm abandonado a cidade que está quase deserta. Há ruas inteiras onde não se encontra uma só casa habitada por correntinos. Para onde vão estes desgraçados aterrados pela peste? Os que têm suas situações no campo (la campaña) vão para elas; os que não têm, que são em muito menor número, vão para baixo das árvores no campo a duas, três léguas distantes da cidade e pensam estar livres do mal. A estupidez e ignorância deste desgraçado povo é causa do pânico de que estão possuídos. Causa lástima ver famílias inteiras e indo viver embaixo das árvores no campo, sem o menor abrigo, expostas noite e dia às e ao sol, etc.. O registro da polícia dava até antes de ontem perto de oito mil correntinos que têm deixado a cidade. Estes dados são oficiais - note que a população de toda a província de corrientes não excede a dezesseis mil almas⁹⁷⁹.

Os especialistas mostraram que em grandes epidemias de cólera o abandono dos lares tornou-se o comportamento-padrão dos agentes sociais. Anteriormente, observamos que, em várias quadras epidêmicas, famílias inteiras deixaram suas casas. Como ocorreu na Jamaica, em 1850, familiares, em Corrientes, desampararam seus enfermos.

Corta o coração ver-se quanta desgraça tem aqui causando a peste e as cenas de desumanidade que se têm dado (falo-lhe por ora em relação aos correntinos) tendo por origem a ignorância e o terror. Quando a cólera ataca algum correntino, a casa onde está fica completamente abandonada, todos fogem espavoridos e o desgraçado doente fica em completo desamparo, sem ter quem lhe procure um médico, um remédio, alimento etc..

977 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 153.

978 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 153.

979 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 153.

Raros são os fatos que fazem exceção a essa praxe cruel. Tendo assistido a muitas cenas destas e tenho feito o que posso. Depois de morto o indivíduo, a própria polícia do país encarregada do enterro com dificuldade se aventura a entrar na casa. Os lamentos e os gritos pungentes dos aflitos a que a peste rouba um ente querido, ouvem-se a cada passo. Passear nesta quadra pelas ruas de Corrientes é expor-se a volta para casa com o coração coberto de luto⁹⁸⁰.

O oficial do exército reconheceu que os médicos realizavam “alguns serviços”⁹⁸¹. Porém, raros mereceriam elogios. No seu entendimento, os doutores brasileiros pouco faziam (salvo exceções) para conter o “terror extraordinário”⁹⁸² da população correntina. É provável que Benjamin tenha atentado para o desprezo dos médicos pela labuta braçal. Os doutores, como vimos, estavam habituados a um outro tipo de trabalho, onde privilegiava-se o intelecto: reuniões na Academia Imperial de Medicina, descrições clínicas na Santa Casa da Misericórdia, aulas nas faculdades imperiais etc.. Entretanto, durante a Guerra do Paraguai, enfrentaram uma terrível epidemia, que evocava os fantasmas de 1855, cujo poder de destruição de vidas humanas, em um prazo curto, era perturbador. Evidentemente, o medo de serem acometidos pela enfermidade também levou a maioria dos médicos a adotar uma postura passiva e descompromissada em face às vítimas. Benjamin Constant disse que os facultativos precisavam usar os jornais para indicar as medidas higiênicas que deviam ser mobilizadas pelos populares de sorte a evitarem a peste de Ganges. E propunha uma ação *sui generis*:

Embora a medicina não tenha definitivamente resolvido o problema de ser [a] cólera [contagiosa] ou não, acho que os médicos, em presença das cenas desumanas que se têm dado ..., deviam procurar convencer a este povo [de] que o mal não é contagioso, para diminuir assim de algum modo as desgraças que aqui se dão e vão se dando⁹⁸³.

Não se executou, ao que parece, a estratégia manipulatória de Benjamin. Aliás, não recordo

980 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 153.

981 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 154.

982 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 154.

983 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 154.

de ter observado uma proposição como esta em outros locais atingidos pelo flagelo asiático. Ainda na carta de 11 de abril de 1867, o militar chamou a atenção para um outro ponto: o ódio dos correntinos, impellido pela cólera, aos brasileiros. Benjamin Constant afirmou que o ataque da peste de Ganges a Corrientes alimentou o rancor da população correntina em relação aos nacionais, acusados de serem responsáveis pela deflagração da doença. Informações sugeriam que os habitantes de Corrientes planejavam incendiar hospitais e várias repartições brasileiras. Um relatório apresentado ao ministro João Lustosa da Cunha Paranaguá oferece mais pistas sobre a questão:

Em consequência de boatos, talvez de propósito espalhados pelos inimigos do Império entre o povo de Corrientes, de que os soldados brasileiros tinham sido os importadores da moléstia para aquela cidade, onde grandes estragos produziu, apareceu alguma exacerbação no ânimo do mesmo povo; e, tendo o nosso general em chefe denúncia de se tramar uma conspiração com o fim de atacar os nossos hospitais e depósitos, denúncia alimentada pelo fato de terem sido apanhados em flagrante dois indivíduos tentando aliciar e seduzir a um soldado do depósito de artigos bélicos para lhes vender o nosso armamento, tomou o mesmo general as necessárias providências, e mandou logo forças de mar e terra protegerem aqueles estabelecimentos; e por honra da humanidade, ficou burlado o ato de canibalismo, se intenção houve de colocá-lo em prática⁹⁸⁴.

Para Carlos Frederico dos Santos Xavier, a inquietação dos correntinos não era com os brasileiros propriamente, mas com os remédios vendidos por boticas privadas⁹⁸⁵. Em sua *Historia medico-cirurgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e do Paraguai de 1864 a 1869*, fonte inesgotável sobre a medicina na guerra, o cirurgião-mor da marinha escreveu:

984 “Atos oficiais – relatório apresentado à assembléia geral na primeira sessão da décima terceira legislatura pelo ministro e secretário de estado dos negócios da guerra João Lustosa da Cunha Paranaguá” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 10 de junho de 1867.

985 Adrián Carbonetti e Maria Laura Rodríguez explicitaram como o flagelo asiático originou um mercado para remédios anti-coléra em Córdoba, na Argentina. Ao analisarem o periódico o *Eco de Córdoba*, os autores mostraram como cigarros foram oferecidos no tratamento contra a peste de Ganges. Igualmente interessante foi a estratégia dos jornais de mobilizarem a doença para dar ênfase a uma outra questão. Era comum a existência de matérias jornalísticas com títulos referentes ao flagelo asiático. Contudo, a leitura de algumas destas matérias indicava que que elas tinham pouca ou nenhuma relação com a enfermidade. Por exemplo, Rodríguez e Carbonetti citaram uma matéria do *Eco de Córdoba* com o título: “A cólera! Atenção!”. O seu texto, entretanto, era uma propaganda em favor da venda de pães quentes, cf. CARBONETTI, Adrián; RODRÍGUEZ, Maria Laura. “Las epidemias de cólera em Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-68” in: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr.-jun., 2007.

a imigração fazia-se rapidamente, e o terror, que acompanha sempre a população, vinha agravar mais o estado de penúria em que vivia a [maior] parte do povo correntino, sumamente supersticioso, considerando-se envenenado pelos medicamentos comprados em boticas particulares!! confiando [sic] só nos medicamentos que aos pobres mandamos distribuir pelo nosso hospital⁹⁸⁶.

Os sintomas da cólera eram, de fato, parecidos com o envenenamento. Natural do Rio de Janeiro, filho de Antônio Pereira de Souza e Rita Joaquina de Souza, em tese defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, dr. Manoel Pereira de Souza asseverou que a peste de Ganges explicitava pontos de similitude com seis tipos⁹⁸⁷ de envenenamento: por ácido arsenioso, preparações saturninas (“cólica de chumbo”), preparações de cobre, preparados antimoniais (sulfuretos de antimônio), narcóticos (ópio e outras substâncias), narcóticos-acres (cogumelos venenosos e “figueira do inferno” ou maxixe bravo). As complicações procedentes do arsênico eram muito semelhantes ao quadro sintomatológico do flagelo asiático. Notava-se, pelo menos, uma diferença: enquanto os coléricos apresentavam dejeções riziformes (“água de arroz”); as vítimas do ácido arsenioso expunham, inicialmente, dejeções alimentares, depois biliosas e sanguinolentas.

Dr. Azevedo disse que os correntinos “confiavam” nos remédios distribuídos pelos médicos brasileiros. Parece-me, entretanto, improvável que os doutores nacionais, diante das suspeitas de envenenamento, dúvidas e rumores, tivessem tal credibilidade perante à população de Corrientes. A questão do envenenamento, durante a epidemia de 1832, na França, impressionou uma das maiores referências da medicina do país: François Magendie. Em suas discussões sobre a cólera, Magendie contou aos seus alunos como, no decorrer do tratamento dos pacientes, percebia nos “rostos perturbados” dos coléricos, e em suas “palavras vazias”, a desconfiança que nutriam em relação a ele próprio (Delaporte, 1986, p. 186).

Para favorecer a compreensão em torno da aparente conspiração planejada pelos correntinos, recorro às reflexões de Richard Evans. Professor de história moderna em Cambridge, Evans reconheceu que a cólera coincidiu, no continente europeu, com um leque de crises políticas e militares (1992, pp. 157-158). A primeira importante epidemia de cólera ocorreu no contexto da Revolução de 1830. O flagelo também se fez presente na Europa durante a Revolução de 1848 (talvez o mais agressivo de todos os anos epidêmicos em termos de pessoas atingidas). Várias epidemias vieram a se materializar na década de 1850 (destaque para a crise epidêmica que se deu em plena Guerra da Crimeia, no biênio 1854-1855). Um outro surto ocorreu em 1866, ano em que

986 AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870, p. 177.

987 SOUZA, Manoel Pereira. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Brown & Pereira Júnior, 1867.

eclodiu a Guerra das Sete Semanas entre a Áustria e a Prússia. Tal enfrentamento militar revelou o desejo de Otto von Bismarck, chanceler prussiano, representante da nobreza *Junker*, de unificar politicamente a Alemanha. Doravante, epidemias de cólera surgiram no final da Guerra Franco-Prussiana, em 1870-1871, momento da queda de Napoleão III e do Segundo Império na França (os franceses tiveram que assistir, em pleno Palácio de Versalhes, Guilherme I ser reconhecido como o *Kaiser* do Segundo Reich nascente, acontecimento que alimentou a rivalidade entre França e Alemanha, que favoreceria a deflagração da Primeira Guerra Mundial).

É claro que as revoluções e guerras do século XIX ajudaram a espalhar a cólera pela Europa. Refletindo sobre o ponto de contato entre a enfermidade e os enfrentamentos militares, Dorothy Porter argumentou que o movimento de tropas facilitava a ampliação da doença (Porter, 1999, p. 89). As populações refugiadas deparavam-se com o flagelo, uma vez que deixavam seus lares para viverem em acampamentos militares sem as mínimas condições sanitárias. Batalhões confinados em campos com precários padrões de higiene transportavam as doenças para as cidades. Na Guerra do Paraguai, como foi visto, o fenômeno foi inverso: a peste de Ganges partiu do Rio de Janeiro para o exército⁹⁸⁸. Obviamente, as condições insalubres das brigadas brasileiras e das forças militares aliadas potencializaram a enfermidade epidêmica.

Evans julgou que não se deve superdimensionar o papel das guerras e processos revolucionários na difusão da cólera. Em um contexto em que países europeus desenvolviam, em maior ou menor grau, um sistema de transporte, consequência da Segunda Revolução Industrial, o comércio teve uma atuação mais significativa na disseminação do flagelo asiático (Evans, *op. cit.*, p. 161). Parte dessa rede comercial, o Brasil, exportador de matérias-primas, principalmente o café, e importador de produtos industrializados, abrigou, a partir da segunda metade do oitocentos, a cólera e outras moléstias epidêmicas.

Também não se deve afirmar, na avaliação do autor, que a peste de Ganges determinou o irrompimento de crises políticas e militares na Europa vitoriana. A coléra foi, na verdade, uma das variáveis a produzir instabilidade social em várias áreas do continente. Donde conclui-se não ser correto transformar o flagelo asiático no protagonista dos movimentos revolucionários e conflitos do século XIX. Na concepção de Evans, as epidemias seriam mais consequências do que causas de revoluções (*idem*, p. 162). Esta asserção é válida para a Guerra do Paraguai. A cólera não gerou a Guerra da Tríplice Aliança; foi, na realidade, robustecida por tal enfrentamento militar. As

988 Em 1867, o Brasil sofreu sua terceira epidemia de cólera. Em 1855, o país experimentou a primeira, e em 1862, a segunda, que grassou na região norte, sendo particularmente dura no Ceará. Esta, contudo, expôs menor gravidade e extensão do que a ocorrida sete anos antes. A terceira onda epidêmica foi provocada, aparentemente, pela chegada de embarcações de Marselha, onde grassava desde 1865. Entre fevereiro e setembro de 1867, no Rio de Janeiro, morreram, vitimados pela peste de Ganges, 375 indivíduos, incluindo-se aí óbitos em Niterói, Magé e São João da Barra. Ao agredir Campos e São Fidélis, o algarismo ampliou-se para 600 vítimas fatais. Donde conclui-se que o principal estrago produzido pela crise epidêmica deu-se na Campanha do Paraguai. MAYRINK, João Carlos. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1868, pp. 5-9.

motivações para a Guerra do Paraguai devem ser procuradas nas tensões presentes na Bacia Platina, mais especificamente na política expansionista de Solano López.

Malgrado não tenha provocado a Guerra do Paraguai, aparentemente, o mal de Ganges esteve na iminência de produzir uma outra guerra, de natureza diversa, em nível micro, não entre exércitos inimigos em campo aberto, mas um conflito a envolver correntinos e brasileiros. Na esteira da sociologia de Norbert Elias, é provável que tenha se construído uma *ligação figuracional*⁹⁸⁹, uma relação “nós”/“eles”, onde a auto-imagem dos correntinos (o que implicava no reconhecimento do estado de penúria e abandono em que se encontravam) foi reelaborada na interface com os nacionais. Culpabilizá-los foi a manobra psicológica usada pelos habitantes de Corrientes para lidarem com tanto sofrimento. Tal fenômeno não foi uma exclusividade da província correntina.

Em texto clássico, Evans explicitou que quando a cólera invadiu a Europa pela primeira vez, na Rússia, uma estrutura foi edificada para combater a moléstia epidêmica: hospitalização e isolamento das vítimas; presença de autoridades governamentais e militares em cidades tomadas pelo pânico; ampliação do número de médicos (alguns deles estrangeiros que foram para o Império Tzarista observar o comportamento da peste de Ganges) etc.. Tal estrutura convenceu os camponeses (mujiques) de que havia um plano urdido pelo governo para matá-los (Evans, 2005; Briggs, 1961, p. 91). No Império Habsburgo, médicos interessados na implementação do sistema de quarentenas foram mortos (*idem*).

Na Prússia, a intervenção governamental no cotidiano da população gerou uma sensação de estranhamento, que favoreceu o irrompimento de boatos segundo os quais doutores estariam na vanguarda de uma campanha secreta, cujo intuito era reduzir o excesso demográfico (*idem*). Acreditava-se que os médicos recebiam 3 táleres ou *reichsthalers* por cada falecimento por cólera informado ao rei (*idem*). Na quadra epidêmica de 1854-55, em Toscana, na Itália, facultativos também foram acusados de receberem uma recompensa por cada pessoa morta (Stolberg, 1994, p. 263). De acordo com a fantasia popular, os doutores colocavam um pó venenoso sob a língua dos enfermos com o objetivo de assassiná-los (*idem*).

François Delaporte mostrou como a epidemia de 1832 engendrou uma série de revoltas sociais⁹⁹⁰ em território francês. Segundo Delaporte, a cólera assolou profundamente os grupos

989 Sobre o conceito de figuração ou ligação figuracional, cf. ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L.. *Os estabelecidos e outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000; ELIAS, Norbert. *Escritos e ensaios 1: estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006; ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

990 No entendimento de Catherine J. Kudlick, as revoltas sociais em Paris foram de dois tipos: a) rebeliões promovidas por trapeiros; b) insurreições realizadas por populares que acreditavam ser vítimas de envenenamento. Por que os trapeiros – figuras “invisíveis” aos olhos da elite burguesa local – promoveram desordens públicas? Influenciado pela teoria miasmática apregoada pelos higienistas, o governo parisiense adotou novas medidas referentes ao recolhimento de lixo. As carroças mais pesadas, que realizavam esta tarefa foram substituídas por

sociais mais empobrecidos (1986, p. 50). Em pouco tempo, estes grupos passaram a vislumbrar a crise epidêmica como um programa de extermínio levado a cabo pelas autoridades (*idem*). Tal leitura dos eventos revelava o medo dos franceses de serem acometidos pela peste de Ganges. Na visão do autor, a persistência das imagens veiculadas pela Revolução Francesa contribuiu para que eles ficassem mais atemorizados (*idem*, pp. 50-51). A lembrança da guilhotina de Maximilien Robespierre a degolar girondinos e “traidores jacobinos”, provavelmente, intensificou a ansiedade dos franceses (o cutelo era acionado tanto que ficava cego; para guilhotinar um condenado o objeto caía até três vezes). Na mesma crise epidêmica, em terras norte-americanas, médicos foram atacados por populares (Rosenberg, *op. cit.*).

Voltemos nossa atenção, uma vez mais, as apreensões de Benjamin Constant. No dia 10 de Abril de 1867, Benjamin registrou a chegada de 300 coléricos, em Corrientes, no vapor *D. Teresa*. Os doentes provinham de Curuzu, e encontravam-se em uma situação lastimável. Os

desgraçados doentes vinham no mais completo abandono, quase nus (pois alguns traziam camisas sem calças nem ceroulas, outros com calças, mas sem camisa, poucos vinham completamente fardados e raros os que traziam uma manta para cobrir-se), sem um só médico, sem enfermeira, sem ninguém que os trouxesse, sem um só medicamento, sem comida, etc.. Chegaram dezesseis mortos e outros à morte⁹⁹¹.

No mesmo dia, a embarcação *D. Francisca*, também procedente de Curuzu, trouxe coléricos em condições igualmente precárias. O transporte desumano dos doentes não passou despercebido ao chefe de saúde do exército. Dr. Carvalho cobrou explicações de Cristóvão José Vieira, chefe da repartição de saúde do 2º corpo em operações em Curuzu. Vieira afirmou zelar pela transferência dos enfermos. No seu entendimento, os coléricos não eram embarcados “nus e sem cobertas”⁹⁹² em Curuzu; na verdade, vinham em tais condições de seus corpos. Sobre a ausência de médicos nos vapores, Vieira sublinhava a falta de doutores em comissões. Lembrava que dr. Carvalho reduzira o número de médicos (recordemos que, no final de 1866, o cirurgião-mor do exército disse ao

carroças menores puxadas por um cavalo. Tais carretas podiam adentrar em ruas estreitas e recolher o lixo. O problema era que os trapeiros da capital francesa revolviam os detritos em busca de algo que pudesse ser vendido. Financeiramente prejudicados pelas autoridades governamentais, os trapeiros ganharam a cena pública. Sobre a questão do envenenamento, os populares afirmavam que os médicos – às vezes, os comerciantes de vinhos – buscavam livrar Paris dos “elementos indesejáveis”, cf. KUDLICK, Catherine J.. *Cholera in post-revolutionary Paris: a cultural history*. California: University Press California, 1996, p. 177 e seguintes.

991 LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999, p. 155.

992 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869 (?).

ministro Lustosa ter doutores demais em Montevideu, Corrientes e Buenos Aires; é provável que, de fato, antes da eclosão da epidemia de 1867 houvesse menos facultativos). Asseverou também que apenas em poucas ocasiões pacientes foram transportados sem médicos; “foram”⁹⁹³, contudo, “acompanhados por enfermeiros hábeis, que conduziam remédios para convenientemente aplicaram ...”⁹⁹⁴.

Luiz Eduardo de Carvalho, major responsável pela enfermaria de Chacarita, em 10 de maio de 1867, pediu que Manoel Feliciano Pereira de Carvalho solicitasse ao marquês de Caxias o envio de 200 fardamentos completos, do depósito de Corrientes, para os soldados enfermos que lá estavam⁹⁹⁵. Um indicativo de que prosseguia o problema da vestimenta da soldadesca. No dia 6 do mês anterior, o major Luiz Eduardo asseverou ao dr. Carvalho que os dois pedidos (de material e pessoal) feitos ao comandante das forças em Corrientes eram fundamentais para o funcionamento da enfermaria de Chacarita. Porém, até aquela data, não tinham sido atendidos. O major precisava “efetuar os trabalhos do cemitério, limpeza exterior e reparos das casas destinadas [à enfermaria], colocação de janelas etc.”⁹⁹⁶. Particularmente importante era o “aumento de pessoal”⁹⁹⁷, visto que novas praças adoentavam-se, especialmente, de cólera.

Charita reuniu coléricos de vários locais: Cerrito, Itapiru, Corrientes. Tais enfermos, em alguns casos, eram transportados nos estágios finais da doença, agonizantes, e ao chegarem na enfermaria, iam rapidamente para a sepultura. No dia 5 de abril de 1867, do hospital de Cerrito vieram três moribundos⁹⁹⁸ que pereceram imediatamente. Um enfermo havia falecido durante a viagem. No dia seguinte, o major Luiz Eduardo informou ao chefe do corpo de saúde do exército, que o número de mortos avultava em Chacarita. Dizia que soldados gravemente enfermos eram para aí deslocados (problema que, como vimos, tornou-se recorrente durante a guerra). O major pedia para que fossem transferidos apenas os combatentes que tivessem condições de suportar o trajeto⁹⁹⁹. É provável que Luiz Eduardo de Carvalho, em virtude da elevação da mortalidade em sua enfermaria, estivesse preocupado com cobranças e pressões da parte de seus superiores.

No dia 11 de maio, Manoel Feliciano Pereira de Carvalho recebeu mais um ofício do major Luiz Eduardo. Nele, o militar dizia ser impossível concluir os galpões¹⁰⁰⁰ que lhe foram recomendados. Dos 12 projetados, somente 4 estavam prontos¹⁰⁰¹. A razão do atraso radicava-se no número diminuto de carpinteiros (um deles fora vitimado pelo flagelo de Ganges). Pleiteava ao

993 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869 (?).

994 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869 (?).

995 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

996 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

997 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

998 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

999 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1000 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1001 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

cirurgião-mor do exército, a remessa de mais 8 operários¹⁰⁰². Também no dia 11, dr. Carvalho foi informado pelo major que 74 enfermos desembarcaram em Chacarita do vapor *Galgo*¹⁰⁰³. Asseverou que só havia cômodos para mais 30 doentes¹⁰⁰⁴. Por ocasião do excesso de coléricos em Chacarita, aparentemente, edificou-se em Tuiuti enfermarias para as vítimas da peste de Ganges, separadas das demais.

Enquanto o flagelo asiático espalhava o terror entre os militares, roubando vidas em Chacarita, Cerrito e outras áreas, tornava-se proverbial a ausência de médicos. Nessas circunstâncias, a direção do hospital do Saladeiro requisitou, “com toda a urgência”¹⁰⁰⁵, os serviços do dr. Antônio da Silva Daltro, que obtivera alta do hospital de São Joaquim (a documentação não informa o motivo da internação do dr. Daltro). O objetivo era empregar o médico nas enfermarias dos coléricos no Saladeiro. A direção da instituição hospitalar acionara o dr. Jacutinga, delegado do cirurgião-mor do exército, para conseguir a requisição. Contudo, Jacutinga não cumpriu a missão. Provavelmente, de acordo com o brigadeiro Solidonio José Antônio Pereira Lago, comandante das forças brasileiras em Corrientes, por estar distante do Saladeiro. Lago não ofereceu mais detalhes sobre o assunto. Coube ao próprio brigadeiro recrutar Antônio da Silva Daltro.

Durante a epidemia de 1867, militares não-médicos, como Lago e Luiz Eduardo, parecem ter cumprido papéis mais importantes no que dizia respeito ao combate à cólera do que os próprios doutores. Eles arregimentaram facultativos e estudantes; edificaram enfermarias; atentaram para a questão do transporte dos coléricos etc.. Obviamente, alguns médicos, como notou Benjamin Constant, exerceram com afincamento suas funções (o nome de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, por exemplo, aparece em incontáveis manuscritos sempre a procurar meios para solucionar os principais problemas relacionados à cólera e outras patologias). Entretanto, a cultura do bacharelismo, herdada dos tempos coloniais, e o temor provocado pela enfermidade afastavam os médicos, em sua maioria, de uma atitude mais responsável em relação aos enfermos.

No final de abril de 1867, no acampamento em Curuzu, o 2º cirurgião e acadêmico Manoel de Aguiar Freire teve que interromper o tratamento dispensado aos doentes, em função da “grande quantidade de fezes de cor branca, sem a água de ânus, de que se acha atacado”¹⁰⁰⁶. Silvério de Andrade Silva, cirurgião-mor de brigada, solicitou ao dr. Cristóvão José Vieira a substituição do estudante. Dr. Silva lembrava que somente ele e mais um colega não conseguiriam atender o número crescente de enfermos procedentes de corpos diferentes do exército. Não fica claro se o 2º cirurgião foi atacado pela cólera, provavelmente não, pois, exceção feita à “grande quantidade de

1002 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1003 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1004 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1005 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1006 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

fezes”¹⁰⁰⁷, os demais sintomas não parecem ser correspondentes aos do flagelo asiático. No entanto, é provável que o “embaraço gástrico”¹⁰⁰⁸ tenha deixado Aguirre apreensivo, talvez, em pânico por se considerar vítima da enfermidade (recordemos o desespero do oficial Meneses ao acordar Taunay, no meio da noite, por acreditar que a cólera lhe atacara – como vimos, suas impressões estavam corretas).

Durante a ofensiva epidêmica, os militares ficavam desequilibrados emocionalmente ao apresentarem um quadro sintomatológico semelhante ao da cólera. Uma diarreia (que também matava) decorrente de água contaminada ou intoxicação alimentar era o suficiente para que se considerassem vitimados pela cólera ou colerina (segundo os doutores, uma versão mais atenuada da patologia). George S. Rousseau e David Boyd Haycock, em artigo extremamente original - *Coleridge's choleras: cholera morbus, asiatic cholera, and dysentery in early nineteenth-century England* -, explicitaram como, no começo do oitocentos, na Inglaterra, os médicos confundiam a cólera asiática com a cólera inglesa (2003). A cólera inglesa ou cólera-morbus era uma doença endêmica, caracterizada pela diarreia, que atingia os britânicos no verão (Vinten-Johansen; Brody; Paneth; Rachman, 2003, pp. 168-169) Seu nome guardava relação com a diarreia castanho-amarelada dos doentes; tal coloração decorria da presença da bÍlis (*cholera* em inglês) no líquido diarreico (o vômito também podia assumir esta cor). A cólera inglesa levava razoavelmente poucas pessoas ao óbito. As principais vítimas eram crianças ou indivíduos com algum tipo de debilitação. A cólera proveniente da Índia era mais agressiva, exprimindo uma dimensão epidêmica. Diferente da moléstia inglesa, a cólera asiática não apresentava a bÍlis amarela como característica.

A originalidade dos autores está na tematização da experiência do adoecimento do poeta inglês Coleridge. Provavelmente, o intelectual, ao longo da vida, foi acometido pelas “duas cóleras”. Tendo algum conhecimento de medicina, através de cartas enviadas para pessoas próximas, o poeta procurava compreender a diarreia que, recorrentemente, cobrava-lhe um alto tributo. No final do texto, Rousseau e Haycock descortinaram sua hipótese: os sintomas que tanto maltratavam o corpo de Coleridge, aparentemente, associavam-se ao uso constante de ópio pelo poeta. Em um primeiro momento, a droga produz fraqueza, bocejos intermináveis, porém, vinte e quatro horas após a inspiração do ópio, o indivíduo pode apresentar contrações no estômago e vômitos, acompanhados, com alguma frequência, de sangue. Embora não fosse do conhecimento de Coleridge, seu sofrimento decorria, essencialmente, da droga e não de qualquer enfermidade. Os soldados na Guerra da Tríplice Aliança, tratados em muitas ocasiões com ópio, manifestaram a mesma sintomatologia de Coleridge.

Em 3 de abril de 1867, Silvério de Andrade Silva estava no hospital militar de Cerrito. Ao

1007 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

1008 AHEX, código 5620, ofícios, 1867.

fazer a visita diária na 2º enfermaria da seção cirúrgica, sob sua responsabilidade, para realizar o curativo nos enfermos, o soldado da 3ª companhia do 5º corpo de cavalaria chamou sua atenção. Dr. Silva notou que Antônio Ignácio Fernandes, filho de pais incógnitos, natural da África, com 48 anos, que dera entrada na instituição hospitalar no dia 30 do mês anterior, tinha uma ferida no pé direito que não sarava. Além disso, apresentava

a face inteiramente decomposta, com vômitos, dejeções frequentes, e em grande abundância, e semelhante ao corrimento de arroz, câimbras, todo o corpo por demais frio, e coberto de suor, pulso muito pequeno, e olhos por demais fundos ...¹⁰⁰⁹

O cirurgião-mor de brigada, imaginando tratar-se de um caso de cólera, reuniu vários doutores, e após conferência, concluíram ser, de fato, a peste de Ganges. O médico de dia prescreveu “oito onças de infusão forte de café com 18 grãos de sulfato de quinino para uso interno ...”¹⁰¹⁰. Conforme a doença avançava lançou mão de outros medicamentos¹⁰¹¹: éter sulfúrico, água de hortelã, ureia (indício de que o colérico foi obrigado a ingerir sua própria urina ou de outrem) etc.. Ao ser diagnosticado com o flagelo asiático, o soldado Fernandes foi colocado em uma carreta distante do hospital; acompanhavam-lhe um enfermeiro e um servente, e dr. Silva visitava-o a cada meia hora, objetivando identificar as transformações de seu corpo. Fernandes não resistiu. Faleceu no final da tarde do dia 2 de abril¹⁰¹². O cirurgião-mor determinou que a roupa de cama e os colchões utilizados pelo soldado fossem queimados.

É provável que muitos negros, como Fernandes, tenham sido vítimas fatais do flagelo asiático¹⁰¹³. Segundo dados de Ricardo Salles, havia ao todo 56 corpos de voluntários da pátria, procedentes de várias partes do território brasileiro. Vejamos a tabela 12:

1009 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1010 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1011 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1012 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1013 Para maiores informações sobre as doenças que incidiam sobre os negros durante a Guerra Civil Americana, cf. HUMPHREYS, Margaret. *Intensely human: the health of the black soldier in the American Civil War*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2008.

Tabela 12

Corpos de voluntários da pátria	Quantidade
Bahia	13
Rio de Janeiro (corte e província)	11
Pernambuco	8
Rio Grande do Sul	4
São Paulo	3
Minas Gerais	3
Maranhão	2
Pará	2
Piauí	2
Ceará	1
Rio Grande do Norte	1
Paraíba	1
Alagoas	1
Goiás	1
Mato Grosso	1
Misto (Ceará, Piauí e Sergipe)	1
Estrangeiros	1

Corpos de voluntários da pátria (fonte: *Guerra do Paraguai: memórias e imagens*. Rio de Janeiro: Edições Biblioteca Nacional, 2003)

Os corpos eram desfeitos e reagrupados por conta das perdas em combate e da incidência de doenças epidêmicas. Comportamento ruim em campo de batalha também levava à dissolução deles. De início, os batalhões eram formados por corpos de polícia de várias províncias. Os demais contingentes provinham de grupos diversos: voluntários, guardas nacionais, agentes sociais recrutados, substitutos, libertos, escravos fugidos (especialmente das zonas rurais, onde existia menor controle dos maus-tratos perpetrados por senhores de escravos), e outros. De acordo com Salles, 55985 voluntários da pátria, 60009 guardas nacionais, e 8570 libertos, reuniram-se a 10025 combatentes em comissões no sul, e aos 2407 que estavam em Mato Grosso (Salles, 2003, p. 38).

Tais algarismos compunham 136996 combatentes a participar da Guerra do Paraguai (*idem*).

O autor mostrou também que menos de 10% das tropas eram integradas por cativos¹⁰¹⁴ (Salles, 1990). Contudo, é certo que as brigadas e batalhões eram formados por amplas parcelas de populares livres negros e mulatos. Registre-se que, no século XIX, de todos os países escravocratas da América Latina e do Caribe, o Brasil era o de maior população negra livre (*idem*, p. 77). Em 1800, os pretos não-escravos já eram numericamente mais expressivos do que os escravos (*idem*). Setenta e dois anos depois, havia, em terras brasileiras, 4 200 000 negros ou mulatos livres; 1 500 000 cativos; e 3 800 000 brancos (*idem*).

Através da teoria de Kiple, creio que a má nutrição e a ingestão de água contaminada em grandes goles, como o leitor acompanhou nas páginas iniciais, favoreceram a devastação provocada pela peste de Ganges em 1867 (como ocorrera, 1855, em território nacional). Estes fatores, provavelmente, inibiram o ácido estomacal dos soldados, possibilitando a multiplicação do vibrião colérico em seus intestinos. Os combatentes, em muitas ocasiões, alimentaram-se de forma precária (quando não foram fustigados pela fome), e consumiram água insalubre proveniente, talvez, de rios, pântanos, e cheias (o hospital de Itapiru foi transferido para a enfermaria de Chacarita, ao que parece, por conta de enchentes, e à luz dos relatos de Taunay, somos informados de que os expedicionários, mais de uma vez, ficaram com água na cintura).

O exército brasileiro contou com um corpo de voluntários da pátria, o 24º, oriundo da Bahia, cuja formação era exclusivamente negra. Seus integrantes, procedentes, em sua maioria, da região interiorana de Lençóis, tornaram-se conhecidos como zuavos baianos, uma vez que imitavam o fardamento dos zuavos do exército francês no norte da África, mais especificamente na Argélia (Salles, 2003, *op. cit.*, p. 38). Salles recordou que tal uniforme estava, à época, na moda, chegando a ser usado por alguns batalhões unionistas no começo da Guerra de Secessão (*idem*). O 24º corpo de voluntários partiu, em 3 de julho de 1865, da Corte imperial, com 431 homens de cor (oficiais e soldados), para o sul do país (*idem*). Participou do cerco de Uruguaiana e da batalha de Tuiuti. Acredita-se que havia capoeiristas entre seus membros, que, provavelmente, usaram suas aptidões contra os paraguaios (*idem*). O batalhão negro foi desmobilizado, em 15 de setembro de 1866, por ocasião do elevado número de baixas. Os zuavos baianos não foram atingidos pela cólera, visto que a crise epidêmica, como vimos, grassaria apenas seis meses depois.

A peste de Ganges foi agressiva em março e abril de 1867. Embora perdesse força nos meses seguintes, recrudescu em outubro daquele ano. A enfermidade se fez sentir também no primeiro trimestre de 1868. Apesar de diminuir progressivamente em Buenos Aires, em fevereiro de 1868, devastou São Nicolau e locais no interior. Dizia-se que em alguns deles “os cadáveres insepultos

1014 Para mais informações sobre os cativos na Guerra da Tríplice Aliança, cf. SOUSA, Jorge Prata. *Escravidão ou morte: os escravos brasileiros na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

eram devorados pelos porcos, e que em outros morriam as crianças à fome, por terem falecido os que as sustentavam”¹⁰¹⁵. Dr. Firmino José Dino, influenciado por trabalhos norte-americanos, produziu um quadro estatístico sobre os hospitais do exército brasileiro na Guerra do Paraguai (o médico não discriminava quais eram estas instituições hospitalares)¹⁰¹⁶. A partir da análise do médico, observemos os dados referentes ao primeiro trimestre de 1868.

Tabela 13

Enfermos	Quantidade
existiam	2342
entraram	12557
total	14899
curados	9638
falecidos	1452
transferidos	2192
total	13287
existem	1612

Movimento dos doentes nos diferentes hospitais do exército brasileiro em operações contra o governo do Paraguai durante o 1º trimestre de 1868 – seção médica (fonte: *Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai*)

As doenças que grassaram mais intensamente no período foram: cólera, diarreia, febres, sífilis (sem levar em consideração as moléstias decorrentes dos ferimentos por armas branca e de fogo)¹⁰¹⁷. De 1452 indivíduos, o flagelo asiático matou 52,5%; a diarreia 6,3%; e as febres 3,6% (dr.

1015 *Jornal do Commercio*, 6 de fevereiro de 1868.

1016 DINO, Firmino José. “Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XX, outubro de 1868, nº 5.

1017 DINO, Firmino José. “Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XX, outubro de 1868, nº 5.

Dino não apresentou dados sobre a sífilis)¹⁰¹⁸. Note-se que a cólera foi responsável por mais da metade dos óbitos. No 4º trimestre de 1867, a enfermidade fora ainda mais letal: de 2452 falecimentos, foi a causadora de 65,2% e a diarreia 11,5% (o médico não apresentou números sobre as febres)¹⁰¹⁹. Tais estatísticas indicam que, durante a epidemia de cólera, outras moléstias agrediram os soldados que participaram da Guerra da Tríplice Aliança. A varíola (como mostrei ao tematizar a Retirada da Laguna) e o escorbuto estavam entre elas.

Em 2 de maio de 1867, da enfermaria de Chacarita, dr. Firmino José Dória relatou ao chefe do corpo de saúde do exército que a varíola atingira alguns pacientes que convalesciam da peste de Ganges. Afirmou que, naquele dia, faleceu José Maria de Alencastro¹⁰²⁰, soldado da 3ª companhia do 15º corpo de cavalaria, que encontrava-se recuperado do flagelo asiático. Pedia para que Manoel Feliciano Pereira de Carvalho transferisse as vítimas de bexiga para uma enfermaria de variolosos (se já havia enfermarias para doentes de varíola podemos inferir que a doença já se transformara em uma questão para os médicos militares). Caso tal medida não fosse tomada, Chacarita não poderia receber indivíduos com outras patologias. Alertou ainda para o fato dos variolosos estarem isolados apenas por tábuas, havendo o risco de soldados, empregados e demais enfermos serem contaminados pela bexiga. Solicitou também que “tubos de pus vacínico”¹⁰²¹ fossem enviados para a enfermaria, com o objetivo de proteger as pessoas que não tivessem sido vacinadas. A solicitação de Dória foi atendida.

Nove dias depois, o major José Maria de Alencastro disse ao dr. Carvalho que muitos enfermos em Corrientes sofriam de escorbuto¹⁰²². Considerando a moléstia contagiosa, temia sua difusão pelas instalações médicas da cidade. Por isso pedia a remoção dos enfermos para o hospital

1018 DINO, Firmino José. “Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XX, outubro de 1868, nº 5.

1019 DINO, Firmino José. “Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XX, outubro de 1868, nº 5.

1020 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1021 Nascido, em Berkeley, Inglaterra, em 1746, o médico Edward Jenner, apreciador de história natural, e discípulo de John Hunter, festejado anatomista londrino, meio século depois, foi o responsável pelo desenvolvimento da vacina antivariólica. Jenner percebeu que camponeses que ordenhavam vacas, em Gloucestershire, contraíam dos úberes desses animais a doença vacina (*cowpox*), cujas principais características eram ulcerações e esfoladuras nas mãos. Deu-se conta ainda de que, em períodos de epidemia de varíola, os portadores de *cowpox* não eram acometidos por *smallpox*. A partir de tal constatação, e muito trabalho, o caminho para a produção da vacina antivariólica foi aberto. Com a publicação de suas pesquisas, em 1798, a vacina difundiu-se rapidamente. A arriscada variolização, aos poucos, em um processo de avanços e recuos, foi substituída pela vacinação, cf. JANNETTA, Ann. *The vaccinators: smallpox, medical knowledge, and the 'opening' of Japan*. Standford: Standford University Press, 2007.

1022 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869. O escorbuto é uma doença relacionada à carência de vitamina C no organismo. Para uma visão introdutória acerca da história da enfermidade, cf. BOLLET, Alfred Jay. *Plagues & Poxes: the impact of human history on epidemic disease*. New York: Demos, 2004. Para uma discussão mais densa sobre o escorbuto, cf. CARPENTER, Kenneth J.. *The history of scurvy & vitamin C*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988; BOWN, Stephen R.. *Scurvy: how a surgeon, a mariner, and a gentleman solved the greatest medical mystery of the Age of Sail*. New York: Thomas Dunne Books, 2003; CUPPAGE, Francis E.. *James Cook and the conquest of scurvy*. London: Greenwood Press, 1994; TORCK, Mathieu. *Avoiding the dire straits: an inquiry into food provisions and scurvy in the maritime and military history of China and wider East Asia*. Alemanha: Harrassowitz Verlag, 2009.

de Saladeiro, uma vez que era um lugar mais arejado, e com maior facilidade para a compra de verduras para o tratamento das vítimas¹⁰²³. Em dois hospitais sob sua direção, havia 37 doentes com escorbuto (23 procediam do exército; 12 já eram pacientes a receber cuidados médicos por conta de outras enfermidades; e 2 foram deslocados do hospital do Saladeiro)¹⁰²⁴.

Se o mal de Ganges atingiu brasileiros, argentinos e uruguaios, o flagelo também não poupou os inimigos. Em maio de 1867, a doença irrompeu no lado paraguaio, fazendo “horríveis estragos” em suas tropas (Doratioto, *op. cit.*, p. 284). O próprio Solano López foi atingido, e sentindo-se incapaz, “quase enloqueceu de susto, acusando seus médicos de terem a intenção de envenená-lo” (*idem*). Sabe-se que, naquele mês, o ditador determinou que cadáveres de seus combatentes fossem lançados no rio Paraná¹⁰²⁵. Sua atitude alarmou as populações ribeirinhas, e provavelmente, contribuiu para que cólera recrudescesse nas cidades de Paraná, Rosário, e São Nicolau. A peste de Ganges devastou o Paraguai, matando milhares de pessoas (os doutores foram proibidos de pronunciar o nome da enfermidade). Em média, mais de 50 indivíduos morriam por dia (*idem*).

A cólera esteve presente em outras conflagrações do século XIX, por exemplo, na Guerra da Crimeia. De acordo com M. R. Small-Raynor e A. D. Cliff, os ingleses foram atingidos por duas ondas epidêmicas: 17 de junho de 1854 a fevereiro de 1855 e 12 de abril de 1855 a março de 1856 (2004, pp. 415-452). Tendo por base 66 regimentos, na primeira onda, de 4630 indivíduos infectados, 2717 morreram (*idem*). Na segunda, de 2228 pessoas contaminadas, 1302 faleceram (*idem*). Kaufman apresentou um outro dado: levando em consideração a guerra em seu conjunto, de 7575 vítimas britânicas, 4513 foram a óbito (*op. cit.*, 172).

Os médicos brasileiros elaboraram poucos quadros estatísticos com o número de mortos pela peste de Ganges durante a Guerra do Paraguai. Contudo, a partir das informações de dr. Dino e dos algarismos presentes em outros documentos, podemos tirar algumas conclusões. Mais de 2 mil militares morreram em Corrientes nos meses iniciais da epidemia de 1867. No 4º trimestre do mesmo ano, a cólera matou mais 1590 combatentes nos hospitais do exército brasileiro. No 1º trimestre de 1868, o flagelo asiático roubou um número superior a 760 vidas nas instituições hospitalares do exército. Em setembro do mesmo ano, a enfermaria de coléricos de Humaitá indicou a existência de 185 falecimentos.

Tais números mostram que a cólera, ao longo da Guerra da Tríplice Aliança, foi responsável por, no mínimo, 4535 óbitos. É apressado afirmar, entretanto, que mais brasileiros morreram na Guerra do Paraguai do que ingleses na Guerra da Crimeia. Os hospitais brasileiros, em algumas

1023 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1024 AHEX, código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869.

1025 “Exterior – notícias do Rio da Prata” in: *Diário do Rio de Janeiro*, 22 de maio de 1867.

ocasiões, cuidaram de civis, e com maior regularidade, de combatentes argentinos e uruguaios, bem como de paraguaios. Contudo, o mesmo horror que os britânicos sentiram em Scutari ou Balaclava (sem desconsiderar o sofrimento dos outros protagonistas do conflito na Europa oriental), os brasileiros também vivenciaram em Corrientes ou nos recônditos de Mato Grosso.

Antes de concluir, uma última reflexão: a Guerra do Paraguai, como outros conflitos do século XIX, deve ser considerada, na esteira das discussões de M. R. Small-Raynor e A. D. Cliff, uma *epidemic war*, leia-se, um tipo de conflagração em que as doenças foram determinantes para alta mortalidade militar¹⁰²⁶. Diarréia, beribéri, cólera, varíola, e outras enfermidades levaram a óbito diversos combatentes da Tríplice Aliança. O mesmo ocorreu em relação aos paraguaios. Em muitas circunstâncias, vírus e bacilos foram mais eficazes na eliminação do inimigo do que rifles e canhões.

1026 Segundo Andrew McIlaweine Bell, as doenças mais recorrentes entre as tropas unionistas, entre 1861 e 1866, foram diarréia/disenteria; malária; e reumatismo (*joint pain*). O autor apresentou, respectivamente, os seguintes números: 1 617 882 casos; 1 315 955; 286 863. Houve 46 931 casos de escorbuto, e 8 952 de varíola, cf. BELL, Andrew McIlaweine. *Mosquito soldiers: malaria, yellow fever, and the course of the American Civil War*. Louisiana: Louisiana State University Press, 2010. A cólera, aparentemente, não se tornou uma questão médica ao longo da Guerra de Secessão. Contudo, um ano após o conflito uma nova onda epidêmica atingiu a sociedade norteamericana. Os militares não foram poupados. Para uma análise de tal crise epidêmica sobre o exército estadunidense, cf. WOODWARD, Joseph Janvier. *Report on epidemic cholera in the army of the United States during de year 1866*. Washington: Government Printing Office, 1867 (republicado, em 2011, por Nabu Press).

Considerações finais

A Guerra do Paraguai, maior conflito da América do Sul, chegou ao fim, em 1870, com a morte de Francisco Solano López, em Cerro Corá. A conflagração teve um profundo impacto sobre o corpo de saúde do exército. A criação do serviço de saúde foi favorecida pelas crises epidêmicas de febre amarela e cólera, respectivamente, de 1850 e 1855. Mais do que isso. As intervenções brasileiras na Bacia Platina também impulsionaram a montagem do corpo de saúde do exército. A Guerra da Tríplice Aliança ensejou uma discussão sobre as condições da corporação médica militar. Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu foi um dos que apontou as fragilidades do serviço de saúde: acadêmicos inexperientes que eram conduzidos aos campos de batalha; ausência de medicamentos, hospitais do exército administrados por militares não-médicos; falta de autonomia dos doutores visto que, pelo regulamento nº 1900, eles estavam subordinados aos oficiais não-médicos; carência de facultativos etc..

Sobre os dois últimos pontos, são necessárias algumas reflexões: 1ª) de fato, o decreto nº 1900, tornava os doutores dependentes de militares sem experiência médica; contudo, por vezes, estes tiveram maior preocupação com os problemas de saúde ao longo da Guerra do Paraguai, a exemplo do major Lima em Corrientes, do que os próprios facultativos; 2ª) nem sempre havia falta de médicos nos hospitais militares; em algumas circunstâncias, de acordo com a documentação, havia doutores em excesso. Tanto mais que dr. Salustiano Ferreira Souto, ao visitar o Hospital Militar de Montevideú, defendeu a suspensão de alguns contratos (Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, chefe do serviço de saúde do exército na maior parte da guerra, também identificou este problema).

Em função das dificuldades experimentadas pelo serviço de saúde, no decorrer da conflagração, houve um debate em torno da importância de se reformá-lo. Dr. Abreu julgava que o corpo de saúde tinha que ter como referência a Comissão Sanitária dos Estados Unidos, criada, em 1861, por Abraham Lincoln, por ocasião da Guerra Civil Americana. Aparentemente, a repercussão dessa proposta, entre médicos do exército e autoridades governamentais, foi pequena. Contudo, tal proposição indica que alguns doutores acompanhavam projetos médicos estrangeiros, e procuravam inspiração neles para a resolução de problemas brasileiros. Outros acreditavam que o corpo de saúde do exército superaria sua situação “agonizante”, imagem preferida de dr. Abreu, através do estudo e do treinamento. Onde a proposta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, renovada por José Ribeiro de Souza Fontes, de se construir uma escola de medicina militar.

Registre-se que a tematização sobre a reforma do serviço de saúde transcendeu a “classe médica”. Agentes sociais outros (conselheiros, desembargadores, militares não-médicos) se

envolveram na discussão. Lembremos da comissão especial, presidida por Conde d'Eu, cujos trabalhos começaram em 27 de março de 1867.

Durante a Guerra da Tríplice Aliança, existiam três tipos de hospitais militares: permanentes, provisórios e ambulantes. Tais instituições hospitalares apresentavam problemas higiênicos, em algumas circunstâncias, graves. Recordemos que, em virtude da extrema insalubridade, dr. Souto apelidou o hospital militar de Buenos Aires de “hospital cloaca”. Se o conflito suscitou um debate acerca da reforma do corpo de saúde do exército, o mesmo ocorreu em relação aos nosocômios militares. Entre seus protagonistas estavam os doutores Eduardo Augusto Pereira de Abreu e Fernando Francisco da Costa Ferraz. Dr. Abreu foi influenciado pela discussão nascida no final do século XVIII, no seio da Academia de Ciências de Paris, em que seus membros preconizavam um novo modelo de hospital, baseado na noção de “arquitetura pavilhonar”. Tal noção propunha um arquétipo nosocomial mais amplo, com pavilhões paralelos e ordenados, onde as principais preocupações eram: circulação do ar, higienização do espaço interno, individualização dos leitos etc..

Atento as experiências militares internacionais, o governo monárquico fez uso dos “hospitais-barracas”, também utilizados nas Guerras da Crimeia e de Secessão. A adoção destas instalações médicas mostravam a inquietude das autoridades governamentais com as doenças, uma vez que, em caso de quadras epidêmicas, os hospitais-barracas podiam ser facilmente desmontados. O governo imperial estava a par das dificuldades reinantes nos hospitais militares (aglomeração de enfermos, transporte de doentes, corrupção a envolver fornecedores e outras). Seus representantes fizeram ajustes e rearranjos, objetivando superá-las, mas nem sempre obtiveram sucesso.

É provável que, por ocasião da implementação do regulamento nº 1900, houvesse tensões e animosidades entre doutores militares e oficiais não-médicos antes da Guerra do Paraguai. Entrementes, a conflagração, contexto-limite, em que os homens tornam-se emocionalmente mais vulneráveis, maximizou-as. Um contributo para a ampliação dos conflitos entre os dois grupos (ou subgrupos) do exército foi o desprezo pelo trabalho manual, pela labuta mecânica, que evocava a escravidão. Reféns do bacharelismo, os médicos, como bem notou Thomas Ewbank, rechaçavam atividades exercidas com as mãos. No teatro de operações militares, os doutores foram conduzidos a uma realidade para a qual estavam, do ponto de vista cultural, em desalinho. Tiveram que lidar com inúmeros questões médicas que demandavam, muitas vezes, uma intervenção direta.

Errôneo é pensar que rancores e embates ficaram circunscritos aos militares médicos e não-médicos. Doutores, estudantes de medicina, farmacêuticos, enfermeiros, irmãs de caridade igualmente protagonizaram conflitos entre si. O mesmo fenômeno ocorreu entre os médicos. Esmiuçou-se estes embates no capítulo 1, evito exaurir o leitor, retornando a eles. Destaco apenas que, durante a Guerra do Paraguai, a relação dos integrantes do corpo de saúde do exército não era

harmoniosa, isto é, destituída de escaramuças (geralmente, verbais). Na esteira da Nova História Militar, sublinhe-se que o serviço de saúde refletia, em escala menor, preconceitos e estereótipos presentes na sociedade brasileira. Foram tais preconceitos que fizeram o dr. Francisco Mendes Amorim ordenar bolos de palmatória em doentes, e exigir que eles carregassem armas e sacos de areia no hospital de Corrientes (exemplo de preconceito contra os representantes das camadas populares).

O estudo da cirurgia na Guerra da Tríplice Aliança descortina que a ferocidade subjacente a tal conflagração não foi completamente dimensionada. No lado brasileiro, muitos tiveram suas pernas e braços arrancados por projéteis inimigos. Foi o caso de Júlio José das Chagas que, depois de ser ferido em Curupaiti, teve de sofrer amputação, rente ao tórax, nos dois braços. Surpreende os diversos casos de combatentes que tiveram maxilar, boca e dentes destruídos; alguns, provavelmente, ficaram com rostos desfigurados para sempre. Outros foram esquecidos no Asilo dos Inválidos da Pátria. Jovens, como Mariz e Barros, morto com apenas 24 anos, após uma intervenção cirúrgica, nunca retornaram ao país de origem. Obviamente, não se desconsidera aqui o sofrimento dos demais membros da Tríplice Aliança. O mesmo vale para os paraguaios.

Os médicos do exército e da marinha ao manusearem lancetas, bisturis e torniquetes em corpos dilacerados eram informados por um repertório teórico. Os doutores estudaram obras e manuais de cirurgiões europeus renomados como George Guthrie e o barão de Larrey. Médicos norte-americanos, como Samuel David Gross, também exerceram influência sobre os facultativos, ainda que esta fosse menor se comparada com a dos cirurgiões do Velho Mundo. A Guerra do Paraguai produziu mais um debate, perceptível através da leitura das teses médicas elaboradas depois do conflito, ou da obra de Carlos Frederico dos Santos Xavier Azevedo. Os doutores se perguntavam se as intervenções cirúrgicas deviam se dar imediatamente ou em um segundo momento. Os médicos, em sua maioria, preferiam as amputações primitivas.

Os vários casos analisados, no capítulo 2, esclareceram que a prática cirúrgica implicava em um processo dinâmico em que os doentes nem sempre aceitavam as imposições dos doutores. Apesar dos enfermos terem, muitas vezes, um comportamento ativo, na relação urdida entre médicos e pacientes, estes representavam o lado mais fraco. Daí a conclusão de que, em face ao facultativo, possuidor do saber médico, a autonomia do doente era apenas relativa.

A conflagração exigiu que os doutores militares tratassem de muitos feridos. Tiveram a oportunidade de acompanhar a evolução dos ferimentos em diferentes pacientes. Os médicos notaram como os enfermos reagiam ao método operatório aplicado e ao tratamento realizado no pós-cirúrgico. Além disso, analisaram inúmeros casos de tétano, gangrena hospitalar ou por congelamento. A Guerra do Paraguai transformou-se, provavelmente, em um *laboratório* que tendeu a favorecer avanços no campo da cirurgia.

Antes de fechar as cortinas, uma última reflexão: a Guerra da Tríplice Aliança, como outros conflitos do século XIX, deve ser vista como uma *epidemic war*, quer dizer, uma conflagração em que as doenças tornaram-se protagonistas no que concerne à alta mortalidade militar. Dr. Abreu julgou que as enfermidades matavam mais do que as próprias batalhas. A cólera, em 1867, ceifou muitas vidas em locais variados do teatro de operações militares. Espalhou o pânico, no primeiro semestre daquele ano, sobre a população correntina e os integrantes da coluna expedicionária brasileira, que participaram da “Retirada da Laguna”. Correntinos, expedicionários, e demais agentes sociais, de forma aterrorizante, preservavam a consciência até os últimos estágios da moléstia.

John Snow identificou a água como um elemento central na transmissão da cólera. Sua pesquisa, entretanto, teve reduzida influência sobre os médicos militares que foram à guerra. Informados, majoritariamente, pelo contagionismo limitado, os poucos doutores que analisaram a tese do epidemiologista britânico tenderam a acomodá-la, de forma apriorística, em sua perspectiva médica. Noutras palavras, associaram a transmissibilidade da cólera à água, mas também a outras variáveis: chuvas, ventos, miasmas etc.. Além da peste de Ganges, varíola, beribéri, escorbuto, disenteria e demais patologias grassaram ao longo da Guerra do Paraguai. É preciso desenvolver melhor este ponto, *Doutores e canhões* representa apenas o primeiro passo.

Referências Bibliográficas

Arquivos e Museus

Arquivo Histórico do Exército (AHEX)

Arquivo Nacional (AN)

Biblioteca Nacional (BN)

Instituto Histórico Geográfico Brasileiro (IHGB)

Museu da Justiça (MJ)

The Old Operating Theatre Museum and Herb Garret (TOOTMHG)

Fontes primárias

a) Cartas, inventários, requerimentos, fés-de-ofício

Inventário de Brás Martins dos Guimarães Bilac, ano de 1876, maço 419 (AN).

Inventário de Eduardo Augusto Pereira de Abreu, ano 1893, caixa 2742 (AN).

Inventário de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, ano 1868, caixa 3641, galeria B (AN).

Inventário de Alcebíades José de Azevedo Pedra, ano 1871, caixa 197 (MJ).

Inventário de Manoel Cardoso da Costa Lobo, ano 1891, caixa 4197, notação 221 (AN).

Inventário de Antônio Caetano de Almeida, ano 1889, maço 409 (AN).

Fé-de-ofício de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, pasta VI- 1- 133 (AHEX).

Fé-de-ofício de Manoel de Aragão Gesteira, pasta VI-1-44 (AHEX).

Fé-de-ofício de José Cerqueira de Lima, pasta IV-24-10 (AHEX).

Fé-de-ofício de Francisco Alves Pontes, pasta III-19-74 (AHEX).

Fé-de-ofício de Francisco Mendes de Amorim, pasta III, 21-10 (AHEX).

Requerimentos de Eduardo Augusto Pereira de Abreu, E 3-213 (AHEX).

Requerimentos de Francisco Alves Pontes, pasta 1570, maço 46 (AHEX).

Requerimentos de Antônio de Jesus e Souza, pasta 3119, maço 104 (AHEX).

Requerimentos de Cristóvão José Vieira, pasta 1376, maço 47 (AHEX).

Requerimentos de Manoel Gomes Belfort Duarte, pasta 2372, maço 82 (AHEX).

Exposição feita a S. M. o imperador por José Ribeiro Fontes sobre a necessidade de criar-se um asilo de Inválidos da Pátria, coleção Marquês de Paranaguá, lata 312, pasta 36 (IHGB).

Carta de Eduardo Augusto Pereira de Abreu ao Conselheiro Nabuco de Araújo, coleção Senador Nabuco de Araújo, Guerra do Paraguai, lata 362, pasta 2 (IHGB).

Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, (sem especificação do dia) outubro de 1867, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto ao marquês de Paranaguá, sem data, mas, provavelmente escrita entre 1867 e 1868, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

Carta do dr. Salustiano Ferreira Souto, aparentemente ao marquês de Paranaguá, 30 de outubro de 1867, sobre serviços médicos e hospitalares, lata 313, pasta 24, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

Carta de Francisco Bonifácio de Abreu a João Lustosa da Cunha Paranaguá, comentando as falhas do serviço médico da guerra; a falta de médicos e as condições hospitalares, lata 312, pasta 60, coleção marquês de Paranaguá (IHGB).

Carta de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho ao Conselheiro João Lustosa da Cunha Paranaguá, 34-A,004,002 nº 043 (BN – seção manuscritos).

Carta do oficial do exército Vicente Miguel da Silva ao pai, narrando os acontecimentos da expedição de Mato-Grosso, onde veio a falecer. Série guerra, lata 335, pasta 4 (IHGB).

b) Jornais e revistas

Diário do Rio de Janeiro

Jornal do Commercio

Semana Illustrada

Vida Fluminense

c) Dicionários, crônicas, memórias e trabalhos acadêmicos

ABREU, Eduardo Augusto Pereira de. “Corpo de saúde ou o serviço de saúde do exército” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, n. 7, dezembro de 1865.

_____. Eduardo Augusto Pereira de. “Hospitais militares” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*. Tomo XVII, n. 10, março de 1866.

_____. Eduardo Augusto Pereira de. “Qual o meio de melhorar o serviço de saúde do exército?” in: *Annaes Brasiliense de Medicina*, tomo XVIII, n. 2, julho de 1866.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Estevão Cavalcanti de. *These*. Typographia universal Laemmert, 1856.

ALENCAR, Meton da França. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1870.

ALMEIDA, Antônio Caetano de. *These*. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1872.

AVÉ-LALLEMANT, Robert. *Observações acerca da epidemia de febre amarela do ano de 1850 no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. De Francisco de Paula Brito, 1851.

AZEVEDO, Carlos Frederico dos Santos Xavier. *História médico-cirúrgica da esquadra brasileira nas campanhas do Uruguai e Paraguai de 1864 a 1869*. Rio de Janeiro: Typographia nacional, 1870.

BARNES, Joseph K.; WOODWARD, Joseph Janvier; SMART, Charles; OTIS, George Alexander; HUNTINGTON, David Lowe. *The medical and surgical history of the war of the rebellion (1861-1865)*. Washington: Government Printig Office, 1870, part I, vol. 2 - *surgical history* (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em setembro de 2010).

BASTOS, Carlos de Oliveira. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1869.

BEALE, Lionel Smith. *Disease germs*. Philadelphia: Lindsay & Blakiston, 1872.

_____. *Bioplasm: an introduction to the study of physiology & medicine*. Philadelphia: Lindsay & Blakiston, 1872.

BLAKE, Augusto Victorino Alves do Sacramento. *Diccionario Bibliographico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1883, volumes 1, 2, 3, 4, 5 e 6.

BURTON, Richard F. *Cartas dos campos de batalha do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1997.

CAMINHOÁ, Joaquim Monteiro. “Ferida da cabeça interessando às membranas cerebrais e cérebro sem alteração de saúde” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XVII, número 6,

novembro de 1865.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. *Relatório acerca do cholera-morbus precedido de considerações sanitárias relativas aos portos do império*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1855.

_____. *Relatório acerca da saúde pública compreendendo 1º) a história sucinta do cólera-morbus no império; 2º) a discussão das providências sanitárias que convém adotar-se*. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1856.

CENTURION, Juan Crisostomo. *Memorias del coronel Juan Crisostomo Centurion o sean reminiscencias historicas sobre la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta de Obras de J. A. Berra-Bolívar, 1897, 1, 2 e 3 tomos (republicado em Breinigsville, Estados Unidos, por Kessinger Publishing, em fevereiro de 2011).

CERQUEIRA, Dionísio. *Reminiscências da Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército, 1980.

CHISOLM, Julian John. *A manual of military surgery, for the use of surgeons in the Confederate States Army; with explanatory plates of all useful operations*. Columbia: Evans and Cogswell, 1864 (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em maio de 2011).

CLAUSEWITZ, Carl von. *Da guerra*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

DINO, Firmino José. “Hospital militar e estatística médica do exército em campanha no Paraguai” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*, tomo XX, outubro de 1868, nº 5.

DUARTE, José Rodrigues de Lima. *Ensaio sobre a escravatura no Brasil*. Rio de Janeiro: Typ. Universal de Laemmert, 1849.

DUARTE, Manoel Gomes Belfort. *These*. Rio de Janeiro: Typographia do Apóstolo, 1870.

ERICHSEN, John Eric. *Science and wars surgery, being a treatise on surgical injuries, diseases, and operations*. London: Longmans, Green, and Co., 1872, vol. 1 (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em agosto de 2010).

EWBANK, Thomas. *A vida no Brasil ou diário de uma visita no país do cacau e das palmeiras*. Rio de Janeiro: Conquista, volume 1, 1973.

FERGUSSON, William. *A system of practical surgery*. Philadelphia: Lea and Blanchard, 1848 (republicado nos Estados Unidos por Kessinger Publishing, em junho de 2005).

FERRAZ, Fernando Francisco da Costa. “Uma visita ao estabelecimento de Andarahy-Grande, considerado como hospital de convalescentes (appenso ao Hospital Militar da Corte)” in: *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XIX, n. 5, outubro de 1867.

FERREIRA, Manoel Pinto. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Perseverança, 1870.

GARMENDIA, José Ignacio. *Campaña de Corrientes y de Rio Grande: recuerdos de la Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta, Litografía y Encuadernación de J. Peuser, 1904 (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press).

GROSS, Samuel David. *A manual of military surgery*. Memphis: General Books, 2010 (publicação original, 1861).

_____. *Autobiography of Samuel D. Gross, M.D ...: emeritus professor of surgery in the Jefferson Medical College of Philadelphia. With reminiscences of his times and contemporaries*. Philadelphia: W. B. Saunders, 1893, 2 vol. (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em 2010).

LEMOS, Renato (organizador). *Cartas da guerra: Benjamin Constant na Campanha do Paraguai*. Rio de Janeiro: IPHAN/6.S.R./Museu Casa de Benjamin Constant, 1999.

MEMOIR OF BARON LARREY: SURGEON-IN-CHIEF OF THE GRANDE ARMY (1861). London: Henry Renshaw, 1861 (republicado, em setembro de 2010, por Kessinger Publishing).

MASTERMAN, George Frederick. *Siete años de aventuras em el Paraguay*. Buenos Aires: Imprenta Americana, 1870 (republicado nos Estados Unidos, em 2010, por Nabu Press).

MAYRINK, João Carlos. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1868.

PEREIRA, Francisco da Cunha Beltrão Araújo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1868.

PETTENKOFER, Max von. *Cholera: how to prevent and resist it*. London: Ballière, Tindall and Cox, 1875 (republicado, em 2010, por Nabu Press).

_____. *Outbreak of cholera among convicts: an etiological study of the influence of dwelling, food, drinking-water, occupation, age, state of health, and intercourse upon the course of cholera in a community living in precisely the same circumstances*. Philadelphia: J.B. Lippincott & Co., 1876 (republicado, em 2011, por Nabu Press).

REGO, José Pereira. *História e descrição da febre amarela epidêmica que grassou no Rio de Janeiro em 1850*. Rio de Janeiro: Typ. Nacional de Francisco de Paula Brito, 1850.

ROCHA, Ismael da. "Traços biográficos do brigadeiro professor dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho" in: *Formulário prático do Brasil-Médico*. Rio de Janeiro, 1904 (?).

SEEBER, Francisco. *Cartas sobre la Guerra del Paraguay, 1865-1866*. Buenos Aires: Talleres Gráficos de L.J. Rosso, 1907.

SEIXAS, Félix Rodrigues. *These: das condições patogênicas, do diagnóstico e tratamento da moléstia conhecida pelo nome de Beribéri*. Rio de Janeiro: typographia nacional, 1873.

SILVA, João José. *These*. Rio de Janeiro: Typographia Imparcial, 1857.

SOUZA, Manoel Pereira. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Brown & Pereira Júnior, 1867.

SNOW, John. *Sobre a maneira de transmissão do cólera*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

TAUNAY, Alfredo d'Escragolle (visconde de). *A Retirada da Laguna: episódio da Guerra do Paraguai* São Paulo: melhoramentos, 1975 (1874).

_____. *Memórias*. São Paulo: Iluminuras, 2004.

THOMPSON, George. *A Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Conquista, 1968.

TOLSTÓI, Liev. *Contos de Sebastopol*. São Paulo: Hedra, 2011.

TOUSSAINT-SAMSON, Adèle. *Uma parisiense no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Capivara, 2003 (1883).

TUCÍDIDES. *História da Guerra do Peloponeso*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2001.

TZU, Sun. *A Arte da Guerra*. São Paulo: Sapienza, 2005.

VELPEAU, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1. (republicado nos Estados Unidos por Nabu Press, em fevereiro de 2010).

VIANNA, José Lobo. *These*. Rio de Janeiro: Typographia de Nicolau Lobo Vianna, 1857.

WOODWARD, Joseph Janvier. *Report on epidemic cholera in the army of the United States during de year 1866*. Washington: Government Printing Office, 1867 (republicado, em 2011, por Nabu Press).

d) Outros documentos

Mapa do movimento do hospital e enfermarias da província de Mato Grosso no 2º semestre de 1865”, 34-A, 003,005, nº 054, documento 2 (BN – seção manuscritos).

Ofício de Francisco Otaviano a Angelo Ferraz, tratando da transferência de enfermos do acampamento do Cerro para o Hospital de Montevideú, destacando que este não estava preparado para receber pacientes, 34-A, 003, 003 nº 031 (BN – seção manuscritos).

Ofício confidencial de João Lustosa da Cunha Paranaguá ao marquês de Caxias, autorizando a extinção do hospital militar e de todo serviço referente ao movimento do exército estabelecido em Buenos Aires, 34-A, 003, 001 n° 045 (BN – seção de manuscritos).

Ofício ao Ministro da Guerra, Angelo Muniz da Silva Ferraz, tratando de castigos de bolos de palmatória dados aos enfermos do hospital de Saladeiro em Corrientes pelo dr. Francisco Mendes de Amorim, 34-A, 005,001 n° 026 (BN – seção manuscritos).

“Ordem do dia n° 35” in: *Exército em operações na República do Paraguai; segundo corpo sob o comando em chefe do Exm. Sr. Tenente-General Manoel Marques de Sousa (Conde de Porto Alegre); ordens do dia, primeiro volume compreendendo as de número 1 a 49, 1865 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 47 – quartel general do comando em chefe do exército em operações junto à Vila da Concórdia, em 2 de julho de 1865” in: *Ordens do dia, primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 113, 1865 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 89 – quartel general no Curuzu, 30 de outubro de 1866” in: *Ordens do dia, segundo volume compreendendo as de número 50 a 103, 1866 a 1867 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 91 – quartel general do comando em chefe do exército em operações no Gualeguasyto, em 3 de setembro de 1865” in: *Ordens do dia, primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 113, 1865 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 166 – quartel general em Tuyu-Cuê, 13 de dezembro de 1867” in: *Ordens do dia primeiro volume, compreendendo as de número 1 a 96 - 1866 a 1867 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 657 – repartição do ajudante-general, 28 de dezembro de 1868” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra de número 607 a 658, 1868 (AHEX).*

“Ordem do dia n° 663 – repartição do ajudante-general, 20 de fevereiro de 1869” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra de n° 659 a 705, 1869 (AHEX).*

"Ordem do dia n° 665 – nomeações" in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado*

dos negócios da guerra de nº 659 a 705, 1869 (AHEX).

“Ordem do dia nº 695 – repartição do ajudante-general, 27 de outubro de 1869” in: *Coleção das ordens do dia da secretaria de estado dos negócios da guerra de nº 659 a 705, 1869 (AHEX).*

Relatórios do ministério da guerra de 1865, 1866, 1870 e 1871 (AHEX).

Pasta 3038, maço 111 (AHEX).

Pasta 5661a, documento 2, pasta 5 (AHEX).

Pasta 5661a, documento 1.4, pastas 2, 3, 11 e 14 (AHEX).

Pasta 5661a, documento 2.3, pastas 11 e 12 (AHEX).

Pasta 5664a, documento 10.11, pastas 10, 16 e 21 (AHEX).

Pasta 5664a, documento 10.9, pastas 1, 3 e 6 (AHEX).

Pasta 5667a, documento 1.5, pasta 1 (AHEX).

Pasta 5707, documento 10.12, pastas 131, 164 e 204 (AHEX).

Pasta 5708, documento 10.19, pasta 2 (AHEX).

Pasta 5708, documento 10.30, pasta 8 (AHEX).

Pasta 5708, documento 10.37, pasta 2 (AHEX).

Pasta 5708, documento 10.39, pasta 47 (AHEX).

Notação: DL 829.16, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 829. 23, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 829.60, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 830.61, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 830.68, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 832.04, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 832.62, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 834.44, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 834.50, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

Notação: DL 834.84, coleção Roberval Bezerra de Menezes (IHGB).

IG 6 14 documentos 4 (AN).

IG 6 14 documentos 6 (AN).

IG 6 14 documentos 8 (AN).

IG 6 14 documentos 72 a 77 (AN).

Código 547 - documento 89, volume 2 (AN).

Código 5609 – correspondência do Hospital Militar em Corrientes – 1866 (AHEX).

Código 5618 – ofícios e atestados de 1867; mapas e partes de 1869 (AHEX).

Código 5620 - ofícios, 1867 (AHEX).

Código 5635 - "campanha do Paraguai, livro 2º da correspondência do comando em chefe com outras autoridades" (AHEX).

Sites

br.geocities.com/cvidalb2000/textdiariotra.htm (25/07/2007).

www.dichistoriadasaude.coc.fiocruz.br (19/05/2010).

www.braceface.com/medical/Medical_Authors_Faculty/Hamilton_Frank_Hastings.htm
(4/10/2011).

www.braceface.com/medical/Medical_Authors_Faculty/Keen_William_W.htm (4/10/2011).

www.crl.edu/brazil/almanak (20/11/2011).

Fontes secundárias

a) Livros

ABERTH, John. *Plagues in world history*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishing Group, 2011.

ACKERKNECHT, Erwin H. *Medicine at the Paris Hospital, 1794-1848*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1967.

ADAMS, Annmarie. *Medicine by design: the architect and the modern hospital (1893-1943)*. Minneapolis/London: University of Minnesota Press, 2008.

ADAMS, George Worthington. *Doctors in blue: the medical history of the Union Army in the Civil War*. Louisiana: Louisiana State University Press, 1996 (1952).

ANDERSEN, Judith. "Haunted minds': the impact of combat exposure on the mental and

physical health of civil war veterans” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Years of change and suffering: modern perspectives on civil war medicine*. Minnesota: Edinborough, 2009.

ANTÔNIO, Francisco Javier Martínez. *La otra guerra de África: cólera y conflicto internacional en la olvidada expedición militar de Francia a Marruecos em 1859*. Ciudad Autónoma de Ceuta: Gráficas San Pancraccio, 2010.

ASSUNÇÃO, Moacir. *Nem, heróis, nem vilões: curepas, caboclos, cambás, macaquitos e outras revelações da sangrenta Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.

BANDEIRA, Moniz. *O expansionismo brasileiro e a formação dos Estados na Bacia do Prata: Argentina, Uruguai e Paraguai, da colonização à Guerra da Tríplice Aliança*. Rio de Janeiro: Revan/UNB, 1998.

BAPTISTA, Fernando. *Elisa Lynch: mulher do mundo e da guerra*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2007.

BARUA, Dhiman. “History of cholera” in: BARUA, Dhiman & GREENOUGH III, William B.. *Cholera*. New York: Plenum Medical Book Company, 1992.

BELL, Andrew McIlaweine. *Mosquito soldiers: malaria, yellow fever, and the course of the American Civil War*. Louisiana: Louisiana State University Press, 2010.

BELL, David A. *Primeira Guerra Total: a Europa de Napoleão e o nascimento dos confrontos internacionais como os conhecemos*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.

BELTRÃO, Jane. *Cólera: o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Pará: Editora Universitária do Pará/Goeldi Editoração, 2004.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990a.

_____. *Manguinhos: do sonho à vida – a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz (COC/FIOCRUZ), 1990b.

_____. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pausteriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999.

_____. “Rio de Janeiro: da urbe colonial à cidade dividida” in: PINHEIRO, Augusto Ivan de Freitas (organizador). *Rio de Janeiro: cinco séculos de história e transformações urbanas*. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2010.

BERNARDES, Lysia M. C.. “Evolução da paisagem urbana do Rio de Janeiro até o início do século XX” in: ABREU, Maurício de Almeida (organizador). *Natureza e sociedade no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria de Cultura Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BIANCHI, Bruna. “Psychiatrists, soldiers and officers in Italy during the Great War” in: MICALE, Mark S.. *Traumatic Pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

BITTENCOURT, Armando de Senna. "A batalha naval do Riachuelo, na Guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai" in: VIDIGAL, Armando & Francisco ALMEIDA, Eduardo Alves de. *Guerra no mar: batalhas e campanhas navais que mudaram a história*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Record, 2009.

BLACK, Jeremy. *Rethinking military history*. New York: Routledge, 2004.

BLISS, Michael. *Harvey Cushing: a life in surgery*. Oxford/New York: Oxford University Press, 2007.

BLOCH, Marc. *Os reis taumaturgos: o caráter sobrenatural do poder régio, França e Inglaterra*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

_____. *Apologia da história ou o ofício de historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BOLLET, Alfred Jay. *Plagues & pox: the impact of human history on epidemic disease*. New York: Demos, 2004.

_____. "Amputations in the Civil War" in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Years of change and suffering: modern perspectives on civil war medicine*. Minnesota: Edinborough, 2009.

BOSTRIDGE, Mark. *Florence Nightingale: the making of an icon*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2008.

BOURKE, Joanna. *Dismembering the male: men's bodies, Britain and the Great War*. Chicago: The University of Chicago Press. Chicago, 1996.

BOWN, Stephen R.. *Scurvy: how a surgeon, a mariner, and a gentleman solved the greatest medical mystery of the Age of Sail*. New York: Thomas Dunne Books, 2003.

BROCK, William H. *Justus von Liebig: the chemical gatekeeper*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

BURKE, Peter. *A Escola dos Annales (1929-1989): a Revolução Francesa da historiografia*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

CALCUTT, Rebecca Barbour. *Richmond's wartime hospitals*. Louisiana: Pelican Publishing Company, 2005.

CARPENTER, Kenneth J.. *The history of scurvy & vitamin C*. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

_____. *Beriberi, white rice, and vitamin B: a disease, a cause, a cure*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 2000.

CARVALHO, Delgado de. *História da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1988.

CASTRO, Celso; IZECKSOHN, Vitor; KRAAY, Hendrik. "Da história militar à 'nova' história militar" in: CASTRO, Celso; IZECKSOHN, Vitor; KRAAY, Hendrik. *Nova história militar brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

CASTRO, Jeanne Berrance de. *A milícia cidadã: a Guarda Nacional de 1831 a 1850*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1979.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHIAVENATTO, Júlio José. *Genocídio Americano*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1979.

CIRILLO, Vicent. J.. *Bullets and bacilli. The Spanish-American War and military medicine*. New Brunswick/New Jersey/ London: Rutgers University Press, 1999.

COARACY, Vivaldo. *Memórias da cidade do Rio de Janeiro: quatro séculos de história*. Rio de Janeiro: Documenta Histórica, 2008.

CONNOR, J.T.H.. "Before the world in concealed disgrace: physicians, professionalization and the 1898 cuban campaign of the Spanish American War" in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999.

COSTA, Wilma Peres. *O exército, a Guerra do Paraguai e a crise do império*. Campinas: Unicamp, 1996.

CRUMPLIN, Michael. *Men of steel: surgery in the napoleonic wars*. Shrewsbury: Quiller Press, 2007.

_____. *Guthrie's war: a surgeon of the Peninsula and Waterloo*. South Yorkshire: Pen and Sword, 2010.

CUNNINGHAM, Andrew. "Transforming plague: the laboratory and the identity of infectious disease" in: CUNNINGHAM, Andrew; WILLIAMS, Perry. *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

CUNNINGHAM, H.H.. *Doctors in gray: the confederate medical service*. Louisiana: Louisiana State University Press, 1993 (1958).

CUPPAGE, Francis E.. *James Cook and the conquest of scurvy*. London: Greenwood Press, 1994.

CURTIN, Philip D.. *Disease and empire: the health of european troops in the conquest of Africa*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

DE MARCO, Miguel Ángel. *La Guerra del Paraguay*. Buenos Aires: Emecé Editores, 2007.

DEAN Jr., Eric T.. *Shook over hell: post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War*. Cambridge/London: Harvard University Press, 1997.

DELACROIX, Christian; DOSSE, François; GARCIA, Patrick. *Correntes históricas na França: séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

DELAPORTE, François. *Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832*. London: The MIT press, 1986.

DELUMEAU, Jean. *A história do medo no ocidente 1300-1800*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

DORATIOTO, Francisco Fernando Monteoliva. *Maldita Guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

_____. “Guerra do Paraguai” in: MAGNOLI, Demétrio (organizador). *História das guerras*. São Paulo: Contexto, 2006.

_____. *General Osório: a espada liberal do Império*. São Paulo: Companhia das Letras: 2008.

DOURADO, Maria Teresa Garritano. *Mulheres comuns, senhoras respeitáveis: a presença feminina na Guerra do Paraguai*. Campo Grande: Editora da UFMS, 2005.

DREESE, Michael A.. *The hospital on seminary ridge at the battle of Gettysburg*. North Carolina: McFarland & Company, Inc. Publishers, 2002.

DROYSEN, Johann Gustav. *Alexandre, o Grande*. Rio de Janeiro: Contraponto, 2010.

ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.

_____. *Escritos e ensaios 1: estado, processo, opinião pública*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2006.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L.. *Os estabelecidos e outsiders*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ELLIS, Harold. *The Cambridge illustrated history of surgery*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

_____. *Operations that made history*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

ENDERS, Armelle. *A história do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Gryphus, 2009.

EVANS, Richard J.. "Epidemics and revolutions: cholera in nineteenth-century Europe" in: RANGER, Terence; SLACK, Paul. *Epidemics and ideas: essays on historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

_____. *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years*. New York: Penguin Books, 2005.

FALCON, Francisco. "História e poder" in: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

FEBVRE, Lucien. *O problema da incredulidade no século XVI: a religião de Rabelais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

FENN, Elizabeth A.. *Pox americana: the great smallpox epidemic of 1775-82*. New York: Hill and Wang, 2001.

FERNANDES, Maria Tânia. *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

FIGES, Orlando. *The Crimean war: a history*. New York: Metropolitan Books, 2010.

FONSECA, Maria Rachel Fróes da. "A saúde pública no Rio de Janeiro Imperial in: PÔRTO, Angela; SANGLARD, Gisele; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; COSTA, Renato da Gama-Rosa (org.). *História da saúde do Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2008.

FREEMON, Frank R.. *Gangrene and glory: medical care during the American Civil War*. Illinois: University Illinois Press, 2001.

GAT, Azar. *A history of military thought: from the Enlightenment to the Cold War*. Oxford: Oxford University Press, 2001.

GILBERT, Felix. "Maquiavel: o renascimento da Arte da Guerra" in: PARET, Peter. *Construtores da estratégia moderna: de Maquiavel à Era Nuclear*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2001, tomo 1.

GILBERT, Pamela K.. *Cholera and nation: doctoring the social body in Victorian England*. New York: State University of New York Press, 2008.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

_____. *A micro-história e outros ensaios*. Lisboa/Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil/Difel, 1989.

_____. *Mitos, emblemas, sinais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989b.

_____. *O fio e os rastros: verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

_____. "Controlando a evidência: o juiz e o historiador" in: NOVAIS, Fernando

A.; SILVA, Rogério F. da. *Nova história em perspectiva volume 1*. São Paulo: Cosac Naify, 2011.

GOLDSWORTHY, Adrian. *A queda de Cartago: as Guerras Púnicas, 265-146 a.C.*. Lisboa: Edições 70, 2009.

_____. *César: a vida de um soberano*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2011.

GOMES, Flávio dos Santos. *História de quilombolas: mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro, século XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GRAHAM, Robert B. Cunninghame. *Retrato de un dictador: Francisco Solano López, Paraguay, 1865-1870*. Buenos Aires: El Elefante Blanco, 2001 (1933).

GRENDI, Edoardo. “Microanálise e história social” in: OLIVEIRA, Mônica Ribeiro de; ALMEIDA, Carla Maria Carvalho de. *Exercícios de micro-história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GRINBERG, Keila. “Código Criminal” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

GUIMARÃES, Lúcia Maria Paschoal. “Questão Christie” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

HALLER Jr., John S.. *Battlefield medicine: a history of the military ambulance from the Napoleonic Wars through World War I, 1790-1925*. Illinois: Southern Illinois University Press, 2011.

HAMBRECHT, F. Terry. “J.J. Chisolm, M.D. confederate medical and surgical innovator” in: SCHMIDT, James M. & HASEGAWA, Guy R. (eds.). *Years of change and suffering: modern perspectives on civil war medicine*. Minnesota: Edinborough, 2009.

HANSON, Victor Davis. *Por que o Ocidente venceu: massacre e cultura – da Grécia antiga ao Vietnã*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

_____. *Uma guerra sem igual: como atenienses e espartanos lutaram na*

Guerra do Peloponeso. Rio de Janeiro: Editora Record, 2012.

HARRISON, Mark. "Medicine and the management of modern warfare: an introduction" in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999.

HARRISON, Mark. *The medical war: british military medicine in the First World War*. Oxford: Oxford University Press, 2010.

HERRICK, Claire. "The Conquest of the Silent Foe': british and american military medical reform rethoric and the Russo-Japanese War" in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999.

HILLAM, Christine (ed.). *Dental practice in Europe at the end of the 18th century*. Amsterdam/New York: Rodopi, 2003.

HOBBSAWM, Eric. *Sobre história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

HOLANDA, Sérgio Buarque. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

HOLLAND, Tom. *Fogo persa: o primeiro império mundial e a batalha pelo ocidente*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2008.

HOLLINGHAM, Richard. *Sangue e entranhas: a assustadora história da cirurgia*. São Paulo: Geração Editorial, 2011.

HOPKINS, Donald R.. *The greatest killer: smallpox in history*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

HOWARD, Michael. *Clausewitz: a very short introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

HUMPHREYS, Margaret. *Intensely human: the health of the black soldier in the American Civil War*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2008.

HURT, Raymond. *George Guthrie: soldier and pioneer surgeon*. London: Royal Society of Medicine Press, 2008.

IZECKSOHN, Vitor. *O cerne da discórdia: a Guerra do Paraguai e o núcleo profissional do exército*. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2002.

_____. “Recrutamento militar no Rio de Janeiro durante a Guerra do Paraguai” in: CASTRO, Celso; IZECKSOHN, Vitor; KRAAY, Hendrik. *Nova história militar brasileira*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. “A Guerra do Paraguai” in: GRINBERG, Keila & SALLES, Ricardo (organizadores). *O Brasil Imperial, volume II, 1831-1870*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.

JANNETTA, Ann. *The vaccinators: smallpox, medical knowledge, and the 'opening' of Japan*. Stanford: Stanford University Press, 2007.

JOHNSON, Steven. *O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o coléra mudou o destino de nossas metrópoles*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

KAGAN, Donald. *A Guerra do Peloponeso: novas perspectivas sobre o mais trágico confronto da Grécia Antiga*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2006.

KARASCH, Mary C.. *A vida dos escravos no Rio de Janeiro (1808-1850)*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

KAUFMAN, Matthew H.. *Surgeons at war: medical arrangements for the treatment of the sick and wounded in the british army during the late 18th and 19th centuries*. Connecticut/London: Greenwood Press, 2001.

KEEGAN, John. *A face da batalha*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2000.

_____. *Uma história da guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002.

KIPLE, Kenneth F. *The Caribbean slave: a biological history*. Cambridge: University

Cambridge Press, 1984.

KIPLE, Kenneth F. & KING, Virginia Himmelsteib. *Another dimension to the black diaspora: diet, disease and racism*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

KUDLICK, Catherine J.. *Cholera in post-revolutionary Paris: a cultural history*. California: University Press California, 1996.

LEESE, Peter. "Why are they not cured?": british shellshock treatment during the Great War" in: MICALÉ, Mark S.. *Traumatic Pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

LE MOS, Renato. *Benjamin Constant: vida e história*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999.

LEWINSOHN, Rachel. *Três epidemias: lições do passado*. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2003.

LILLIS, Michael & FANNING, Ronan. *Calúnia: Elisa Lynch e a Guerra do Paraguai*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2009.

LIMA, Henrique Espada. *A micro-história italiana: escalas, indícios e singularidades*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

_____. "Carlo Ginzburg" in: LOPES, Marco Antônio; MUNHOZ, Sidnei J.. *Historiadores de nosso tempo*. São Paulo: Alameda, 2010.

_____. "Micro-história" in: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Novos domínios da história*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LINKER, Beth. *War's waste: rehabilitation in World War I*. Chicago/London: The University of Chicago Press, 2011.

LOBO, Eulália Maria Lahmeyer. *História do Rio de Janeiro: do capital comercial ao capital industrial e financeiro*. Rio de Janeiro: IBMEC, 2 volumes, 1978.

LYNN, John A.. *Battle: a history of combat and culture*. New York, Basic Books, 2008.

MAGALHÃES, J.B. *Osório: símbolo de um povo, síntese de uma época*. Rio de Janeiro/São Paulo/Belo Horizonte: Livraria Agir Editora, 1946.

MAHER, Mary Denis. *To bind-up the wounds: catholic sister nurses in the U.S. Civil War*. Lousiana: Lousiana State University Press, 1999.

MAYHEW, E. R.. *The reconstruction of warriors: Archibald McIndoe, the Royal Air Force and the Guinea Pig Club*. South Yorkshire: Frontline Books, 2010.

MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *História do serviço de saúde do exército brasileiro (1808 a 1911)*. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, v. 1, 1963.

MORAES, E. Vilhena. *O Duque de Ferro: novos aspectos da figura de Caxias*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2003.

NEELY Jr. Mark E.. “Was the Civil War a Total War?” In: FÖRSTER, Stig; NAGLER, Jörg (eds.). *On the road to Total War: the American Civil War and the German Wars of Unification, 1861-1871*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

NEVES, Lúcia Maria Bastos Pereira das. “Confederação do Equador” in: VAINFAS, Ronaldo (organizador). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

OLIVER, Lilia V.. “El cólera y los barrios de Guadalajara em 1833 y en 1850” in: *Des fraudes dans l'accomplissement des fonctions generatrices: causes, dangers et inconvenients pour les individus, la famille et la societe remedes*. Paris, J.B. Bailliere, (?).

ORMROD, W. Mark. *Edward III*. New Haven/London: Yale University Press, 2011.

PARET, Peter. *Understanding war: essays on Clausewitz and the history of military power*. Princeton: Princeton University Press, 1992.

_____. “Clausewitz” in: PARET, Peter. *Construtores da estratégia moderna: de Maquiavel à Era Nuclear*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 2001, tomo 1.

_____. *Clausewitz and the State: the man, his theories, and his time*. Princeton: Princeton University Press, 2007.

PENN, Thomas. *Winter King: Henry VII and the dawn of Tudor England*. New York: Simon & Schuster, 2011.

PORTER, Dorothy. *Health, civilization, and the state: a history of public health from ancient to modern times*. New York: Routledge, 1999.

REVEL, Jacques. "Microanálise e construção do social" in: REVEL, Jacques (organizador). *Jogos de escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998.

_____. "A história ao rés-do-chão" (prefácio) in: LEVI, Giovanni. *A herança imaterial: trajetória de um exorcista no Piemonte do século XVII*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

RIBEIRO, Lourival. *O barão do Lavradio e a higiene no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro/Belo Horizonte: Editora Itatiaia Limitada, 1992.

RICHARDSON, Robert. *Larrey: surgeon to Napoleon's Imperial Guard*. London: Quiller Press, 2000 (1974).

RISSE, Guenter B.. *Mending bodies, saving souls*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1999.

RITTA, José de Santa. *A água do Rio: do Carioca ao Guandu – a história do abastecimento de água da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Synergia Editora, 2009.

RODRIGUES, Cláudia. *Lugares dos mortos na cidade dos vivos: tradições e transformações fúnebres no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1997.

ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

ROSENBERG, Charles. *The cholera years: the United States in 1832, 1849, and 1866*. Chicago: Chicago University Press, 1962.

ROUDEBUSH, Marc. "A battle of nerves: hysteria, and its treatments in France during World War I" in: MICALE, Mark S.. *Traumatic Pasts: history, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870-1930*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.

ROYLE, Trevor. *The Wars of the Roses: England's first civil war*. London: Abacus, 2010.

RUTKOW, Ira M. *Bleeding blue and gray: Civil War surgery and the evolution of american medicine*. New York: Random House, 2005.

SALLES, Ricardo. *Guerra do Paraguai: escravidão e cidadania na formação do exército*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

_____. *Guerra do Paraguai: memórias e imagens*. Rio de Janeiro: Edições Biblioteca Nacional, 2003.

SANTIUSTE, David. *Edward IV and the Wars of the Roses*. South Yorkshire: Pen & Sword, 2010.

SANTOS FILHO, *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Edusp, 1991, volume 2.

SATTAMINI-DUARTE, Orlando. *Um médico do Império: o doutor Torres Homem (1837-1887)*. Rio de Janeiro: Irmãos Pongetti Editores, 1957

SAVITT, Todd L.. *Medicine and slavery: the diseases and health care of blacks in Antebellum Virginia*. Chicago: University of Illinois Press, 1981.

SCHEINA, Robert L. *Latin America's Wars: the age of the caudillo, 1791-1899*. Washington D.C.: Brassey's Inc., 2003, v. 1.

SCHROEDER-LEIN, Glenna R.. *Confederate hospitals on the move: Samuel H. Stout and the army of Tennessee*. South Carolina: University South Carolina, 1994.

_____. R.. *The encyclopedia of Civil War medicine*. New York/London: M.E. Sharpe, 2008.

SCHULTZ, Jane E. *Women at the front: hospital workers in Civil War American*. North Carolina: University of North Carolina Press, 2004.

SEWARD, Desmond. *A brief history of The Hundred Years War: the English in France, 1337-1453*. London: Robinson, 2003.

SHAY, Michael E.. *A grateful heart: the history of a World War I field hospital*. Connecticut/London: Greenwood Press, 2002.

SHERIDAN, Richard B.. *Doctors and slaves: a medical and demographic history of slavery in the British West Indies, 1680-1834*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.

SILVA, Arthur Lobo da. *O serviço de saúde do exército brasileiro: história evolutiva desde os seus primórdios até os tempos atuais*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1958.

SILVA, Francisco Carlos Teixeira (org.). *Enciclopédia de guerras e revoluções do século XX: as grandes transformações do mundo contemporâneo – conflitos, cultura e comportamento*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. "Lições de guerra: o Iraque e o terrorismo na era da assimetria global" in: SOARES, Luiz Carlos; SILVA, Francisco Carlos Teixeira (org.). *Reflexões sobre a guerra*. Rio de Janeiro: 7 Letras/Faperj, 2010.

SMALLMAN-RAYNOR, M.R.; CLIFF, A.D.. *War epidemics: an historical geography of infectious diseases in military conflict and civil strife, 1850-2000*. Oxford: Oxford University Press, 2004.

SOARES, Luiz Carlos; VAINFAS, Ronaldo. "Nova história militar" in: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Novos domínios da história*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

SOUSA, Jorge Prata. *Escravidão ou morte: os escravos brasileiros na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: Mauad, 1996.

SOUZA, Adriana Barreto de. *Duque de Caxias: o homem por trás do monumento*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

SOUZA, Luis de Castro. *A medicina na Guerra do Paraguai*. Rio de Janeiro: s/e, 1971.

STANLEY, Peter. *For fear of pain: british surgery, 1790-1850*. Amsterdam/New York: 2003.

STONEMAN, Richard. *Alexandre, o Grande*. Lisboa: Edições 70, 2008.

STRACHAN, Hew. *Sobre a guerra de Clausewitz*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

STRAUSS, Barry. *A batalha de Salamina: o combate naval que salvou a Grécia e a civilização ocidental*. Rio de Janeiro: 2007.

TASINAFO, Célio Ricardo (anexo I) “Organizações ministeriais no Segundo Reinado (1840-1889)” in: SILVA, J. M. Pereira da. *Memórias do meu tempo*. Brasília: Edições do Senado Federal, 2003 (1896).

TASSO FRAGOSO, Augusto. *História da guerra entre a Tríplice Aliança e o Paraguai*. Rio de Janeiro: Biblioteca do Exército Editora, 1956, 5 volumes.

TEIXEIRA, Roberto C. da Motta. “Aspectos históricos da medicina militar na Guerra da Tríplice Aliança” in: *Problemas de medicina militar*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, v. 2, 1968.

THOMAS, Amanda J.. *The Lambeth cholera outbreak of 1848-1849: the setting, causes, course and aftermath of an epidemic in London*. London: McFarland & Company, Inc., Publishers, 2010.

THORWALD, Jurgen. *O século dos cirurgiões – conforme documentos de meu avô, o cirurgião H. E. Hartmann*. São Paulo: Hemus Livraria, Distribuidora e Editora, 2005.

TODOROV, Tzvetan. *Em face do extremo*. Campinas: Papirus, 1995.

TORCK, Mathieu. *Avoiding the dire straits: an inquiry into food provisions and scurvy in the maritime and military history of China and wider East Asia*. Alemanha: Harrassowitz Verlag, 2009.

UJVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro/ São Paulo: Senac Rio/Senac São Paulo, 2003.

VINTEN-JOHANSEN, Peter; BRODY, Howard; PANETH, Nigel; RACHMAN, Stephen; RIP, Michael. *Cholera, chloroform, and the science of medicine: a life of John Snow*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

WATTS, Sheldon. *Epidemics and history: disease, power and imperialism*. Yale: Yale University Press, 1999.

WELSH, Jack D.. *Confederate hospitals and their patients: Atlanta to Opelika*. Georgia: Mercer University Press, 2005.

WHITEHEAD, Ian R. "The British Medical Officer on the Western Front: the training of doctors for war" in: COOTER, Roger; HARRISON, Mark; STURDY, Steve (ed.). *Medicine and modern*. Atlanta: Rodopi, 1999.

WILLIAMS, Gareth. *Angel of death: the story of smallpox*. New York: Palgrave Macmillan, 2010.

WILLRICH, Michael. *Pox: an american history*. New York: The Penguin Press, 2011.

WOOTTON, David. *Bad medicine: doctors doing harm since Hippocrates*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

WORBOYS, Michael. *Spreading germs: diseases, theories, and medical practice in Britain, 1865-1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000, pp. 39-40.

WYLOCK, Paul. *The life and times of Guillaume Dupuytren (1777-1835)*. Antwerpen: Brussels University Press, 2010.

b) Teses e dissertações

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: a epidemia na Bahia do século XIX*. Bahia: Universidade Federal da Bahia, 1993 (Dissertação de Mestrado).

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. *Cólera: representações de uma angústia coletiva: a doença e o imaginário social no século XIX no Brasil*. Campinas: Unicamp, 1997, 2 volumes (Tese de Doutorado).

GOMES, Marcelo Augusto Moraes. *“A espuma das províncias”: um estudo sobre os Inválidos da Pátria e o Asilo dos Inválidos da Pátria na Corte (1864-1930)*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006 (Tese de doutorado), 3 volumes.

NETO, Amâncio Cardoso dos Santos. *Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cólera (1855-1856)*. Campinas: Unicamp, 2001 (Dissertação de Mestrado).

PIMENTA, Tânia Salgado. *O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855)*. Campinas, 2003 (Tese de doutorado).

RODRIGUES, Marcelo Santos. *Guerra do Paraguai: os caminhos da memória entre a comemoração e o esquecimento*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009 (Tese de doutorado).

VELLOSO, Verônica Pimenta. *Farmácia na Corte Imperial (1851-1887): práticas e saberes*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2007 (Tese de doutorado).

c) Artigos

ACKERKNECHT, Erwin. H.. "Hygiene in France, 1815-1848" in: *Bulletin of the history of medicine*, vol. 22, nº 2, march-april, 1948.

_____. "Anticontagionism between 1821 and 1867" in: *Bulletin of the history of medicine*, n. 5, vol. XXII, september-october, 1948.

BRIGGS, Asa. "cholera and society in the nineteenth century" in: *Past & present: a journal of historical studies*, nº 19, april, 1961.

CARBONETTI, Adrián. "Cólera y conflicto en la ciudad de Córdoba, Argentina (1867-1868)" in: *Bol. Mex. His. Dil. Med.*, 2007; 10 (2).

CARBONETTI, Adrián; RODRÍGUEZ, Maria Laura. "Las epidemias de cólera em Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-68" in: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr.-jun., 2007.

COOPER, Donald. "Brazil's long fight against epidemic disease, 1849-1917, with especial emphasis on yellow fever" in: *Bulletin of New York Academy of Medicine*, vol. 51, nº 5, 1975, pp. 672-696.

COOTER, Roger. "War and modern medicine" in: BYNUM, W. F.; PORTER, Roy. *Companion encyclopedia of the history os medicine*. New York: Routledge, 1999.

FRIEDEN, Nancy. "The russian cholera epidemic, 1892-1893, and medical professionalization" in: *Journal of social history*, 10, june 1977.

HUTCHINSON, C.A.. "The asiatic cholera epidemic of 1833 in Mexico" in: *Bulletin of the history of medicine*. 1958, jan.-feb.; 32(1).

_____. "The asiatic cholera epidemic of 1833 in Mexico" in: *Bulletin of the history of medicine*. 1958, mar.-apr.; 32(2).

IZECKSOHN, Vitor. "Resistência ao recrutamento para o Exército durante as guerras Civil e do Paraguai. Brasil e Estados Unidos na década de 1860" in: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 27, 2001.

KIPLE, Kenneth F. "Cholera and race in the Caribbean" in: *Journal of Latin American*

studies, 1985.

MARFIL, Bonifacio Esteban. “Los hospitales militares em la isla de Cuba durante la Guerra de 1895-1898” in: *Asclepio*, vol. LV-2-2003.

MOURA, Aureliano Pinto de. “O serviço de saúde do exército brasileiro da colônia ao império” in: *Revista de medicina militar*, ano XLI, n. 6, pp. 345-353.

OGAWA, Mariko. “Uneasy bedfellows: science and politics in the refutation of koch's bacterial theory of cholera” in: *Bulletin of the history of medicine*, 2000, 74.

PASSOS, Carla Christina & BARREIRA, Ieda de Alencar. "A pedra angular da enfermagem militar: as irmãs de caridade no Hospital Militar da Guarnição da Corte (1864-1870)" 1ª parte in: *A defesa nacional, revista de assuntos militares e estudo de problemas brasileiros*. Ano LXXXIX, n. 797, 2003b.

PATTERSON, David K.. “Cholera diffusion in Russia, 1823-1923” in: *Social science & medicine*, volume 38, issue 9.

PATTERSON, Mirian A.. “The epidemic of 1832 in York, Upper Canada.” in: *Ontario history*, 67, 1975.

ROSENBERG, Charles. "The cause of cholera: aspects of etiological thought in nineteenth century America" in: *Bulletin of the history of medicine*. 1960, jul.-aug.; 34.

ROUSSEAU, George S.; HAYCOCK, David Boyd. "Coleridge's choleras: cholera morbus, asiatic cholera and dysentery in early nineteenth century England" in: *Bulletin of the history of medicine*, 2003, 77.

SANJAD, Nelson. “Cólera e medicina ambiental no manuscrito 'Cholera-morbus' (1832), de Antônio Correa de Lacerda (1777-1852)” in: *História, ciências, saúde – Manguinhos*, vol. (3), set.-dez., 2004.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da. “Nas trincheiras da mente: neurastenia, shell shock e Primeira Guerra Mundial” in: *Revista Eletrônica Boletim do Tempo Presente*. Rio de Janeiro: Ano

3, nº 24, 2008.

SILVA, Carlos Leonardo Bahiense da; MELO, Victor Andrade de. “Fabricando o soldado, forjando o cidadão: o doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu, a Guerra do Paraguai e a educação física no Brasil” in: *História, ciências, saúde*. Rio de Janeiro, v. 18, n.2, abr.-jun. 2011.

STOLBERG, Michael. "Public Health and popular resistance: cholera in the Grand Duchy of Tuscany" in: *Bulletin of the history of medicine*, 1994, 68.

TOLEDO, Elisa Adriano. “Aspectos da formação do corpo de saúde militar no Brasil: conflitos e contradições” in: *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13 (2): 419-438, 2005.

TULL-STEWART, D.E.S.. “Vaba, Haiza, Kholera, Foklune, or Cholera: in any language still the disease of seven pandemics” in: *Journal of applied microbiology*, 91, 2001.

Anexo – Bases de uma Escola de Medicina Militar (por Manoel Feliciano Pereira de Carvalho)

Capítulo I – Da Escola

Artigo 1º – A Escola denominar-se-á “Escola Prática de Medicina Militar”.

Artigo 2º – Seu fim é dar aos candidatos ao corpo de saúde do exército brasileiro, uma instrução especial no ramo ao que se vão dedicar.

Artigo 3º – Haverá quatro cadeiras que são: patologia e clínica interna; patologia e clínica externa; operações e anatomia topográfica; farmácia e higiene militar.

Artigo 4º – As duas primeiras aulas, correspondentes as duas cadeiras de patologia e clínica interna e externa, serão dadas junto aos leitos dos doentes, para cujo fim o governo confiará aos respectivos professores, duas enfermeiras no Hospital Militar da Corte, onde a Escola deve ser estabelecida.

Artigo 5º – O professor de operações e anatomia topográfica, terá uma sala própria, com um arsenal cirúrgico e cadáveres nos ditos dias de lições.

Artigo 6º – Às disposições do professor de farmácia e higiene, será posto um gabinete de drogas, reativos e instrumentos necessários, podendo para tal fim, franquear o governo a botica do hospital militar completamente montada.

Artigo 7º – Nos trabalhos da Escola, o diretor do Hospital Militar da Corte, não terá superintendência alguma.

Capítulo II – Dos Lentes

Artigo 8º – Os professores da nova Escola deverão ser membros do corpo de saúde do exército, de qualquer patente ou graduação que seja.

Artigo 9º – Além das condições supra, faz-se ainda preciso para poder-se ser lente da Escola de Medicina Militar: 1º) ser formado em uma das faculdades do império; 2º) passar por uma prova de concurso, como nas faculdades de medicina.

Artigo 10º – Na organização da Escola de Medicina, o governo escolherá dentre os oficiais do quadro de saúde, aquele que julgar mais idôneo para prover as diferentes cadeiras; podendo para essa escolha, ouvir o cirurgião-mor do exército; se o julgar conveniente.

Artigo 11º – O substituto do cirurgião-mor do exército será o diretor da Escola, ficando esta no seu todo sob a imediata inspeção do mesmo cirurgião-mor.

Artigo 12º – Para substituir os lentes em suas faltas, haverá uma classe de opositores, sendo um por cada lente.

Artigo 13º – Para ser opositor requerem-se as mesmas condições que para o lugar de lente catedrático.

Artigo 14º – Os opositores farão concurso, do mesmo modo que os lentes, tão somente nas matérias da cadeira que se propõem.

Artigo 15º – A demonstração de aparelhos, o exercício de ambulâncias e as preparações de anatomia topográfica, serão feitas pelos opositores que por este trabalho não [receberão] gratificações especiais.

Artigos 16º – Os opositores da nova Escola, [receberão] todos os vencimentos do seu posto, como se estivessem em exercício da enfermaria permanente em [tempos] de paz; nos casos, porém, de se acharem substituindo um lente terão além daqueles vencimentos, a gratificação especial deste.

Artigo 17º – No provimento das cadeiras da Escola, os filhos dela, que concorrendo com estranhos forem classificados iguais a estes, serão preferidos.

Artigo 18º – Os lentes e opositores formarão sob a presidência do seu diretor, a congregação da Escola Prática de Medicina Militar.

Capítulo III – Dos alunos

Artigo 19º – Poderão ser alunos da Escola Prática de Medicina Militar: 1º) os doutores em medicina; 2º) os estudantes das faculdades de medicina que já tiverem exame do quarto ano; 3º) os farmacêuticos; 4º) os estudantes do último ano da faculdade de farmácia.

Artigo 20º – O curso da Escola compõe-se de todas as quatro aulas para os alunos de medicina, e somente de aula de farmácia e higiene para os alunos de farmácia.

Artigo 21º – O curso médico será de dois anos, findo os quais farão exame vago de todas as matérias, os respectivos alunos que por faltas não tiverem perdido o direito ao exame.

Artigo 22º – O curso de farmácia será de um ano, findo o qual serão sujeitos a exame vago os alunos que tiverem no caso do artigo antecedente.

Artigo 23º – Os alunos quer de medicina, quer de farmácia, que tiverem sido aprovados em seus exames, serão por dois anos obrigados ao preenchimento das vagas que se derem no corpo de saúde do exército, e o governo quer nesse prazo, quer mesmo depois dele, não poderá nomear indivíduos que não estejam habilitados pela Escola, salvo se os não houver, ou se os que houver, e vencido o prazo, não quiserem entrar para o quadro.

Artigo 24º – O tempo de estudo da Escola será contado para reforma daqueles alunos que, dentro ou fora do prazo, entrarem para o quadro, assim como contar-se-á também para o mesmo fim aos alunos que entrarem dentro do prazo, todo o tempo decorrido desde a época de sua habilitação escolar até a sua nomeação.

Artigo 25º – Dentre os médicos e farmacêuticos aprovados pela Escola será preferido para qualquer vaga no corpo de saúde, aquele que tiver melhores informações dos professores e melhor nota nas aprovações. Em caso de igualdade o governo preferirá o mais antigo em habilitações

escolares.

Artigo 26º – Os alunos que forem reprovados não poderão entrar para o corpo de saúde, sem nova frequência e a aprovação final do seu curso, e se no segundo exame forem reprovados, não poderão mais frequentar as Escola nem entrar para o serviço de saúde do exército.

Artigo 27º – Os alunos que tiverem completado o curso da Escola de Medicina Militar, não poderão obter o título de habilitação, sem que se achem nas condições do artigo 5º do regulamento do corpo de saúde do exército.

Artigo 28º – Para obter-se o fim prático que se tem em vista, o governo preferirá para os lugares de praticantes do Hospital Militar os alunos da Escola, estendendo-se o mesmo benefício aos alunos farmacêuticos em relação a botica do mesmo hospital.

Rio de Janeiro, 1º de agosto de 1860

Dr. Manoel Feliciano Pereira de Carvalho

Cirurgião-mor do exército.

(fonte: MITCHELL, Gilberto de Medeiros. *História do serviço de saúde do exército brasileiro, 1808-1911*. Rio de Janeiro: Escola de Saúde do Exército, volume 1, 1963, pp. 160-163).

Caderno de imagens

Mapas confeccionados por ocasião da Guerra do Paraguai

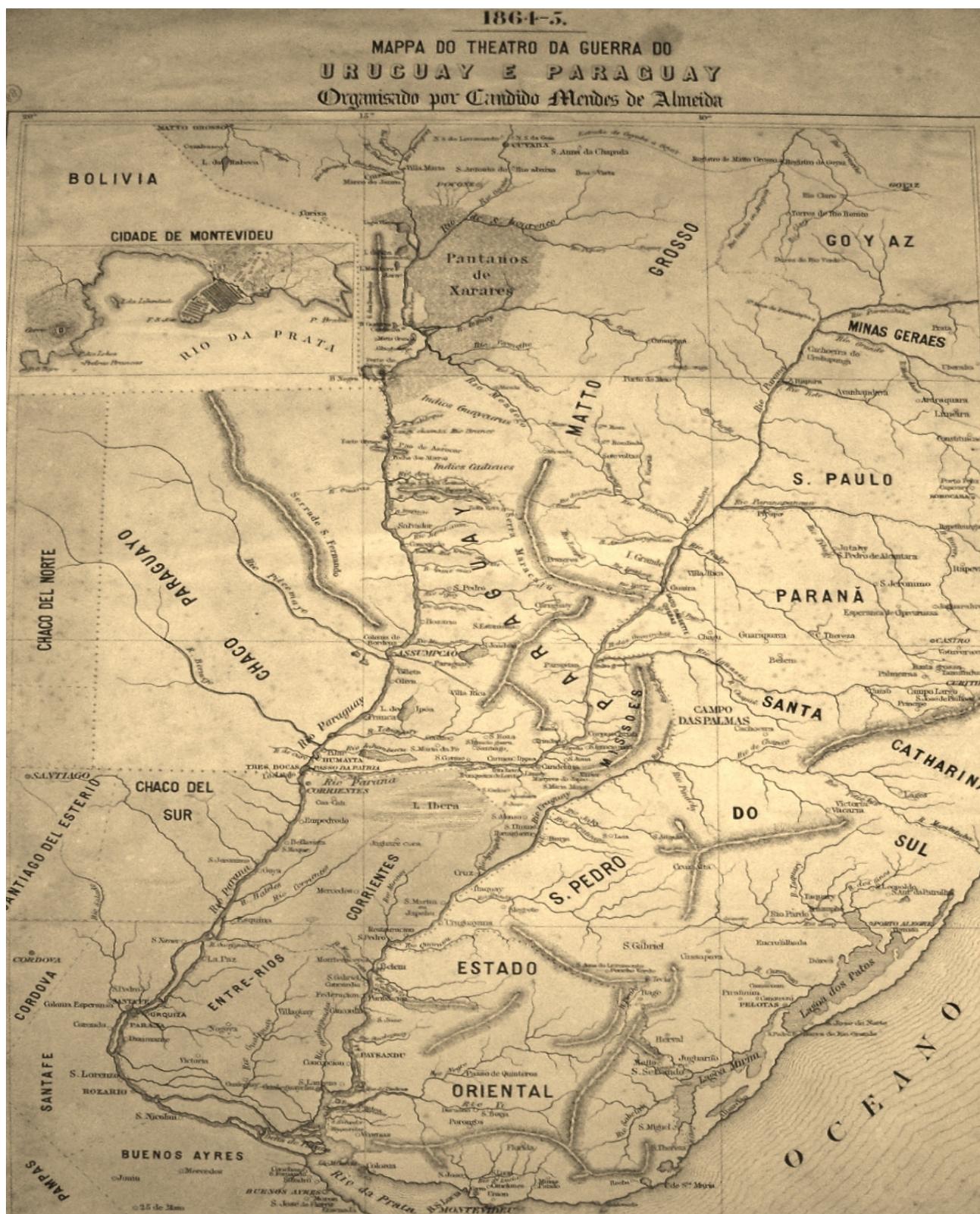


Figura 1: Teatros de guerra - Uruguai e Paraguai, 1864/1865 (AHEx).



Figura 2: Planta do território paraguaio – da passagem do Paraná à rendição das forças de Humaitá, 1868 (AHEx).

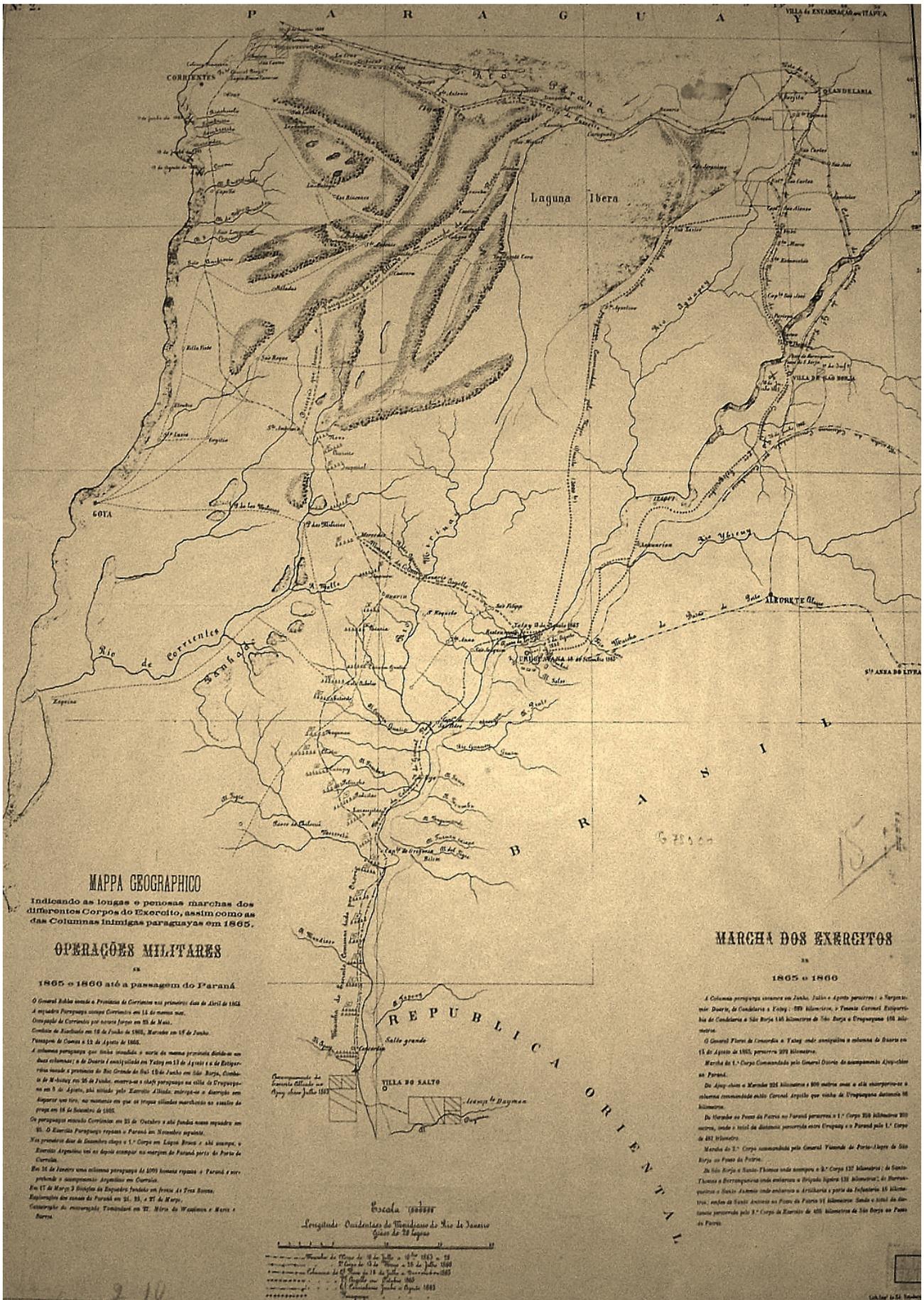
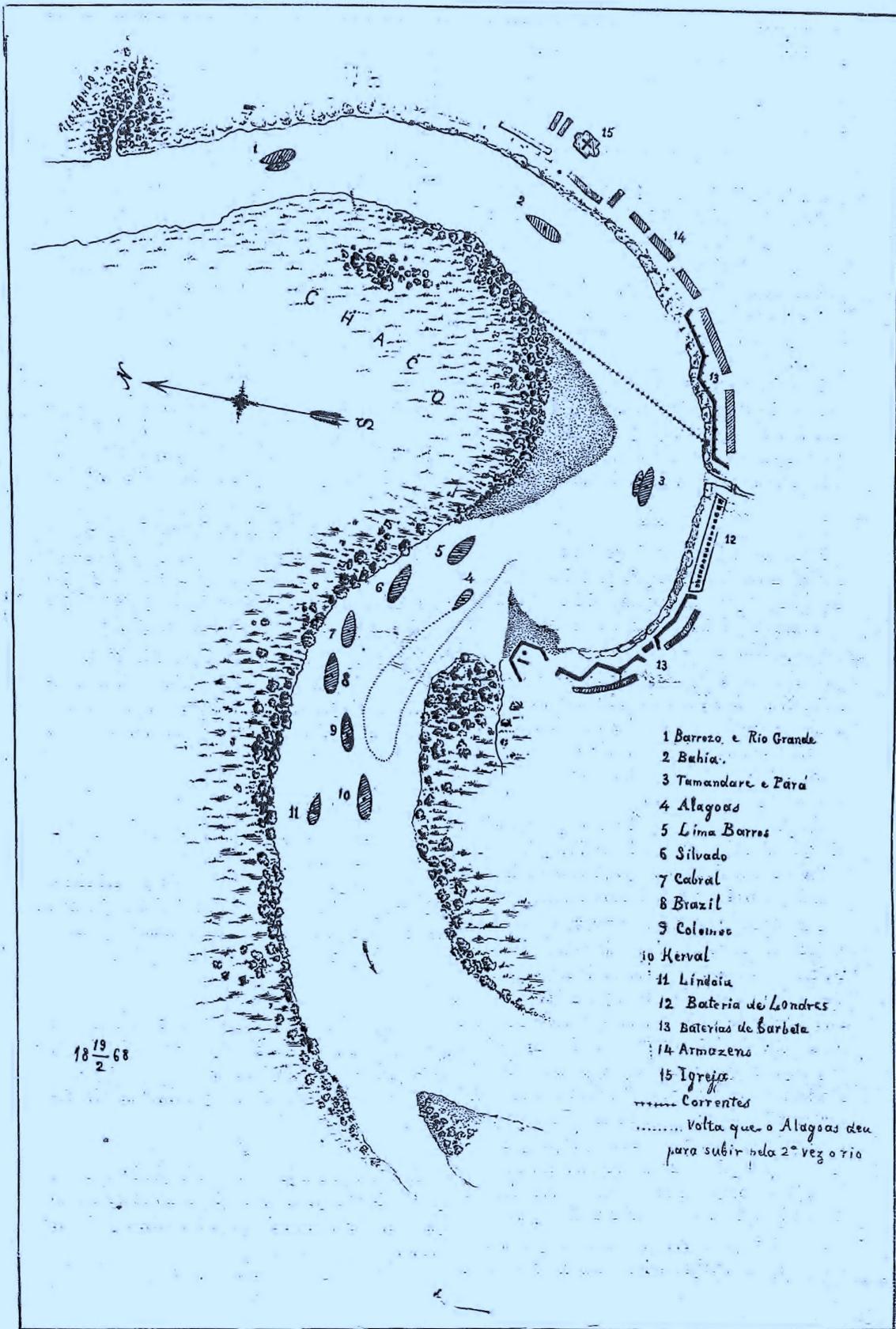


Figura 3: Marchas dos corpos do exército e das colunas paraguayas, 1865 (AHEX).



PLANTA TOPOGRAPHICA

mostrando as fortificações de Humaitá, a passagem da divisão encouraçada e a posição dos outros encontrados que protegerão a mesma passagem

Figura 4: Planta topográfica – fortificações de Humaitá e passagem de divisão encouraçada (Vida Fluminense, 1868).

Hospital da marinha em Assunção

Nas cinco fotos abaixo, vê-se o Hospital da marinha em Assunção, estabelecido em dois prédios, cuja quadra era limitada pelas ruas da Estrela e Oliva. O teto da varanda era sustentado por 24 colunas.



Figura 5: Acima, nota-se grande movimentação no pátio do hospital (IHGB).



Figura 6: À esquerda, observa-se um sacerdote (IHGB).



Figura 7: Acima, um homem mexe em uma fonte d'água (IHGB).

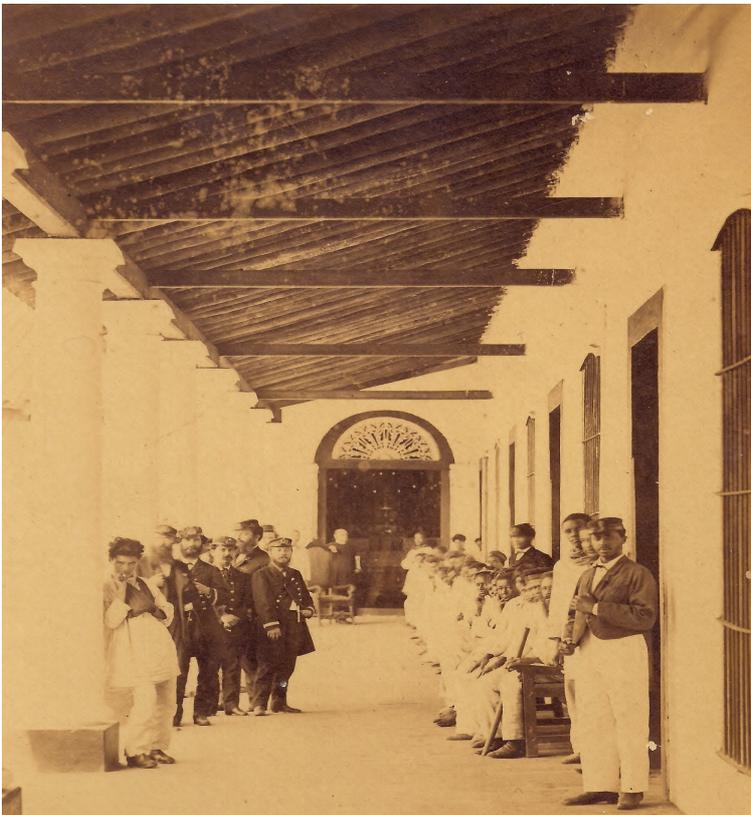


Figura 8: Ao lado, um dos corredores do hospital (IHGB).



Figura 9: Fachada da instituição hospitalar (IHGB).

Cirurgia, clorofórmio e instrumentos

Abaixo, duas imagens de instrumentos cirúrgicos do século XIX (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).

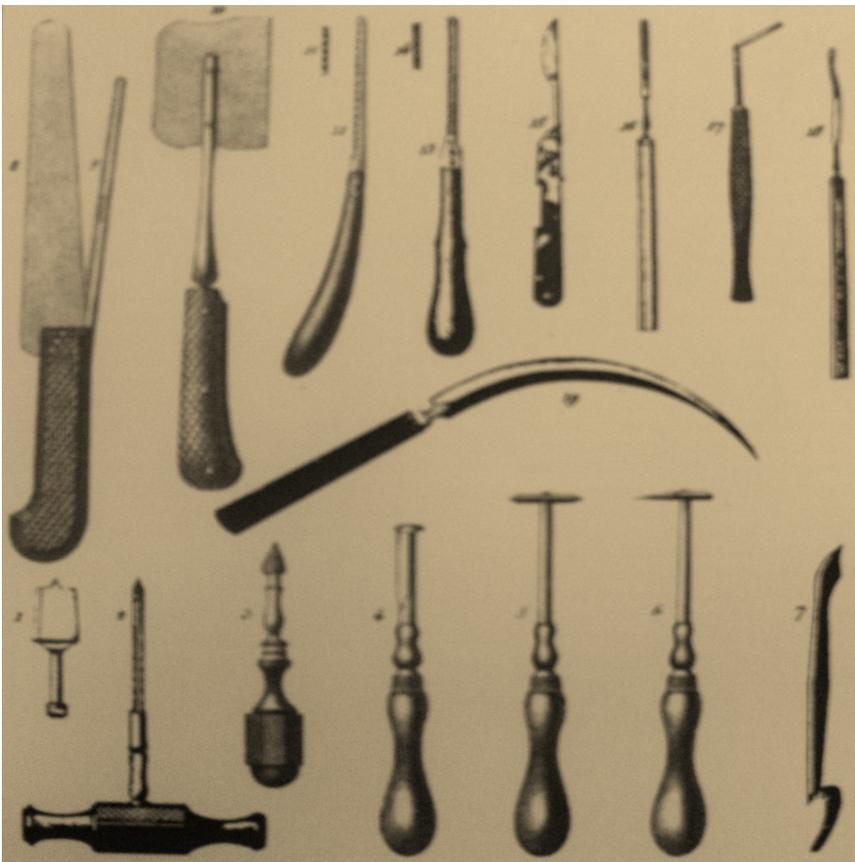


Figura 10: Ferramentas cirúrgicas usadas para se cortar tendões (tenotomia)

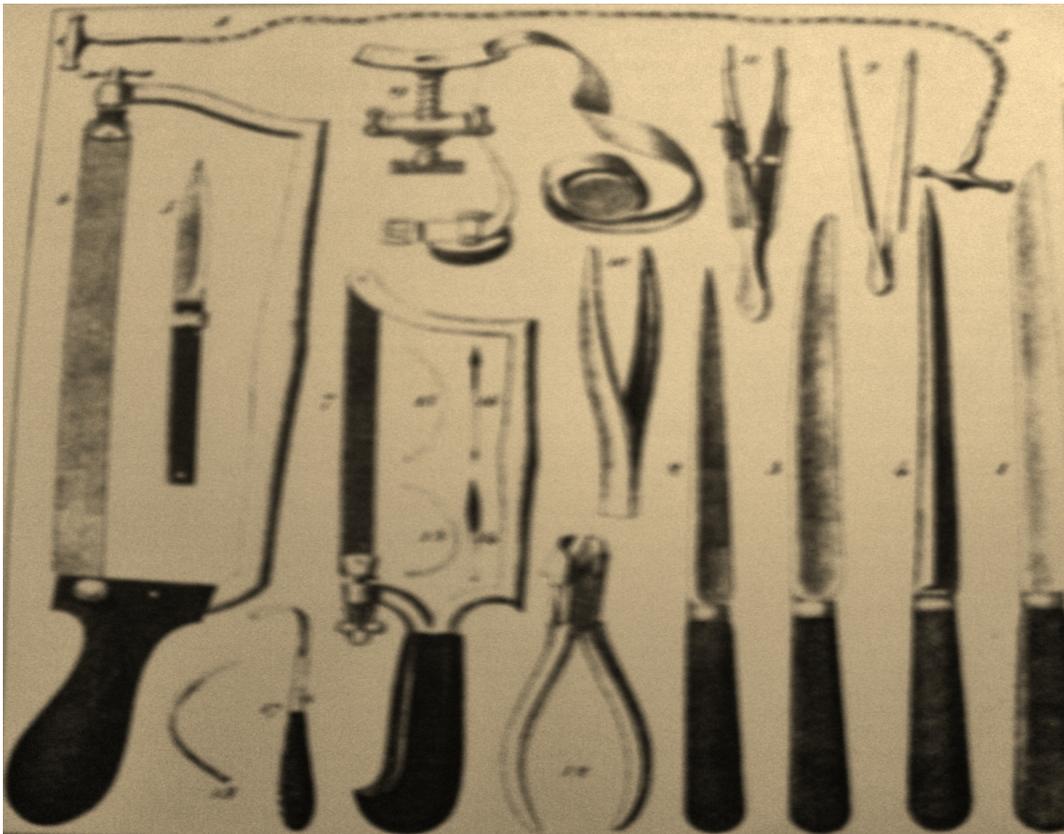


Figura 11: Instrumentos de amputação. Na parte superior ao centro, nota-se um torniquete modelo J. L. Petit (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).

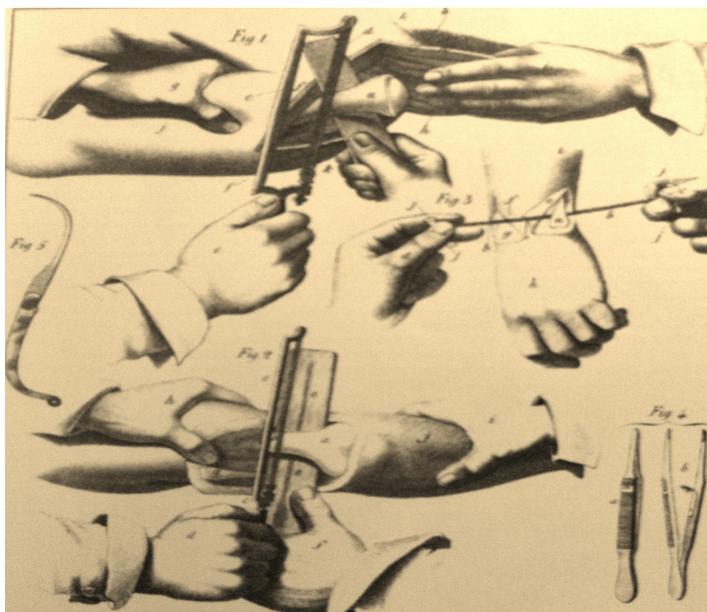


Figura 12: Métodos cirúrgicos para a secção de ossos. Velpeau usava o processo exposto na parte superior (secção na cabeça do húmero). Abaixo, à direita, dois fórceps. À esquerda, um tenáculo (Velpeau, Alfred. *New elements of operative surgery*. New York: Samuel S. & William Wood, 1851, vol. 1).



Figura 13: Instrumentos cirúrgicos variados (TOOTMHG).



Figura 14: No centro, o inalador de clorofórmio criado, em 1867, por Ferdinand Junker (TOOTMHG).



Figura 15: Sala de cirurgia original do Hospital Saint Thomas, em Londres. Aí ocorriam amputações, leituras sobre anatomia do corpo humano e dissecações nos séculos XVIII e XIX. Nesse hospital, Florence Nightingale estabeleceu, em 1859, sua escola de enfermagem (TOOTMHG).



Figura 16: Amputação realizada no Saint Thomas na era pré-anestésica, 1775-1776. Observe-se o torniquete na perna esquerda do paciente. Na mesa ao lado, outros instrumentos cirúrgicos (TOOTMHG).

THE REWARD OF CRUELTY.



Figura 17: “A recompensa da crueldade”. Iconografia satírica sobre dissecação, 1751 (TOOTMHG).

Vítimas da conflagração



Episódio do dia 11 de Dezembro de 1868.

O bravo general Osório apesar de ferido no maxillar inferior esquerdo por uma bala de fuzil continúa á frente de sua cavalleria na perseguição dos paraguayos fugitivos.

Figura 18: General Osório ferido (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).



Tres bravos de Paysandú FERIDOS NA ACCÃO DO ATTAQUE.

O tenente Antonio de Campos Mello do batalhão 12 de infantaria, ferido por uma bala.

O alferes Olatino Teixeira de Azevedo, do 6º batalhão de infantaria. (Falleceu).

O tenente Manoel Verissimo da Silva, do batalhão 12 de infantaria, ferido por uma bala.

(Os tres retratos forão offerecidos ao Exm. Sr. Conselheiro José Maria da Silva Paranhos.)

Figura 19: Três feridos após a ofensiva de Paysandú no interior de uma enfermaria (*Semana Illustrada*, 1865,

FBN).

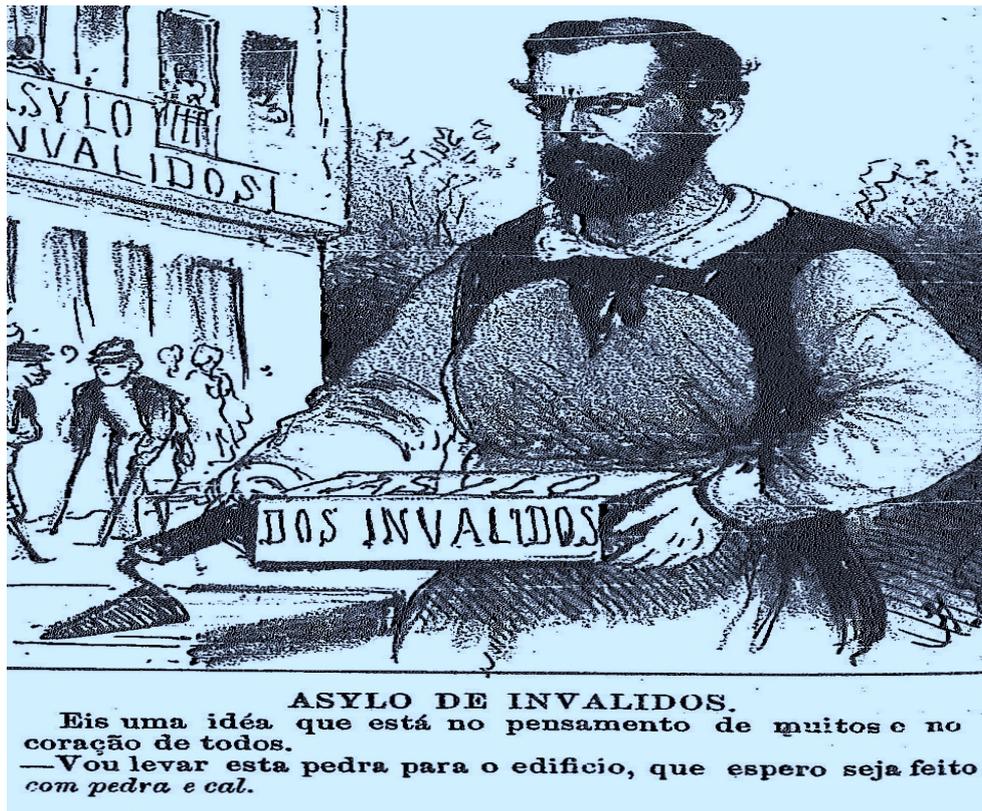


Figura 20: Homem com pedra nas mãos, ajuda na edificação do Asilo dos Inválidos da Pátria. No fundo, um amputado com muletas e perna de pau (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

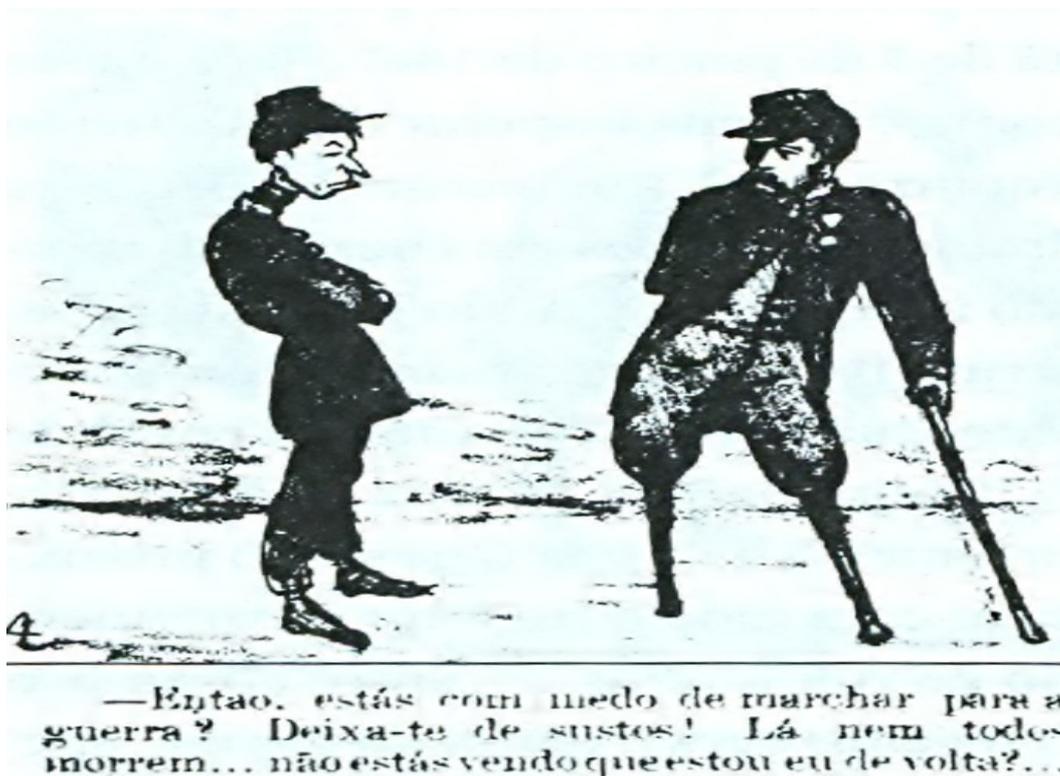
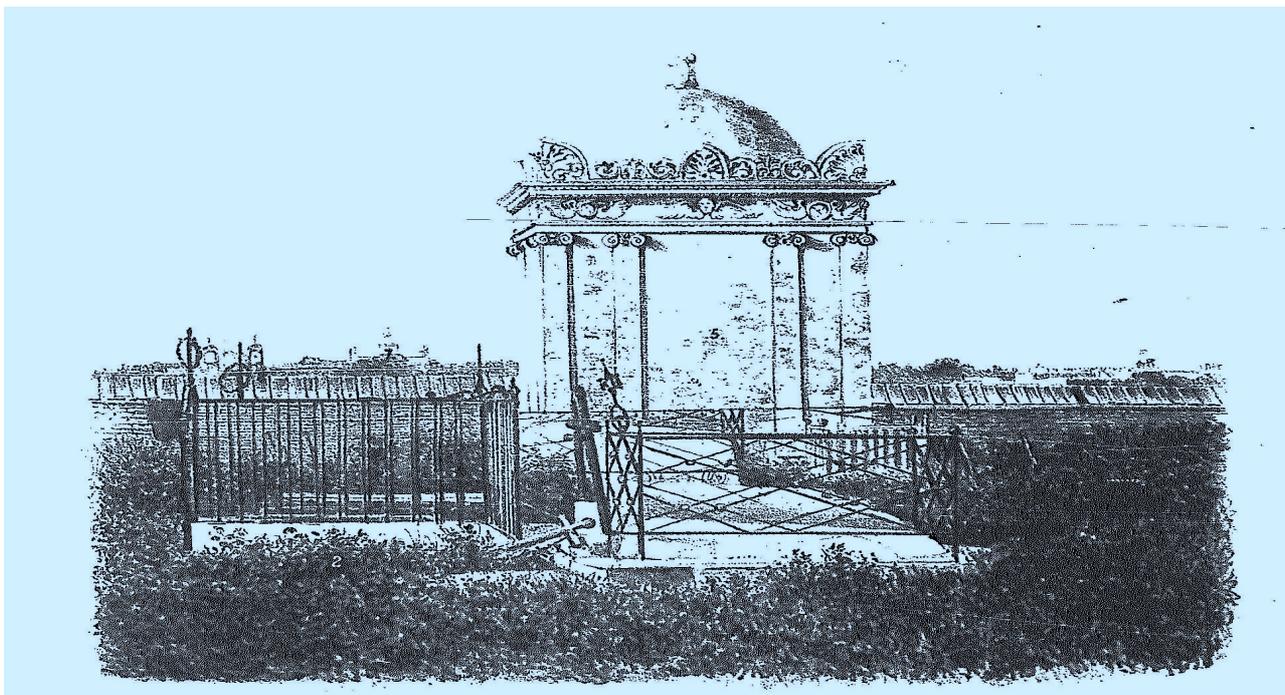


Figura 21: Veterano com braço direito e pernas amputadas. Usa muleta e pernas de pau (DORATIOTO, Francisco. *Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002).



Últimos momentos do heroico 1º tenente — Mariz e Barros — commandante do encouraçado — Tamandaré. —

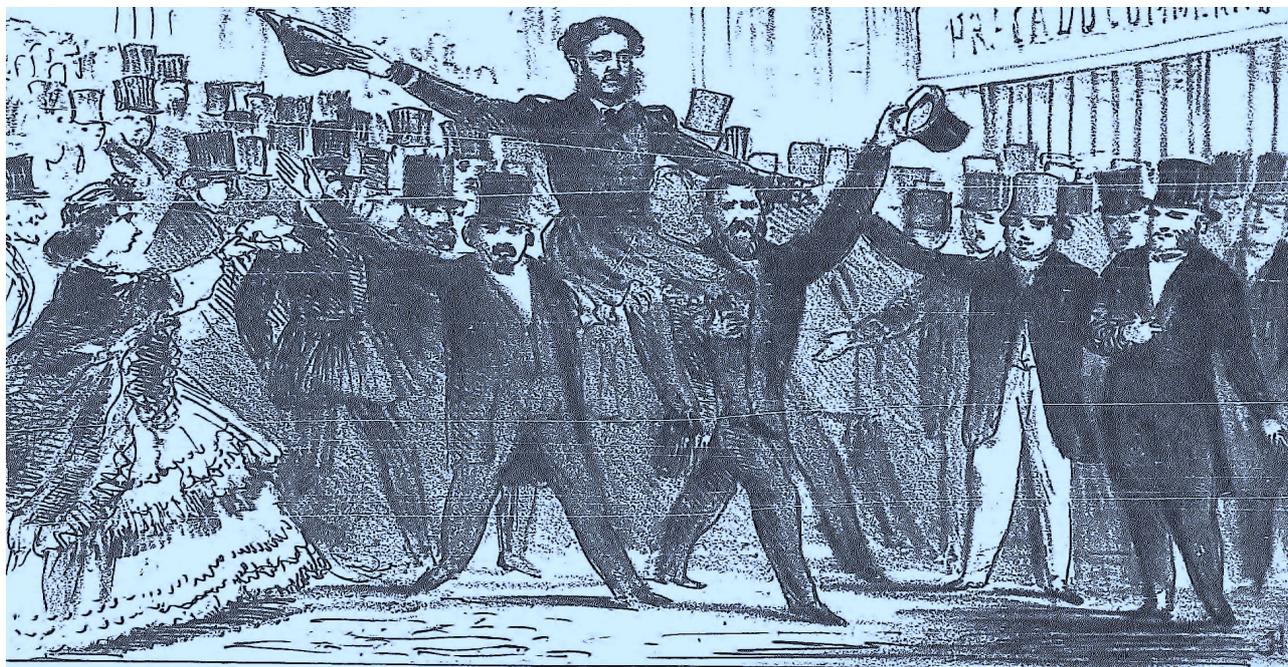
Figura 22: Tenente Mariz e Barros no momento da intervenção cirúrgica sem anestesia. Está sendo segurado para que supere a dor. Detalhe para o cigarro em uma de suas mãos. No fundo, à direita, um homem cobre os olhos. No chão, uma caixa com instrumentos cirúrgicos (*Semana Illustrada*, 1866, FBN).



O cemiterio de Corrientes.

1 Sepultura do guarda-marinha João Maria da Silva Coutinho. 2 sepultura do 1º tenente A. C. Mariz e Barros. 3 sepultura do brigadeiro Mello. 4 sepultura do capitão Remigio de Sena Pereira. 5 mausoléu de um argentino. 6 sepultura de um outro argentino. 7 cabildo da C. de Corrientes, na praça 25 de Maio. 8 convento dos carmelitas, na mesma praça.

Figura 23: Cemitério de Corrientes em que Mariz e Barros foi sepultado (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).



O 1º TENENTE MARIZ E BARROS.

O povo o toma nos braços como ao filho querido da victoria. Doce recompensa que encheria a alma do valente, se ella já não estivesse cheia pela consciencia do dever.

Figura 24: Mariz e Barros no braços do povo. Encenação de como o tenente seria recebido no Brasil caso não tivesse morrido na Argentina (*Semana Illustrada*, em 1865 -?-, FBN).

A cólera em tempos de paz e de guerra



Figura 25: Pedro II visita uma enfermaria de coléricos, provavelmente, durante a epidemia de 1855 (IHGB).

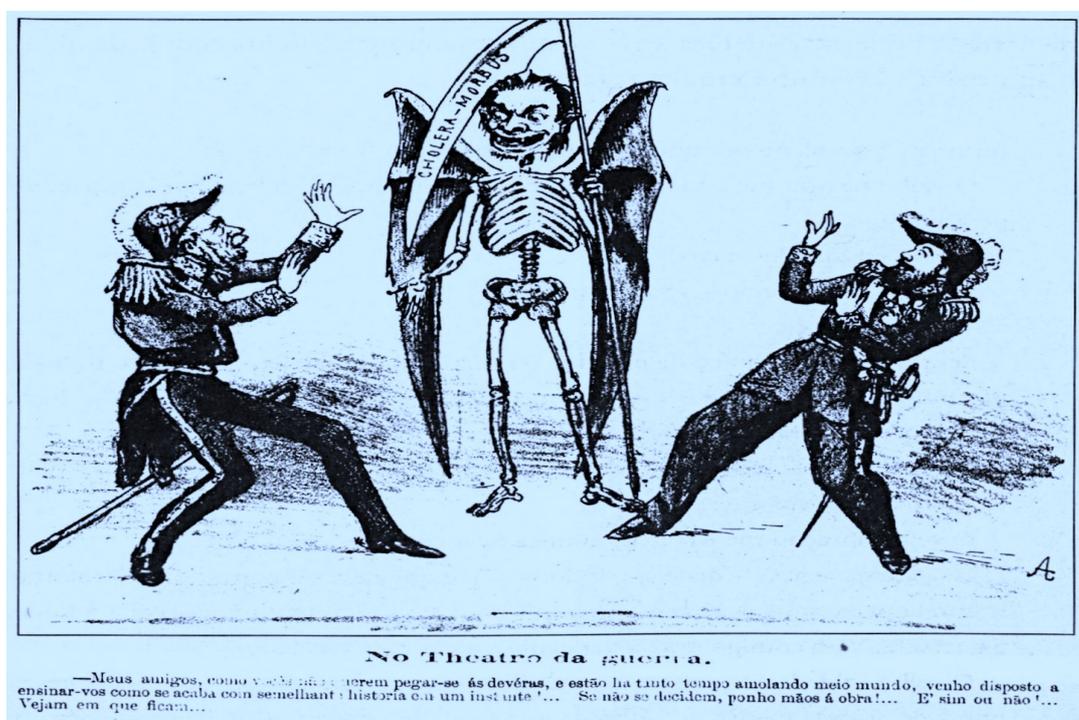


Figura 26: Caxias e López assustados com a presença da cólera na guerra (DORATIOTO, Francisco. *Maldita guerra: nova história da Guerra do Paraguai*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002).

Médicos do corpo de saúde do exército

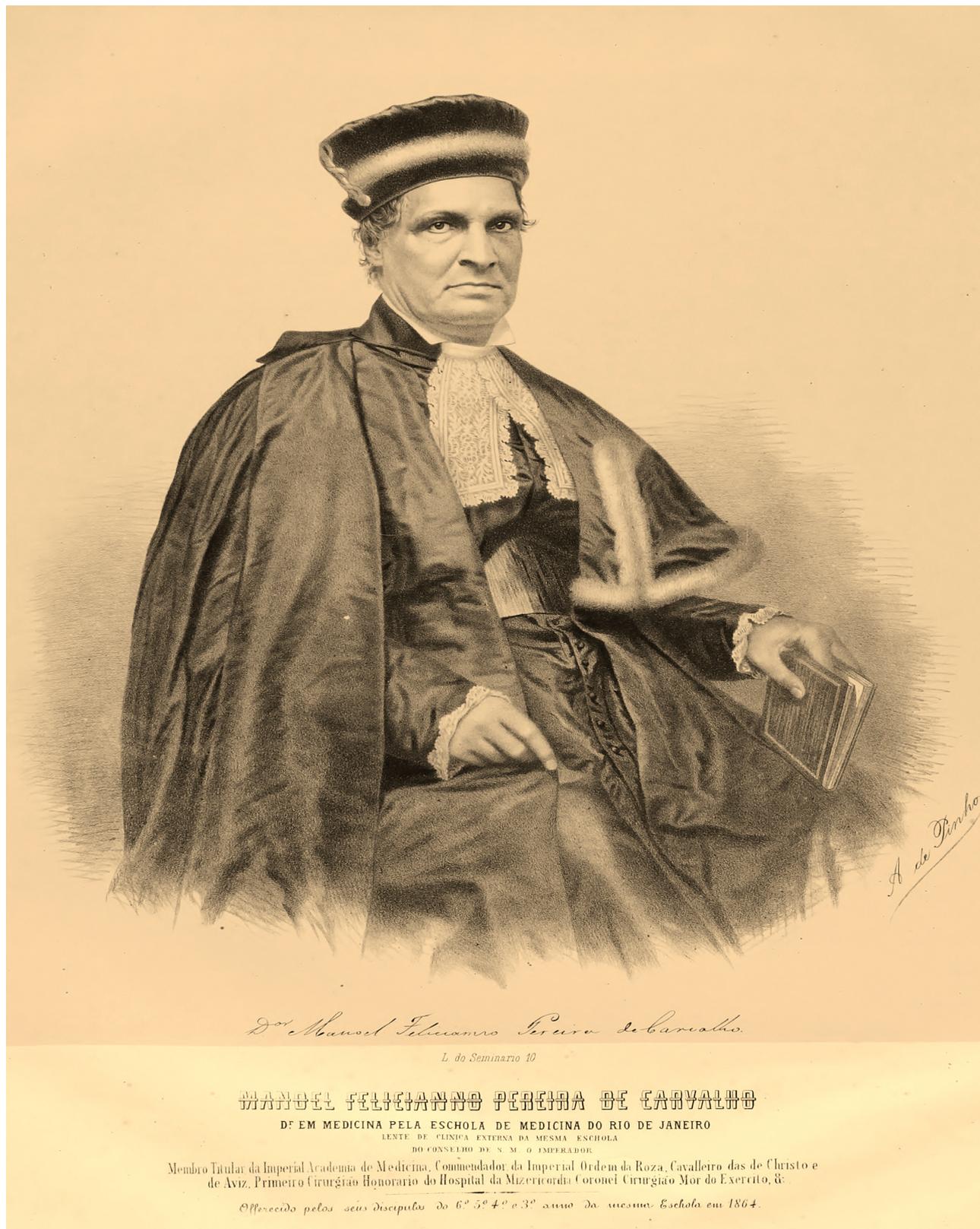


Figura 27: Manoel Feliciano Pereira de Carvalho, cirurgião-mor do exército. Estudioso, segura um livro com a mão esquerda (1864, IHGB).



Figura 28: José Ribeiro de Souza Fontes. Assumiu a chefia do corpo de saúde do exército, em 1867, após o falecimento de Manoel Feliciano Pereira de Carvalho (1865, IHGB).



Figura 29: Policarpo Cesário de Barros, cirurgião-mor de brigada. Exposição ao fogo inimigo na batalha de Tuiuti (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).



Figura 30: Platão José Alves Rigaud, 2º cirurgião (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



Figura 31: Manoel José de Oliveira, cirurgião de brigada (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



Figura 32: Brás Martins dos Guimarães Bilac, 1º cirurgião do hospital militar de Corrientes (*Semana Illustrada*, 1869, FBN).



Figura 33: Medicina e espada: esforço dos Aliados contra o inimigo (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

Cenas da guerra

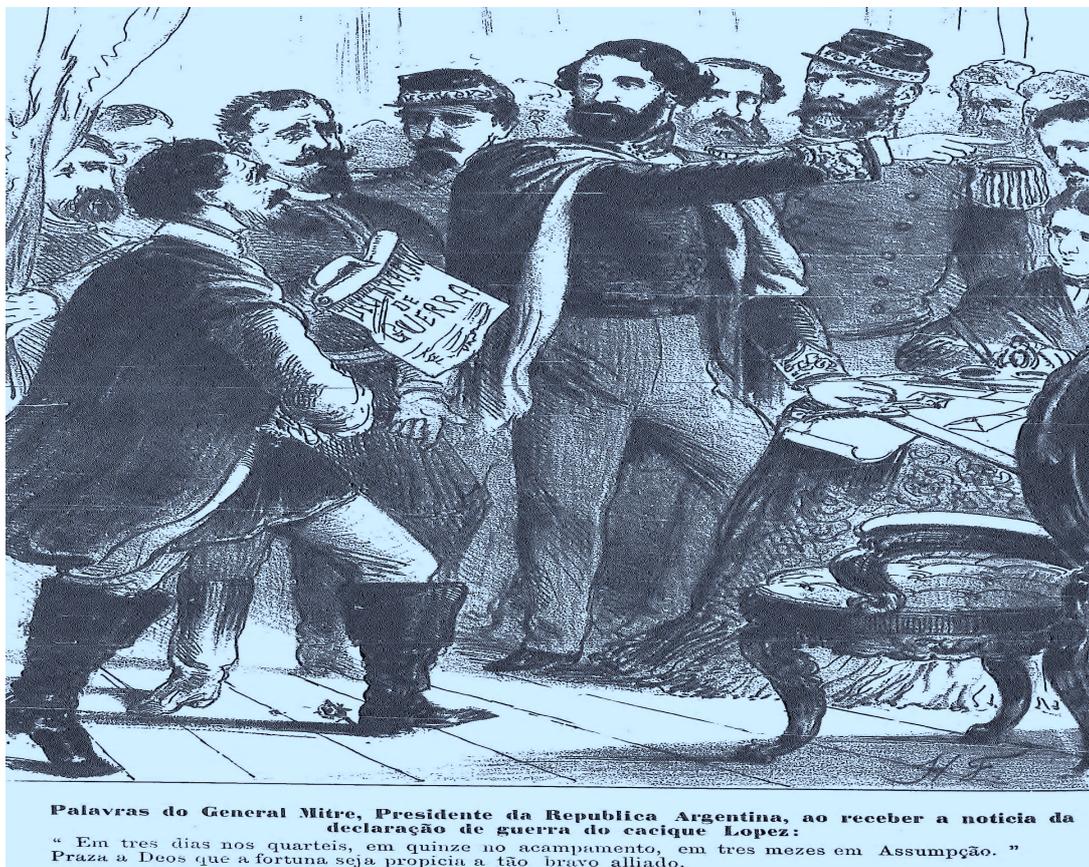


Figura 34: “Em três dias nos quartéis, em quinze no acampamento, em três meses em Assunção”.
Bartolomeu Mitre e a mobilização argentina para a guerra (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



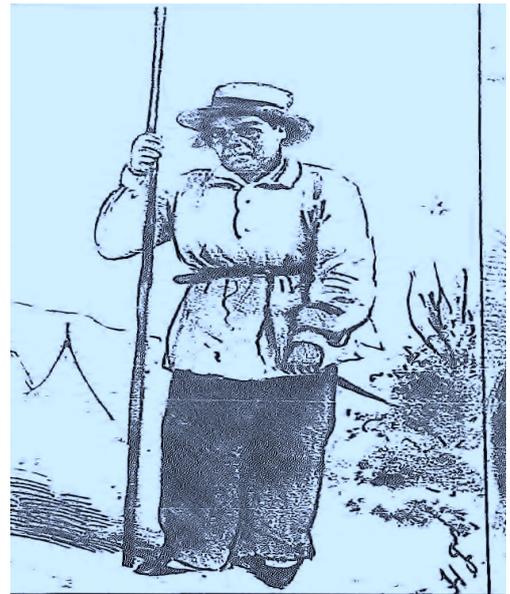
Figura 35: Assinatura do acordo que criou a Tríplice Aliança (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



A Voluntaria da Patria

D. JOANNA FRANCISCA LEAL SOUZA.
Sacudindo a excepção, que a desprendia
Do dever de a mãe patria defender,
Corre ás armas armada em galhardia
P'ra valente entre os bravos combatter.

Figura 36: Joanna Francisca Leal Souza,
voluntária da pátria
(*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



CATALINA, INDIA.

Esta mulher acompanhou sempre o exerci-
cício do general Flores, vestida de homem.
Morreu em Paysandú. O retrato é fiel; foi
copiado de uma photographia.

Figura 37: Catalina, índia. Travestiu-se de
homem e foi à guerra
(*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



CORRENTINOS NO ACAMPAMENTO

Copiados de uma photographia.

Figura 38: Correntinos em trajes típicos (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).



Figura 39: “As Termópilas Brasileiras”. Tomada da fortaleza de Coimbra pelos paraguaios (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

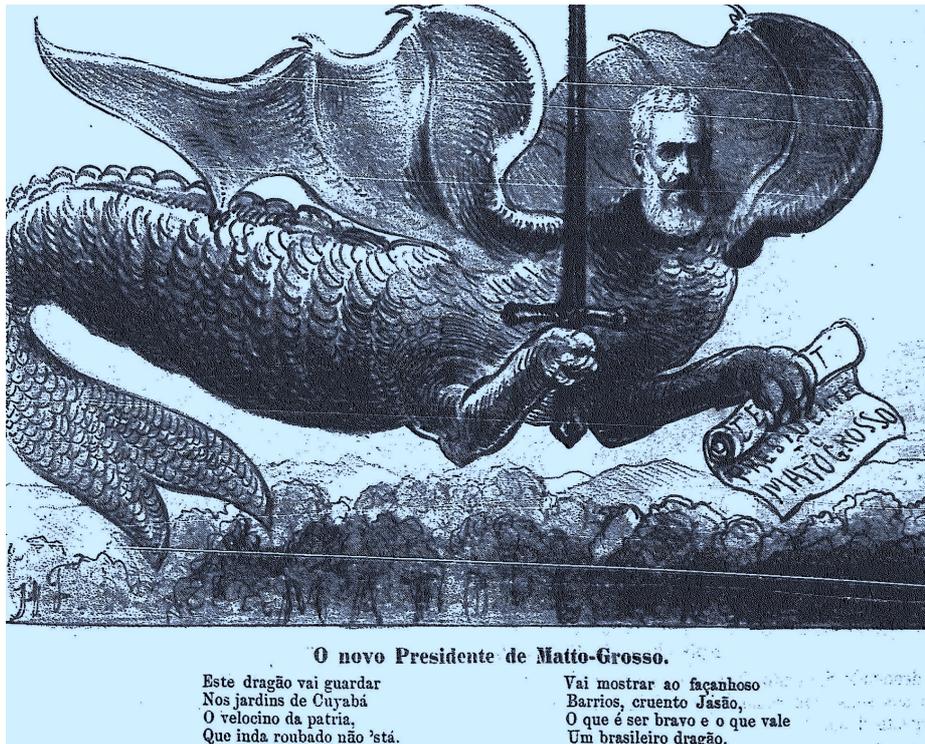
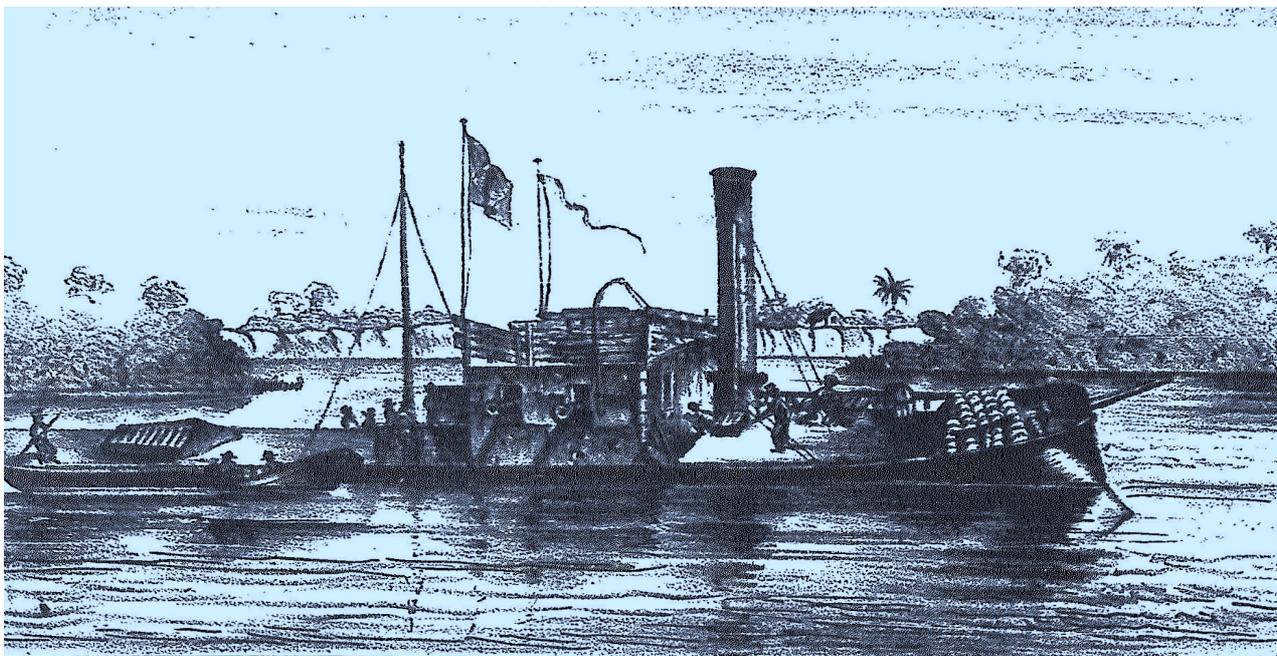


Figura 40: Manuel Pedro Drago nomeado, em 1865, presidente da província do Mato-Grosso. Comandante da coluna expedicionária que protagonizou a “Retirada da Laguna”. (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



Figura 41: *Dr. Semana* – personagem criada pela revista *Semana Illustrada* – aplaude os soldados que embarcam para o envolvimento no conflito no sul do país (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



A canhoneira encouraçada — **Tamandaré** — depois do combate de Curupaity.

Figura 42: *Tamandaré* – canhoneira após a batalha de Curupaity (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).



Derrota dos paraguayos em Jataí no dia 13 de Agosto de 1865.

Figura 43: Derrota paraguaia em Jataí (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).

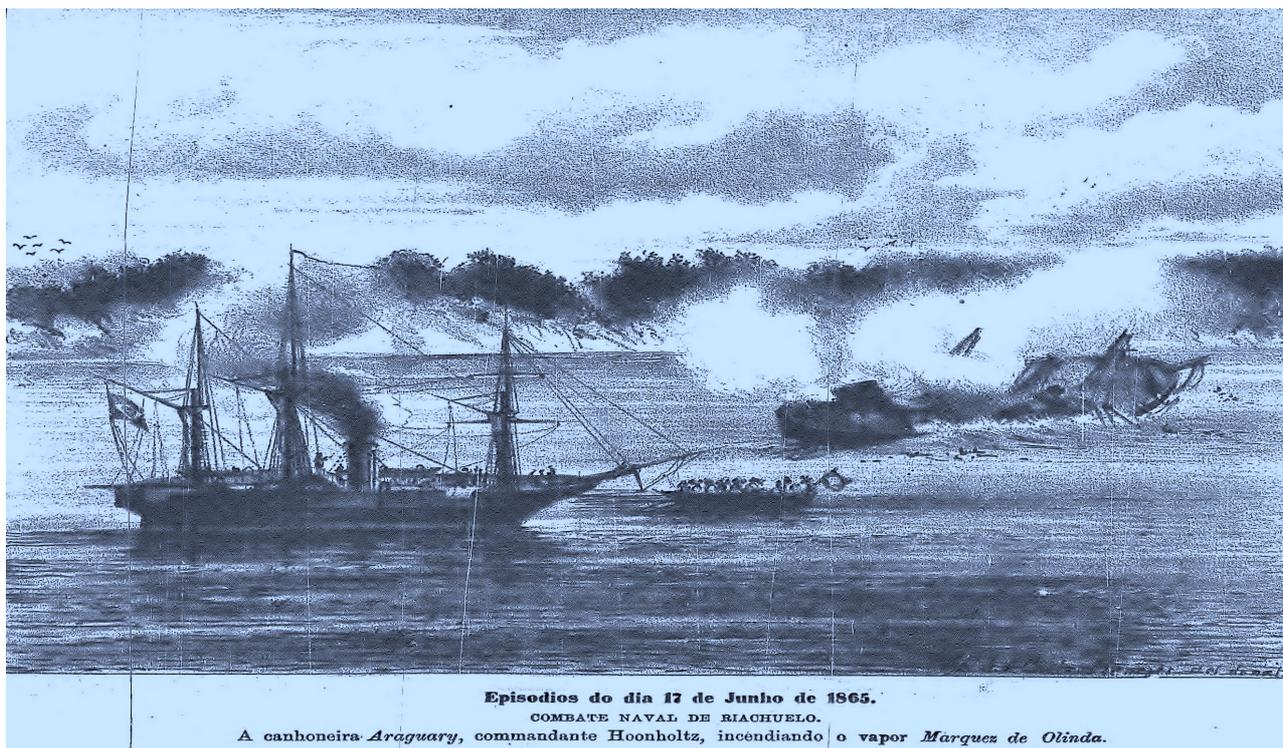
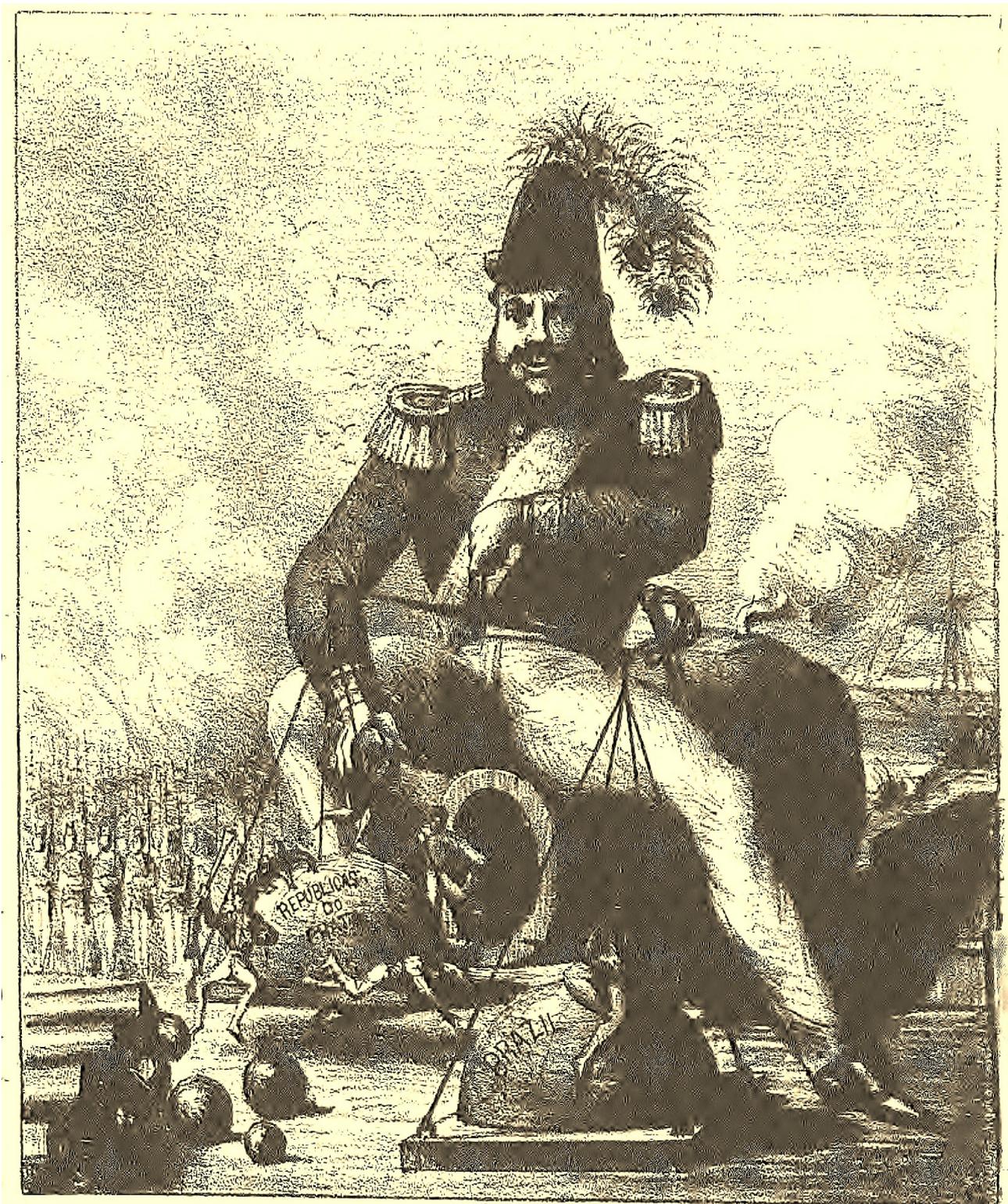


Figura 44: Batalha naval de Riachuelo (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

Francisco Solano López, o ditador



D. Francisco Solano Lopez *equilibrista - mor*

Figura 45: Francisco Solano López, “equilibrista-mor” (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



O TYRANNO DE PARAGUAY.

— Quero representar a lava, destruindo tudo quanto se oppuzer á minha passagem; quero reinar sobre um throno de cadaveres. (*A voz de Lopez*).

— Não te illulas, despota furioso. A tua missão de algoz e cannibal está expirando. Breve pagarás por junto todos os horrores e perversidades, que tens praticado. (*A voz do Brasil*).

Figura 46: “O tirano do Paraguai” (*Semana Illustrada*, 1865, FBN).



PROPHECIA!

Lopez, depois de ver destruida a sua força, encontra-se no campo da batalha com: o fim da guerra, a morte. Assustado, tremulo, está ouvindo a voz rouca, acompanhada do riso diabolico do phantasma, que surge diante dos seus olhos e lhe diz: *Basta; Delenda Paraguay!*

Figura 47: "Profecia" (*Semana Illustrada*, 1867, FBN).

