

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

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

THIAGO DARGAINS RODRIGUES

**A FEBRE AMARELA NO RIO DE JANEIRO E EM BUENOS AIRES NA DÉCADA
DE 1870.**

**Rio de Janeiro
2012**

THIAGO DARGAINS RODRIGUES

**A FEBRE AMARELA NO RIO DE JANEIRO E EM BUENOS AIRES NA DÉCADA
DE 1870.**

Dissertação de mestrado 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 Mestre. Área de
Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Jaime Benchimol

Rio de Janeiro
2012

R696 Rodrigues, Thiago Dargains

A febre amarela no Rio de Janeiro e em Buenos Aires na década de 1870 / Thiago Dargains Rodrigues – Rio de Janeiro: [s.n.], 2012.
124 f .

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2012.
Bibliografia: 109-119 f.

1. Febre Amarela. 2. Saúde pública. 3. Surtos de Doenças. 4. História. 5. Brasil. 6. Argentina.

CDD 616.928

THIAGO DARGAINS RODRIGUES

A FEBRE AMARELA NO RIO DE JANEIRO E EM BUENOS AIRES NA DÉCADA DE 1870.

Dissertação de mestrado 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 Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jaime Benchimol

(Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) – Orientador

Prof. Dr. Flávio Edler (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. André Nunes de Azevedo (UERJ)

Suplente:

Prof^a. Dra. Kaori Kodama (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. Sergio Góes de Paula (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Rio de Janeiro

2012

A Eliane e José Luiz por bancarem essa idéia

AGRADECIMENTOS

Agradeço por ajudar a transformar minhas idéias em dissertação a: Nani e Biluca, que sempre me apoiaram nessa idéia; D. Ita, cujo entusiasmo pelas atividades dos netos é o maior do mundo; Conceição, pelo quiabo e pelo espinafre; e Dudu, que se foi no mesmo dia em que toda essa aventura começou.

Agradeço também às Julianas: a Dargains, pelo amor incondicional; a Tinoco, por cuidar da minha saúde e do meu coração; e a Pepino, pelo companheirismo, incentivo e revisão dos textos.

A Coty, Bel, Jorge, Abby e Sof por tornarem Buenos Aires ainda mais querida e me apresentarem ao Desnível.

À família Dargains por me trazer tudo de bom e mais um pouco que um grupo de pessoas poderia dar a um indivíduo.

Ao meu orientador Jaime Benchimol, que aturou meus *chororôs* por dois anos e meio. Aos professores que participaram dessa jornada e também aos amáveis funcionários da secretaria da COC, Cláudia e Paulo.

À Fundação Oswaldo Cruz pela bolsa de estudos a mim concedida; fundamental para a realização dessa dissertação

À cidade maravilhosa e à terra dos bons ares por servirem de inspiração para esse trabalho.

A todos os amigos e familiares que não foram citados nominalmente.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1 - Rio de Janeiro e Buenos Aires na década de 1870.....	6
Capítulo 2 – As epidemias de febre amarela de Buenos Aires em 1871 e do Rio de Janeiro em 1873.....	22
2.1 - Introdução.....	22
2.2 - Historiografia sobre as epidemias.....	24
2.3 - Os atores.....	28
2.4 – A epidemia de Buenos Aires em 1871.....	32
2.5 – A epidemia do Rio de Janeiro em 1873.....	43
2.6 – A epidemia de Buenos Aires na imprensa diária.....	48
2.7 – A imprensa diária do Rio de Janeiro na epidemia de 1873.....	57
2.8 – Conclusões.....	63
Capítulo 3 – A febre amarela dentro dos muros da corporação medica do Rio de Janeiro e de Buenos Aires (1870-1880).....	66
3.1 – A febre amarela nas teses de doutoramento das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Buenos Aires.....	66
3.2 - A febre amarela nos Annaes Brasilienses de Medicina e na Revista Médico-Quirúrgica (1870-1880).....	84
Conclusão.....	105
Fontes e Referências.....	109

Apêndice 1	120
Quadros de mortes mensais por febre amarela no ano de 1871 em Buenos Aires e no ano de 1873 no Rio de Janeiro.....	120
 Apêndice 2	 120
Quadro de mortalidade no primeiro semestre de 1871 em Buenos Aires segundo Mardoqueo Navarro.....	120
 Iconografia	 121

RESUMO

Este trabalho discute, a partir de duas epidemias de febre amarela ocorridas em 1871 e 1873, a maneira como essa doença afetou as cidades de Buenos Aires e do Rio de Janeiro na década de 1870. Essa análise foi feita através da descrição da face urbana, das epidemias e das reações da população e dos atores políticos dessas cidades perante o mal. Busca-se também mapear o discurso médico sobre a febre amarela nos dois principais órgãos científicos dessas cidades: a Academia Imperial de Medicina no Rio de Janeiro e a *Asociación Médica Bonaerense* em Buenos Aires.

As fontes utilizadas para esse trabalho foram os periódicos de grande circulação dessas duas cidades em tempos de epidemia: os Relatórios do Ministério de Negócios do Império, que contém os relatórios do presidente de Junta Central de Higiene e o relatório apresentado por conta da epidemia de febre amarela de 1871 em Buenos Aires, as publicações da Academia Imperial de Medicina e da *Asociación Médica Bonaerense*, Relatórios da *Junta de Sanidad del Puerto* e do *Consejo de Higiene*, além de leis, ordenanças, atas e posturas relacionadas à higiene no Rio de Janeiro e em Buenos Aires.

Aponta-se para a diferença das reações dos órgãos governamentais e das populações de Buenos Aires e Rio de Janeiro perante a febre amarela. Para a diferença na significação e na produção de conhecimento local sobre doença entre argentinos e brasileiros, bem como algumas semelhanças nas relações entre os órgãos responsáveis pela higiene e os entes políticos por executarem suas sugestões nessas cidades.

Palavras chave. 1. História 2. Febre amarela 3. Rio de Janeiro 4. Buenos Aires 5. Higiene 6. Brasil 7. Argentina.

ABSTRACT

This dissertation discusses how yellow fever affected Buenos Aires and Rio de Janeiro in the 1870's. The starting point for this analysis was two epidemics of this disease, one in Rio de Janeiro in 1873 and another in Buenos Aires in 1871. It was made through the description of the urban face, the epidemics, the reaction of both population and political actors of those cities in the period. This dissertation also maps the medical discourse generated in the main scientific institutions of those two cities at the time: The Imperial Academy of Medicine, in Rio de Janeiro and The Medical Association of Buenos Aires.

The sources used in this dissertation were newspapers of citywide circulation in times of epidemic, the reports of the Business Ministry of the Brazilian Empire, which contains the report of the president of the organ responsible for the matters of hygiene in the Court and the report presented to this same organ due to the epidemic of yellow fever in Buenos Aires in 1871. Scientific journals published by The Imperial Academy of Medicine of Brazil and The Medical Association of Buenos Aires. Reports from the institutions that were responsible for fostering harbor safety and hygiene in Buenos Aires. Postures, acts and ordinances related to hygiene in Rio de Janeiro and Buenos Aires.

The conclusion points towards the differences of the reactions of the governmental institutions and population of those two cities in face of the disease. To the differences in signification and production of local knowledge about yellow fever between Argentineans and Brazilians, as to some similarities in the relationship between the organs responsible for creating hygiene policies and the ones responsible for executing them.

Keywords: 1. History 2. Yellow fever 3. Rio de Janeiro 4. Buenos Aires 5. Hygiene 6. Brazil 7. Argentina

INTRODUÇÃO.

O objetivo deste trabalho é discutir, a partir de duas epidemias de febre amarela ocorridas em 1871 e 1873, a maneira como essa doença afetou Buenos Aires e o Rio de Janeiro. Também foi objeto de comparação o discurso médico produzido no Brasil e na Argentina sobre a febre amarela na década de 1870.

A febre amarela era considerada uma doença dos climas quentes; sua manifestação em forma endêmica era considerada sinal de atraso civilizatório. Suas epidemias tinham o significado de falhas na higiene da cidade. Apresentava a característica peculiar de fazer vítimas independentemente da condição social ou de raça, ao contrário de outras doenças como a varíola e a peste. Talvez por isso fosse considerada uma moléstia mais grave que as doenças anteriores.

Na década de 1870, em meio aos movimentos de imigração maciça de europeus para a América do Sul, a febre amarela se tornou um sério problema para o Brasil, um grande obstáculo para a substituição da mão de obra do negro africano pelo europeu (Chaloub, 1996). A escolha dessa doença como chave interpretativa ilustra uma das diferenças que separavam Rio de Janeiro e Buenos Aires de então: a oposição entre a cidade tropical e a cidade de clima temperado.

Marc Bloch pensava a história comparada como o estudo de dois ou mais fenômenos que parecessem, à primeira vista, apresentar certas analogias entre eles, em um ou vários meios sociais diferentes. De preferência, Bloch propunha estudar paralelamente sociedades vizinhas e contemporâneas, sociedades sincrônicas, próximas umas das outras no espaço (Prado, 2005, p.17).

Para desenvolver as hipóteses contidas nesse trabalho segui as proposições de Bloch de descrever as curvas de evolução dos objetos de estudo, constatar as semelhanças e as diferenças e, na medida do possível, explicá-las à luz da aproximação entre esses mesmos objetos (Prado, 2005, p. 17). Apoiado na perspectiva diferenciadora desenvolvida por Charles Tilly para sintetizar o comparatismo histórico (Barros, 2007, p. 17-18), foquei meu trabalho em chegar a conclusões sobre os diferenciais de cada caso examinado.

Essas opções teórico-metodológicas ajudaram a responder às principais questões que direcionaram este trabalho: de que modo a mesma doença afetou duas sociedades contemporâneas e próximas no espaço? Quais as diferenças das reações da sociedade do Rio de Janeiro, que convivia com epidemias de febre amarela quase que anuais desde a década de 1850, e da sociedade de Buenos Aires, que fora visitada anteriormente apenas três vezes pela doença ao longo de sua história? Quais eram as diferenças nos discursos de médicos brasileiros e argentinos sobre a febre amarela?

O problema comum a ambos os casos é a febre amarela, doença que durante o corte temporal escolhido nessa dissertação (1870-1880) atacou uma vez Buenos Aires e atacou o Rio de Janeiro por outras três vezes. A partir do estudo dessa doença dentro dos contextos das capitais de Brasil e Argentina, pretendo responder às questões que nortearam este trabalho.

Durante o século XIX a febre amarela foi sinal de atraso civilizatório; doença ligada aos climas tropicais, grassava no Brasil e atacava principalmente ao imigrante não adaptado ao clima quente. Como veremos durante a década de 1870 a 1880, Brasil e Argentina disputavam a atração de imigrantes europeus, por isso a profilaxia da febre amarela se tornou prioridade de saúde pública, principalmente no caso brasileiro. A escolha dessa doença para linha mestra dessa dissertação se justifica não só por ser conhecida por atacar o imigrante e influenciar em sua escolha de local de pouso, mas também porque suas epidemias induziram a mudanças no comportamento das sociedades de Rio de Janeiro e Buenos Aires ao longo da segunda metade do século XIX.

O primeiro capítulo apresenta o cenário de duas epidemias de febre amarela. Descrevo as faces urbanas e as condições telúricas de Rio de Janeiro e Buenos Aires, fatores que segundo a lógica médica da época tinham papel preponderante no surgimento de epidemias. A descrição do primeiro capítulo ajuda a ilustrar alguns dos fatores que médicos consideravam necessários ao surgimento de epidemias.

O objetivo aqui é traçar a trajetória dessas cidades até a década de 1870 a 1880 para facilitar a compreensão das análises feitas nos capítulos dois e três sobre as epidemias e a discussão médica acerca da febre amarela.

No Rio de Janeiro os principais vilões que atentavam contra a saúde pública eram as montanhas que cercavam o centro e impediam a circulação do ar, os terrenos pantanosos e

alagadiços sob os quais a cidade fora construída e as altas temperaturas que assolavam a cidade durante quase todo o ano.

Já Buenos Aires era plana e possuía clima temperado, porém a proximidade com o Riachuelo, considerado fonte de emanação de miasmas, a falta de um sistema de esgotos e os aterros da cidade feitos com lixo eram considerados os principais fatores que atentavam contra a salubridade nessa cidade.

O primeiro capítulo trata também das condições de habitação das classes mais pobres, locais que em ambas as cidades também foram tachados como fonte de emanação de miasmas e locais de surgimento de epidemias.

Além disso o capítulo descreve as sociedades de cada uma dessas cidades. No caso do Rio de Janeiro além do contraste entre riqueza e pobreza havia também a questão da escravidão. Em Buenos Aires a maioria da população era formada por nativos e imigrantes europeus recém chegados.

Ambas as sociedades partilhavam de algum tipo de herança ibérico-arabesca. As maiores semelhanças se encontravam no trato com as mulheres: cariocas e portenhas pouco saíam de casa, seu espaço de sociabilidade era muito limitado, graças não só às pressões sociais, como também à maneira que eram construídos os locais em que habitavam.

O capítulo um mostra ainda as inovações que ocorreram no campo dos transportes nessa década: tais inovações possibilitaram o início do processo de expansão dessas duas cidades. Através dos trilhos dos bondes e trens foi possível à população abastada habitar os subúrbios e trabalhar no centro da cidade todos os dias. Os meios de transporte facilitaram também a articulação entre os portos de Rio de Janeiro e Buenos Aires com suas hinterlândias.

As ferrovias tiveram papel primordial durante a época das epidemias: através delas a população abastada do Rio de Janeiro podia veranejar em Petrópolis com maior conforto, e os ricos de Buenos Aires puderam se refugiar da epidemia na cidade de Flores.

Por último este capítulo registra a existência de planos de melhoramentos para as capitais de Brasil e Argentina desenvolvidos na década de 1870.

No segundo capítulo acompanharemos de perto as epidemias de febre amarela do Rio de Janeiro de 1873 e de Buenos Aires de 1871. O principal objetivo deste capítulo é

mostrar como a teoria médica da época foi posta em prática para combater a doença e a reação da sociedade em cada um dos casos.

Esboço também as relações entre as várias autarquias de poder, os órgãos e os responsáveis por zelar pela saúde da população em cada um dos casos. Veremos que em cada caso havia um arranjo bastante específico, que, no caso da Argentina, levou ao uso da epidemia como arma política.

A reconstrução de passagens da epidemia e desses arranjos foi possível graças ao uso das publicações dos órgãos responsáveis pela higiene, à imprensa leiga diária e a trabalhos de médicos da época que versam sobre a febre amarela.

Como já citamos anteriormente, esse capítulo aprofunda a idéia de que a febre amarela era um grande impeditivo para a imigração. Outro fator interessante que levantam são as diferentes maneiras como a origem da doença é tratada em cada um dos casos, e quais órgãos ou pessoas devem ser responsabilizados pelo acontecimento das epidemias estudadas.

Esse capítulo coloca em perspectiva as epidemias de 1871 e 1873, ainda que não seja possível colocá-las no mesmo nível de grandeza. Em Buenos Aires foram aproximadamente 13.600 mortos contra 3.600 no Rio de Janeiro. Procurei iluminar semelhanças e principalmente diferenças na maneira como a doença afetou as sociedades e sobretudo na resposta das últimas à febre amarela.

Tento aqui responder uma das questões que direcionou esse trabalho: por que tamanha diferença no número de mortos entre as epidemias? A principal hipótese levantada é de que a familiaridade que os médicos e sociedade carioca possuíam com a doença colaborou para mitigar o número de mortos.

Veremos ao longo do segundo capítulo que a população do Rio de Janeiro parecia haver naturalizado a doença, enquanto que em Buenos Aires não. Essa diferença se materializou na total desorganização da vida na capital da Argentina durante a epidemia de 1871, enquanto que a capital do Brasil aparentava manter suas atividades normalmente na estação calma de 1873 como narro neste capítulo.

No último capítulo pretendo responder à principal questão dessa dissertação: se havia diferença nos discursos médicos argentino e brasileiro sobre a febre amarela na década de 1870 a 1880. As fontes usadas para tal foram as teses de doutoramento que pude

encontrar, produzidas por estudantes de medicina das faculdades do Rio de Janeiro e de Buenos Aires e os dois principais periódicos médicos editados nessas cidades à época.

Ao longo desse terceiro capítulo narro as similaridades e particularidades do discurso de médicos brasileiros e argentinos sobre a doença. A hipótese que levanto, novamente, é que a maior experiência de médicos brasileiros com a doença gerou respostas diferenciadas em cada um dos casos. Assim nesse capítulo descrevo uma série de proposições, executadas ou não, pelas autoridades médicas dessas cidades relativas à profilaxia e tratamento da febre amarela.

A falta de acordo entre médicos no que se relaciona ao agente causador, técnicas de profilaxia e cura para a febre amarela é algo que busquei explorar ao máximo nesse capítulo. Aqui será possível encontrar as discussões que pautaram os três tópicos citados acima dentro dos muros da academia médica.

A análise das fontes permitiu também ilustrar alguns pontos importantes sobre a organização dos serviços de saúde e higiene de cada uma dessas capitais. A relação entre os vários entes que legislavam e agiam nesse campo eram quase sempre bastante atribuladas.

O terceiro capítulo ilustra também a participação de médicos e estudantes de medicina do Rio de Janeiro e de Buenos Aires na rede internacional de conhecimentos. Através da análise das teses, e principalmente dos periódicos, fui capaz de chegar a conclusões acerca da origem das técnicas terapêuticas mais usadas no combate da febre amarela e sobre a escola de pensamento hegemônica nas corporações médicas do Rio de Janeiro e de Buenos Aires.

1. Rio de Janeiro e Buenos Aires na década de 1870.

As décadas de 1850 a 1870, são tratadas pela historiografia argentina como período de transição entre a fase criolla e a fase patricia da cidade de Buenos Aires. (Devoto e Fausto, 2004)

Este período começa em 1852, após o fim da Batalha de Caseros e a deposição de Juan Manuel Rosas, ditador que governou as províncias unidas com um projeto político centralizador por aproximadamente trinta anos. E termina com a federalização de Buenos Aires, em 1880, um dos fatores responsáveis pela grande intervenção urbanística, comandada por Torquato de Alvear¹ nessa cidade.

No início da década de 1870, Buenos Aires era a capital provisória da Federação Argentina². Lá estava o principal porto de exportação e importação. Era também o principal centro urbano da Federação e da Província, onde residia a maioria esmagadora da população de ambos.

Graças ao dinamismo da economia de sua *hinterlândia* e a seu porto, Buenos Aires foi o local onde se estabeleceram os principais bancos e casas comerciais nacionais e internacionais. Ainda que não fosse a capital definitiva da Confederação Argentina, essa cidade funcionava como seu principal centro econômico e comercial.

Desde os tempos da colônia seu porto teve grande importância geopolítica. Os colonos abandonaram o sítio da primeira fundação da cidade, em 1553, devido aos constantes ataques de índios e à falta de meios para sobrevivência. A segunda expedição colonizadora em 1580, liderada por Juan de Garay, estabeleceu o domínio espanhol definitivo no estuário do Prata. (Scoobie, 1974)

Aquele porto tornou-se a porta de entrada e saída de contrabando para o Potosí, desde o século XVI principal fonte de prata do Império Espanhol. Por Buenos Aires eram introduzidos escravos negros e panos do norte da Argentina. Em troca os comerciantes recebiam prata, que segundo Canabrava (1984), muitas vezes acabavam na cidade do Rio de Janeiro, tamanhos eram os laços econômicos destas cidades.

¹ Prefeito de Buenos Aires a época da reforma urbana

² Através de acordo assinado em 1853, a cidade de Buenos Aires comprometeu-se a abrigar as autoridades e ser capital provisória da Confederação Argentina até que o Congresso escolhesse a nova capital permanente. Ver página 46 dessa dissertação para mais detalhes.

Introduzir mercadorias no Potosí por Buenos Aires, além de evitar os impostos, era mais prático do ponto de vista logístico. O caminho terrestre entre o estuário do Prata e a região das minas era menos acidentado e menos suscetível ao ataque de índios, do que o caminho entre o porto oficial espanhol de El Callao, próximo onde hoje fica a cidade de Lima, no Peru. (Canabrava, 1984)

A capitalidade³ de Buenos Aires desenvolveu-se assim ao longo dos trezentos anos que separam sua fundação do período que tratarei. Em 1870, era o maior porto da América do Sul, e o terceiro do mundo em tonelagem movida (Scobie, 1974)⁴. A cidade também foi pioneira nos movimentos de independência da Coroa Espanhola, em 1810 (Devoto e Fausto, 2004).

Mesmo com um porto extremamente movimentado, os cronistas descrevem a cidade, na década de 1870, como muito semelhante a uma vila do interior. Ruas de terra batida com aspecto sujo, silenciosas e pouco movimentadas. O movimento mais intenso restringia-se a alguns quarteirões do centro comercial da cidade (Scobie, 1974; Radovanovic, 2001).

O Rio de Janeiro da década de 1870, do ponto de vista urbanístico, ainda era uma cidade com forte tradição luso-arabesca, de muitos contrastes nas ruas, onde senhores bem vestidos disputavam espaço com escravos maltrapilhos. As ruas exibiam o mesmo calçamento, os mesmos cheiros e mesmo movimento frenético da zona central da cidade que Dom João VI conheceu.

A cidade foi fundada por portugueses em 1565 com o objetivo de apoiar a guerra de expulsão dos franceses localizados na Ilha de Villegaignon. Cumprido este objetivo, permaneceu restrita ao Morro do Castelo por alguns anos, devido aos pântanos e terrenos alagadiços que cercavam esse marco urbano. Anos mais tarde foram feitos investimentos para que a cidade “descesse o morro”, e assim tornou-se possível habitar as zonas planas (várzeas) próximas ao Morro do Castelo. A Baía da Guanabara, com seu litoral calmo, bem guardado e piscoso, tornou-se um dos mais movimentados portos do mundo⁵ entre os séculos XVIII e XX (Santos, 1993).

³ Sobre esse conceito ver Azevedo (2002)

⁴ Só perdia para Liverpool na Inglaterra e Nova Iorque nos Estados Unidos.

⁵ Era o segundo porto mais movimentado da América do Sul, atrás apenas do de Buenos Aires.

Era ponto de parada e aguada para os navios do tráfico de escravos. A importância geopolítica deste porto fez com que muitas das principais fortunas do tráfico se radicassem na cidade, onde gozavam de razoável liberdade política e de comércio (Fragoso e Florentino, 1998). No Rio de Janeiro desenvolveram-se também importantes grupos mercantis relacionados ao abastecimento de gêneros alimentícios; os mercadores e o resto da população livre eram conscientes de seus direitos políticos⁶, formando o que se convencionou chamar de uma cidade de colonos, apesar do pacto colonial (Rodrigues, 2002).

A junção de homens de negócios com razoável liberdade política e mercantil levou a cidade a desenvolver forte capitalidade ao longo dos séculos XVII e XVIII, e assim tornou-se pólo de atração e principal fornecedora de escravos tanto para as lavouras do nordeste quanto para as minas da América espanhola. Mantinha intercâmbio especialmente intenso com a cidade de Buenos Aires (Canabrava, 1984).

A transferência da sede do vice-reino de Salvador para o Rio de Janeiro em 1763 ajudou a aumentar o magnetismo desta cidade. Agora convergiam para ela representantes da coroa, o que aumentou a demanda por cultura e o padrão material. Além disso, a transferência acarretou melhor controle da Coroa sobre os grupos⁷ radicados na cidade (Rodrigues, 2002)

É sobre essas bases que em 1808 o Rio de Janeiro torna-se capital do Império Ultramarino Português. A chegada de D. João VI abalou as estruturas locais. Durante a permanência do rei português teve origem parte do tecido urbano que iremos estudar na década de 1870.

Em 1870 Buenos Aires contava com aproximadamente 180.000 habitantes. Os limites da área urbana eram marcados ao norte pela Plaza de Marte, - hoje Plaza San Martín - , dez quadras ao norte da praça central da cidade. Ao sul, pela Plaza Constitución, a doze quadras do centro. A oeste, o eixo da Avenida Callao, a apenas cinco quadras da praça central. A leste, o Rio da Prata que margeava a zona urbana. (Scoobie, 1974)

⁶ O episódio conhecido como Revolta da Cachaça serve como exemplo de mobilização da população e de consciência política.

⁷ Me refiro aos mesmo grupos da nota anterior, que enfrentavam a ordem do pacto colonial. Principalmente traficantes de escravos radicados na cidade e proprietários de terra ligados a produção para o mercado interno.

Essa cidade então ocupava apenas algumas quadras a mais do que o traçado original de Garay, em forma de tabuleiro de damas⁸ (Radovanovic, 2001). A principal diferença da cidade de Garay para a de 1870 era a praça central que, na metade do século XIX, foi deslocada para a Plaza de Mayo/Plaza Victoria, algumas quadras ao norte do traçado original. (Radovanovic, 2001)

A tradição colonial espanhola estabelecia a praça central como ponto focal de suas cidades (Scobie, 1974), em Buenos Aires não foi diferente. A atual Plaza de Mayo era dividida em duas praças, separadas por um grande edifício chamado Recova Vieja⁹. Mais próximo ao Rio da Prata estava a Plaza 25 de Mayo, onde se encontravam o que viria a ser o palácio de governo, atual Casa Rosada que na época era um pavilhão do forte que defendia a cidade; o Congresso, que possuía apenas uma plenária e abrigava ambas as câmaras, o que obrigava as casas a ter sessões em dias alternados; o antigo Teatro Colón que recebia as principais companhias de ópera e ballet da Europa; e o Grande Hotel Argentino, principal local de pouso para ricos e autoridades de fora da cidade. A leste à margem do Rio da Prata, estava localizado o píer de carga e o antigo edifício da alfândega do porto (Radovanovic, 2001; Scoobie, 1974).

Oposta à Recova Vieja, ou a oeste, encontrava-se a Plaza Victoria, onde se erguia o Cabildo, antiga casa das autoridades coloniais, transformado então (década de 1870) em prédio administrativo das autoridades da cidade. Nesta praça encontrava-se também a Catedral, que ao longo da década de 1870 passaria por reformas, ganhando suas feições atuais com elementos clássicos na fachada (Radovanovic, 2001; Scoobie, 1974).

Essas duas praças, que, mais tarde formariam a Plaza de Mayo, eram o ponto central da cidade na década de 1870. Reunia os principais edifícios do poder público executivo e legislativo, o principal teatro e a catedral. Já então os protestos políticos aconteciam naquele local, cujo magnetismo se deve à tradição urbanística espanhola.

Próximo as estas praças ficava o centro intelectual da cidade e a residência das elites. A rua Perú constituía uma das vertentes da Manzana de Las Luces, ou quarteirão das luzes, do qual faziam parte a Igreja de Santo Inácio, com o Colégio Santo Inácio dirigido por jesuítas; o Colégio Nacional de Buenos Aires, responsável, a partir de 1863, por formar

⁸ Fruto das ordenações filipinas para a fundação de cidades nas colônias.

⁹ Esse edifício abrigava lojas e oficinas de artesãos.

as elites da Argentina; e o antigo edifício da Universidad de Buenos Aires, fundada em 1821 (Scoobie, 1974).

Na mesma região, principalmente nas ruas Peru e Defensa, avistavam-se as moradias da elite política e financeira buenairense, que fiel à tradição colonial, residia nas proximidades da praça central, nos quarteirões ao sul das Plazas 25 de Mayo e Victoria (Scoobie, 1974).

A população mais humilde vivia em situação bem diferente. Formada em grande parte por imigrantes que não podiam arcar com moradias unifamiliares, os trabalhadores muitas vezes recorriam aos conventillos, tipo de habitação similar aos cortiços do Rio de Janeiro. Famílias inteiras habitavam um pequeno cômodo, em geral pobremente mobiliado, apenas com a cama do casal, uma pequena mesa, alguns bancos e um fogareiro pra o preparo de alimentos (Scoobie, 1974).

A vida nos conventillos era considerada tão insalubre quanto nos cortiços e estalagens do Rio de Janeiro. A falta de saneamento básico, instalações de banho, coleta de lixo e limpeza transformava esses lugares nos principais focos de epidemias da cidade.

Em situação um pouco melhor se achavam os artesãos e funcionários públicos. Os primeiros costumavam habitar em anexos de suas lojas, com melhores condições materiais e sanitárias que os conventillos. Os segundos passaram a residir em pequenas casas nas zonas suburbanas, graças à mobilidade proporcionada pelo sistema de bondes e trens a partir da metade da década 1870 (Scoobie, 1974).

No centro do Rio de Janeiro estavam localizadas as casas comerciais, bancos e seguradoras envolvidas no comércio internacional. A cidade havia se tornado o principal empório mundial do café. A grande maioria das casas estavam localizadas ao longo do eixo da Rua Direita, atual Primeiro de Março, e suas ruas adjacentes. Cronistas da época descrevem esta parte da cidade como um formigueiro, onde pessoas, carroças e burros sem rabo¹⁰ disputavam espaço em ruas apertadas, tão estreitas que a lenda dizia ser possível desde sua janela tocar a fachada da casa em frente. Aquele frenesi devia-se ao porto e ao centro comercial e administrativo da cidade (Benchimol, 1990).

O Largo do Paço era o centro administrativo da cidade, pois nela se localizavam: o palácio do governo, a cadeia, os prédios dos ministérios e a antiga catedral tornar-se-iam

¹⁰ Espécie de carroça puxada por um escravo,

nos anos 1870 o principal terminal das linhas bonde que se instalaram na cidade. Toda a praça era calçada com o chamado “pé de moleque”¹¹ (Benchimol, 1990).

Para ela convergia a Rua do Ouvidor, local chic na década de 1870, em virtude das lojas sofisticadas e das confeitarias. Apesar de suas dimensões acanhadas, por aquela rua circulavam milhares de pessoas de posses atrás das últimas modas vindas do estrangeiro (Benchimol, 1990).

Colado ao centro nervoso erguia-se o Morro do Castelo, um dos quatro grandes maciços que cercavam a parte central da cidade e, na perspectiva dos higienistas de então, impediam o ar de circular livremente. Contíguo encontrava-se o Morro do Desterro, que separava o centro da atual zona sul da cidade. Ao norte, a separar a zona central dos bairros da Saúde e Gamboa, estava o maciço de São Diogo e o Morro da Providência (Benchimol, 1990). Estes morros formavam uma espécie de moldura para a parte central da cidade, impedindo as brisas marítimas do sul e norte de renovar o ar viciado daquele vale.

Na década de 1870 a cidade já havia começado sua expansão em direção ao norte e ao sul. A sul se encontravam os subúrbios aristocráticos de Glória e Botafogo, e ao norte a, chamada cidade nova, que ia do antigo parque da aclimação, hoje Campo de Santana, até aproximadamente o Rio Comprido. O subúrbio do Andaraí Grande (Tijuca) era expansão muito recente. O aumento da malha urbana foi possibilitado pela oferta de transportes, principalmente dos bondes, fundamentais para ocupação das áreas adjacentes ao centro da cidade (Benchimol, 1990).

A aristocracia tradicional residia próximo à quinta do Imperador, no bairro de São Cristóvão, residencial até o final da década de 1870, durante a qual os novos bairros da zona sul passaram a atrair a moradia burguesa por seu estilo de vida mais saudável, longe do centro sufocante da cidade e dos miasmas graças às brisas marítimas, e com ótima oferta de transportes, inclusive bondes.

Os empregados públicos de menor renda, que podiam pagar alugueis de casas e condução diária para ir e vir do trabalho, fugiram do centro e se estabeleceram na zona que hoje é a Tijuca, ou nos subúrbios formados ao redor das estações da E.F. Pedro II. Assim cada vez mais a partir da metade de década de 1870, o centro passou a ser local de moradia

¹¹ Pedras de formatos irregulares colocadas uma ao lado das outras sobre algum tipo de argamassa que as fixa ao solo

das classes médias e baixas: daqueles que precisavam estar próximos ao trabalho, pois viviam de diárias e não tinham como arcar com o transporte e muito menos os aluguéis dos subúrbios (Benchimol, 1990).

As classes mais baixas em geral habitavam no centro em cortiços ou casas de cômodos, habitações coletivas que carregavam a marca de insalubres, de fomentadores das epidemias da cidade (Benchimol, 1990; Chaloub, 1996). Construídos com materiais de má qualidade os cortiços raramente contavam com latrinas e instalações de banho adequadas ao número de habitantes, e poucos eram os que se desfaziam de seu lixo (Chaloub, 1996).

Tanto os médicos quanto o governo perseguiram os cortiços na década de 1870, tentavam por fim a essa forma insalubre de habitação¹², porém os interesses privados dos donos dos cortiços, aliados à falta de alternativa para alojar os habitantes, fizeram com que este tipo de moradia perdurasse ainda por muito tempo no Rio de Janeiro.

A arquitetura adotada pelas elites portenhas era tributária da tradição árabe-espanhola. As casas eram construídas com pátios interiores, para evitar a necessidade do visitante de chegar aos aposentos pessoais, ou que os passantes olhassem o interior das casas. Apenas os visitantes mais íntimos tinham acesso aos ambientes interiores das casas.

As fachadas não possuíam adornos e geralmente ocupavam toda a frente do terreno. Eram caiadas e com janelas que costumavam permanecer fechadas e com grades no exterior para proteção contra invasores. A nova burguesia que ascendeu ao poder na década de 1880 adotaria o estilo francês, com seus palácios e petit-hotels (Scoobie, 1974).

O Rio de Janeiro era tributário do modelo árabe de ocupação do solo, onde as ruas estreitas se aproveitavam da topografia do terreno, ao contrário de Buenos Aires, cujo traçado tinha forma de tabuleiro de damas. A arquitetura seguia o padrão ibérico, com os cômodos privados na parte mais interior das casas, isolados do lado externo pelos cômodos de uso comum. Ao contrário das casas de Buenos Aires, poucas possuíam o pátio interno.

A casa brasileira também era pensada para resguardar a mulher, e além disso bloquear a entrada dos maus ares da cidade. Assim, os aposentos não costumavam ter janelas. As chamadas alcovas foram criticadas por médicos e higienistas, pois na opinião

¹² Basta lembrar a perseguição de Barata Ribeiro na década de 1890 ao Cabeça de Porco. Houve também tentativas de se aprovar leis que proibissem a construção de novas habitações coletivas, esperando-se que com o tempo as existentes fossem fechadas e se extinguisse esse tipo de moradia na cidade.

destes ofereciam grandes riscos à saúde, por serem úmidos e não permitir a circulação do ar.

As casas do centro do Rio de Janeiro na década de 1870 geralmente possuíam um ou dois pavimentos, com a fachada ocupando toda a frente do terreno. Pequenas janelas e portas no andar térreo, e às vezes, sacadas nos sobrados eram as únicas comunicações da casa com o exterior (Benchimol, 1990).

Tal qual em Buenos Aires a sociabilidade das senhoras era restrita: as poucas saídas eram para missas e bailes. Somente no final da década, quando diminuía a escravidão urbana frente ao trabalho assalariado, as mulheres começaram sair as ruas para ir às compras com mais frequência.

Os hábitos sociais buenaerenses também condiziam com a tradição ibérica. As visitas eram raras e nunca aconteciam sem hora marcada: o visitante tinha acesso apenas à área comum da casa. O objetivo do pátio interno era manter a mulher dentro de casa, o mais longe possível do contato com outros homens. Os únicos momentos de sociabilidade da mulher eram: a missa aos domingos, as poucas saídas para compras ou as visitas em casa de amigos, familiares ou vendedores (Scobie, 1974).

Já os homens possuíam o hábito de frequentar as ruas para trabalho e lazer. Ocasionalmente reuniam-se nos clubes sociais de Buenos Aires, o mais famoso dos quais era o Club del Progreso, fundado em 1852 (Scobie, 1974). Apenas os mais distintos cavalheiros tinham acesso a estes clubes.

Os homens do Rio de Janeiro gozavam de vida social intensa: as classes mais baixas encontravam-se nos quiosques ou botequins para comer lascas de bacalhau e tomar pinga. Os mais ricos iam às confeitarias; ou às livrarias, notadamente a Garnier, na Rua do Ouvidor, para os saraus literários e debates políticos e intelectuais.

No início da década de 1870 Buenos Aires era, como disse, uma cidade pouco extensa. Seu eixo norte-sul possuía aproximadamente vinte quadras. A cidade espalhava-se a partir do Rio da Prata para oeste por apenas dez quadras. À época a maioria dos habitantes se desincumbia de suas atividades diárias caminhando. Somente com a implantação dos trens e bondes, a partir de meados da década, o centro da cidade começou a se conurbar com pequenas vilas e subúrbios próximos, como Flores; Belgrano e Nuñez, hoje considerados bairros de Buenos Aires (Scobie, 1974).

Na Buenos Aires da década de 1870, o comércio de luxo estava localizado na rua Florida. As lojas com produtos de menor qualidade estavam localizadas em geral na Recova Vieja, importante centro comercial no coração da cidade, como em ruas adjacentes à atual Plaza de Mayo (Scoobie, 1974; Radovanovic, 2001).

Uma série de fatores levou ao início da conurbação de Buenos Aires com as vilas a seu redor na década de 1870; as linhas de trem e bondes; o aumento do valor das propriedades na região central e também a epidemia de febre amarela de 1871 (Scobie, 1974).

A expansão das estradas de ferro ao redor de Buenos Aires foi determinada a princípio pelo transporte de mercadorias; o serviço de passageiros começou como um mero apêndice. Enxergamos isso ao analisar a disposição das três estradas de ferro que serviam à cidade na década de 1870, os ferrocarris do norte, sul e oeste. As duas últimas foram construídas para ligar as zonas produtoras da campanha à cidade: não por coincidência suas estações terminais estavam em praças com grandes mercados. A estação do ferrocarril sul, ficava na Plaza Constitución, recebia carnes e produtos do interior da província; o terminal do ferrocarril oeste, na atual Plaza Once, recebia mercadorias do interior do país para abastecer a cidade. O ferrocarril norte só ganharia importância após a década de 1880, quando o crescimento urbano tomou a direção ao norte da Plaza de Mayo (Scoobie, 1974).

Na década de 1870 todas as estradas de ferro da Argentina convergiam para Buenos Aires. Ao norte já havia os 32 km de trilhos a ligar a cidade ao vilarejo de Tigre. Ao sul os trilhos estendiam-se 112 km até Chascomus. A oeste eram 160 km de trilhos até Chilvicoy as pontas desses trilhos eram todas regiões agrícolas: ao sul era criado gado ovino, a oeste gado bovino e granjeiro. Essas regiões escoavam sua produção a ser consumida na cidade ou exportada por seu porto (Scoobie, 1974).

Durante a epidemia de febre amarela de 1871, os habitantes de Buenos Aires notaram que a pequena cidade de Flores, apenas 13 km a oeste, quase não apresentava casos da doença. Creditou-se este fato a sua pequena elevação em relação ao nível do mar, e à menor densidade populacional. Com o recrudescimento da epidemia, aqueles que tinham condições de manter uma segunda residência escolheram levar suas famílias para Flores, até que voltasse a ser seguro habitar Buenos Aires (Radovanovic, 2001; Scobie, 1974).

Graças a isso, Flores recebeu melhorias urbanas e viu a especulação imobiliária multiplicar o preço das casas e alugueis. A frequência dos trens ligando Flores à capital foi aumentada para permitir que as pessoas viessem tratar de seus negócios na cidade e regressar ao lar no mesmo dia. Graças à febre amarela e à expansão do sistema de transporte, as famílias portenhas abastadas adquiriram o hábito de manter uma residência de verão longe do centro da cidade com o intuito de resguardar a saúde na estação das epidemias (Scobie, 1974).

O vilarejo de Belgrano, a noroeste do centro da cidade, foi o local de fuga da epidemia para as classes média e baixa. O governo incentivou o abandono de casas e até quarteirões inteiros na região de San Telmo, principal foco da epidemia (Scenna, 2009; Scoobie, 1974). Aqueles que não podiam pagar para sair de lá, recebiam passagens gratuitas de trem para o norte. A maioria escolhia Belgrano, considerada a primeira parada do trem fora do raio de ação da epidemia.

A principal atividade industrial da cidade era as charqueadas¹³, desde 1815 localizadas no subúrbio de Barracas al Sud, atual cidade de Avellaneda. Eram plantas de beneficiamento de gado para consumo interno e externo, exportando-se, inclusive para o Brasil, carcaças de boi limpas, lã, couro e peles (Scenna, 2009; Scoobie, 1974).

Essa atividade era vista como a maior responsável pelas epidemias da cidade. Buenos Aires enfrentou duas grandes epidemias de cólera morbus em 1867 e 1868, mais a terrível epidemia de febre amarela de 1871¹⁴. Jornais e publicações médicos culpavam as charqueadas pela emissão dos miasmas responsáveis por elas. Diziam que os rejeitos dessa atividade, pedaços de animais em sua maioria, eram lançados no Riachuelo sem nenhum tratamento. O apodrecimento deles gerava os miasmas que contaminavam o ar da cidade, produzindo assim as doenças que atingiam a população.

Não havia outra grande atividade industrial na cidade, apenas alguns moinhos, uma cervejaria e indústrias complementares às charqueadas. O resto da produção da cidade era manufaturada em pequenas oficinas (Scoobie, 1974).

A economia da Argentina, uma das mais dinâmicas da América do Sul, era bastante dependente do mercado externo. A partir da década de 1860, graças a leis que davam

¹³ Chamadas em espanhol de *saladeros*.

¹⁴ Houve outras epidemias de febre amarela, porém para não fugir do período demarcado dessa dissertação me atenho apenas à epidemia de 1871. Para mais informações sobre as outras epidemias ver: Scoobie (1974)

segurança jurídica para a ocupação da terra, como também a chamada conquista da campanha¹⁵, a província de Buenos Aires diversificou sua produção e aumentou significativamente a quantidade de produtos exportados. Além da carne e do couro, a partir da década de 1870 a Argentina passou a ser um dos principais exportadores de trigo do mundo (Scoobie, 1974).

Esse processo aconteceu à sombra da Segunda Revolução Industrial, para atender sobretudo à demanda britânica. Alguns anos depois a Argentina ficaria conhecida como o celeiro do mundo, ao alcançar o posto de maior exportadora mundial de carnes e trigo.

Apesar da intensa atividade comercial que ia de bens de luxo aos armazéns de secos e molhados, o Rio de Janeiro possuía poucas indústrias na década de 1870; apenas algumas oficinas, moinhos, fábricas de bebidas etc. A atividade econômica girava em torno do principal comércio de café. Na época o Rio de Janeiro era o maior porto de exportação do país, título perdido para Santos nos anos 1890. O porto do Rio de Janeiro era também o maior importador do país, sendo responsável por aproximadamente 50% da arrecadação alfandegária do país ao longo da década, ou 30% da arrecadação geral do império no mesmo período (Lamarão, 1991, p. 142-143).

A importação e exportação pelo porto do Rio de Janeiro sofreram significativas alterações na década de 1870. A introdução da E.F. Pedro II mudou a dinâmica de carga e descarga do porto; até mesmo os ancoradouros usados mudaram, levando à bancarrota antigos entrepostos comerciais que haviam dado origem a vilas no fundo da Baía da Guanabara (Benchimol, 1990; Lamarão, 1991).

Antes do advento da estrada de ferro, o café era trazido pelas tropas de mula do interior, descendo a serra e descarregando em vilas, como a de Iguazu por exemplo, no fundo da Baía. Dai eram levados por via fluvial aos trapiches e ancoradouros da região da Saúde e da Gamboa, para embarque.

Com a linha férrea, o café para exportação passou a ser desembarcado na estação central, de lá ele era levado em carroças pelas estreitas ruas da cidade até os ancoradouros para embarque. Este esquema funcionou até aproximadamente 1873, quando a Companhia Locomotora de Bondes adquiriu o virtual monopólio do transporte do café até o porto, após

¹⁵ O controle e diminuição significativa do ataque de índios às fazendas e estradas.

adquirir a sua concorrente que fazia o mesmo serviço em carroças. A Locomotora levava o café da estação central até os ancoradouros em bondes puxados a burro (Lamarão, 1991).

A cidade recebeu na década de 1870 uma série de melhorias em seu sistema portuário: obras executadas por particulares, principalmente o engenheiro André Rebouças, serviram também aos interesses do Império, pois trariam aumento à arrecadação da alfândega. Construiu-se próximo a ela novas docas, molhes e cais, que permitiam o atracamento em maior número para a intensa navegação de transbordo entre navios que fundeavam na baía e os trapiches. O novo cais contava também com guindastes hidráulicos, que agilizavam a carga e descarga. Próximo também foram construídos armazéns, que ficaram conhecidos como as docas da alfândega.

A cargo de André Rebouças ficou a construção das Docas de Pedro II, localizadas na região da Saúde e Gamboa, onde algumas décadas depois seria construído o novo porto da cidade. Estas docas competiram com os trapiches locais, principalmente após a construção de ramal que ligava à E.F. Pedro II a esta orla (Lamarão, 1991).

As obras de cunho sanitário realizadas em Buenos Aires ao longo das décadas de 1860 e 1870, eram parte do plano de melhoramentos elaborado em 1871 pelo engenheiro inglês John Frederick Bateman. Dotaram a parte central da cidade de um sistema de captação e fornecimento de água através de tubulações ligadas diretamente às casas. Sofisticado sistema de depósitos e bombas permitiram fornecer aproximadamente 530 litros de água diários a cada habitante. Porém a outra parte do plano de Bateman não foi executada. Consistia em um sistema de esgotos, que levaria as águas servidas das casas ao Rio da Prata, através de canos, substituindo as valas, a céu aberto (Scobie, 1974; Radovanovic, 2001). Devido à falta de esgoto, as águas servidas geralmente iam para fossas construídas nas casas próximas demais dos poços artesianos, contaminando assim a água destinada ao consumo. A segunda opção para o deságüe de águas servidas, em alguns casos complementar à anterior, era o despejo nas valas, nada mais que ruas, como, por exemplo, a do Chile em San Telmo, que possuíam calçadas altas e, nas épocas de chuva intensa, no lugar de carroças e cavalos, corria o esgoto. Através destas valas esperava-se que o esgoto alcançasse o Rio da Prata (Scobie, 1974).

O grande problema desse sistema eram as tempestades de verão, que inundavam as ruas da cidade, fazendo transbordar as valas e criando bolsões de esgoto nas ruas adjacentes e na parte mais baixa da cidade.

Como observamos, as condições sanitárias de Buenos Aires não eram as melhores. Como o Rio de Janeiro, a cidade era propensa a enchentes, o que pode explicar – numa análise anacrônica - a propagação do mosquito transmissor da febre amarela. Aliadas à falta de experiência com a doença, e à falta de conhecimentos técnicos para a profilaxia da febre amarela, pode explicar os desastrosos resultados da epidemia de 1871.

Na década de 1870, no Rio de Janeiro estava em curso a transição do modo de produção escravista para o capitalista. No início da década a cidade ainda era fortemente marcada pela presença do escravo nas ruas, como negros de ganho, escravos domésticos ou como força de trabalho de outros negócios e oficinas. O funcionamento dos serviços básicos da cidade era ainda extremamente dependente da mão de obra escrava, no fornecimento de água¹⁶, no serviço de escoamento de dejetos¹⁷, na construção civil,¹⁸ na estiva e etc. (Benchimol, 1990).

O Rio de Janeiro sofreu terríveis secas na década de 1870, o que levou o Imperador, em caráter emergencial, a colocar André Rebouças à frente de obras que melhorassem o abastecimento de água da cidade. Rebouças aumentou depósitos e buscou novas fontes de água, conseguindo fazê-la chegar novamente aos chafarizes e bicas da zona urbana. Também apresentou ao Imperador um projeto para a instalação de tubulações para o fornecimento de água às casas, que substituiria o sistema de chafarizes e fontes. O projeto não foi à frente por falta de financiamento: o Império não poderia garantir os juros sobre o capital como queriam as companhias. Alguns anos depois, o governo aprovou projeto em que assumia a responsabilidade pela construção de um sistema para o fornecimento de água. Coube à iniciativa privada a execução das obras, com retorno de 10% do capital investido. O novo sistema contaria com canos para fornecimento direto de água a todos os edifícios, ao mesmo tempo em que manteria e até mesmo construiria novas fontes para o

¹⁶ Os escravos eram geralmente os responsáveis por carregar a água dos chafarizes e bicas até a casa dos seus senhores.

¹⁷ Era comum na cidade a figura do tigre, escravo negro que à noite carregava tonéis cheios de dejetos destinados a serem despejados na Baía da Guanabara ou na vala da cidade.

¹⁸ Principalmente os negros de ganho que buscavam seu sustento através do trabalho conseguido diariamente nas obras.

fornecimento ao público geral, sistema finalizado em 1870, captava a água do Rio D'ouros, a 53 km da cidade, produzindo melhoras significativas nos antigos reservatórios e fontes. Porém o crescimento urbano logo tornaria o sistema obsoleto e a cidade voltaria a ter problemas com o abastecimento de água (Benchimol, 1990).

Em 1875 14.827 (46,5%) das 30.000 casas do município estavam ligadas à rede de esgotos (Benchimol, 1990). Os bairros servidos eram: Gamboa, Glória, Arsenal, São Cristóvão, Engenho Velho, Rio Comprido e Tijuca até a altura da Rua Uruguai. Apesar de abranger boa parte da cidade, o serviço da City Improvements, a companhia de esgotos, segundo relatos da época, não era de boa qualidade. Cronistas, engenheiros e médicos enfatizavam a má qualidade do serviço. As paisagens e odores da cidade mudaram após a extinção de boa parte das valas, porém o problema dos esgotos foi apenas empurrado para debaixo da terra. Acreditava-se, na perspectiva dos atores sociais envolvidos com a saúde pública, à época que os canos subterrâneos só serviam para poluir o solo da cidade e a Baía da Guanabara. Aparentemente a instalação das redes de esgotos não colaborou para o fim da febre amarela.

Ao longo da década de 1870, o Rio de Janeiro sofreu de três grandes epidemias: a de 1870 que matou 1.118 pessoas; a de 1873, com 3.659 óbitos e a de 1876, que levou ao túmulo 3.476 de aproximadamente 266.000 habitantes. Segundo Pereira Rego, presidente da Academia Imperial de Medicina, a epidemia de 1873 fora a mais grave já vista no Rio de Janeiro (Rego, 1874).

Sempre que as epidemias apareciam o governo imperial convocava a Junta Central de Higiene com o objetivo de rever e fiscalizar os regulamentos e recomendações concernentes ao combate à doença, prevalecendo entre as medidas adotadas quarentenas, limpar e regar ruas e praças, isolar doentes. A crítica às habitações coletivas era outra constante, médicos sempre pediam maior fiscalização dessas, a demolição seria a alternativa para casos mais extremos, as casas de cômodos e cortiços eram enxergados como fonte de muitas das epidemias ocorridas no Rio de Janeiro (Benchimol, 1990).

O aspecto urbano de Buenos Aires pouco mudou ao longo da década de 1870. A zona central não passou por grandes mudanças, observando-se apenas o início do processo de conurbação com os subúrbios e *pueblos* próximos que, graças ao trem e ao bonde, foram mais bem integrados à zona central (Scoobie, 1974). Todavia, desde a década de 1850, no

governo de Bernardino Rivadavia, e na década de 1860, com os prefeitos Francisco Seeber e Marcelino Lagos, já se discutia a necessidade de uma intervenção mais profunda na região central da cidade. Estes administradores apresentaram planos de renovação inspirados no modelo francês, executado por Haussman em Paris. Nenhuma das propostas foi à frente por falta de recursos e em virtude da resistência de setores conservadores da sociedade (Radovanovic, 2001). A partir de meados da década de 1870, os políticos passaram a discutir mais a fundo projetos de reformas, ainda inspirados no modelo francês (Scoobie, 1974).

Quanto ao Rio de Janeiro, os planos de melhoramentos elaborados na década de 1870 foram discutidos em dois relatórios (1875 e 1876), encomendados pelo Ministério de Negócios do Império à A Comissão de Melhoramentos da Cidade do Rio de Janeiro¹⁹. Os relatórios deram ênfase à melhora da circulação, da higiene e da estética da cidade. Teve mais impacto na cidade que conhecemos hoje o segundo relatório, de 1876, sobretudo os planos que diziam respeito à ligação entre a E.F. D. Pedro II e a zona portuária.

Vemos então que as cidades, do Rio de Janeiro e de Buenos Aires possuíam similaridades e diferenças. Ambas eram grandes pólos de atração de imigrantes por serem capitais e servirem como portas de entrada para mercadorias e força de trabalho para seus respectivos países. Parece-me que os grupos políticos de ambas as cidades não encaravam a higiene como problema de primeira grandeza nos anos 1870, pois mesmo para os parâmetros da época os aparatos higiênicos dessas cidades não eram muito desenvolvidos. Refiro-me a esgotos canalizados em Buenos Aires, à má qualidade da provisão de água no Rio de Janeiro, à ausência de coleta de lixo. Na perspectiva dos atores sociais da época, informada pela teoria miasmática, tudo estava por fazer dar cabo ao principal obstáculo à salubridade das duas cidades, a renovação do ar corrompido que circulava nas suas áreas centrais.

Rio de Janeiro e Buenos Aires não possuíam parque industrial significativo, funcionavam mais como portos de importação e exportação. No segundo caso, exportação de carne e trigo principalmente; no primeiro de café. É importante destacar também que as estruturas portuárias eram acanhadas em ambas as cidades, na década de 1870, em termos tecnológicos, em relação aos grandes portos da Europa ou ao de Nova Iorque, o que se

¹⁹ Formada por: J. Rodrigues de Moraes Jardim, Marcelino Ramos e Pereira Passos

traduzia em maior tempo de espera para embarque e desembarque²⁰(Benchimol, 1990; Scoobie, 1974).

As principais diferenças são notadas a olho nu: a topografia dos dois sítios é muito distinta. Buenos Aires está localizada em uma planície, enquanto o Rio de Janeiro tem topografia extremamente acidentada. Os climas também são diferentes: a segunda é uma cidade tropical próxima ao oceano, com grande quantidade de mares, pântanos e mangues, enquanto a primeira possui clima temperado, está localizada no grande estuário do Rio da Prata, não possuía quase terrenos alagadiços em sua zona central²¹. É necessário frisar que à época se pensava que estes fatores tinham grande influência nas epidemias.

À luz dos conhecimentos atuais o clima quente e úmido do Rio de Janeiro pode ser uma das explicações para as crônicas epidemias de febre amarela, pois favorecia a reprodução do mosquito transmissor da doença. É interessante notar que houve apenas uma epidemia dela em Buenos Aires na década de 1870, enquanto que o Rio de Janeiro sofreu com três epidemias (1870, 1873, 1876) no mesmo período. Todavia é impossível não observar a discrepância no número de mortes em cada cidade. A epidemia de 1871 em Buenos Aires matou aproximadamente 14.000 pessoas mais do que o dobro da soma das três epidemias que aconteceram no Rio de Janeiro, sendo que uma dessas foi considerada a mais séria de todos os tempos até então²².

Enquanto que o Rio de Janeiro, no centro da cidade ao menos, é sempre descrito como um formigueiro humano, Buenos Aires é descrita como uma cidade calma e tranqüila, com aspecto de aldeia à parte algumas ruas do centro financeiro. Outra grande diferença nas paisagens é a presença do negro e do escravo no Rio de Janeiro. A população de Buenos Aires é quase sempre descrita como predominantemente branca com uma pequena porcentagem de indígenas.

²⁰ Ver Scobie (1974). O mesmo navio que demorava em média 30 dias para ser processado no porto de Nova Iorque, ficava parado em Buenos Aires por no mínimo 100 dias.

²¹ A região que hoje constitui o bairro de Palermo era na década de 1870 um grande mangue. Em 1870 essa região era considerada como zona rural afastada do centro de Buenos Aires

²² A epidemia de 1871 em Buenos Aires matou por volta de 8% da população residente na cidade, a epidemias do Rio de Janeiro de 1870 matou em torno de 0,5% da população, e as 1873 e 1876 mataram em torno de 1% dos habitantes cada uma.

2. AS EPIDEMIAS DE FEBRE AMARELA DE BUENOS AIRES EM 1871 E DO RIO DE JANEIRO EM 1873

2.1 – Introdução

Nesse capítulo seguiremos duas epidemias de febre amarela: a de 1871 em Buenos Aires, e a de 1873, no Rio de Janeiro. A apresentação detalhada dessas epidemias tenta responder às seguintes questões: quais foram as semelhanças e, principalmente, as singularidades presentes em ambas; como reagiram os governos de Brasil e Argentina perante a epidemia; como reagiram os médicos e a sociedade à moléstia.

Penso que este capítulo irá ajudar a ilustrar as concepções médicas debatidas no próximo, onde mostro as diferenças entre uma sociedade e médicos acostumados à doença – refiro-me ao Rio de Janeiro - e outra não: Buenos Aires .

A escolha da febre amarela, e não de outras doenças reinantes à época nas duas cidades, como a varíola, se deve à relação da primeira com os projetos políticos ligados à formação de uma força de trabalho com base no imigrante europeu²³. A fama da doença de atacar principalmente o estrangeiro recém-chegado, e seus altos índices de morbidade e mortalidade serviram para que os europeus que emigravam para a América do Sul preferissem Buenos Aires e Montevideú, locais aonde o flagelo só fazia visitas esporádicas (Chaloub, 1996).

Havia um grande debate, como veremos mais de perto no capítulo três, sobre as influências geográficas e climáticas nas epidemias. O Rio de Janeiro está localizado em uma zona de clima tropical, o que, na opinião de alguns médicos e geógrafos facilitava que doenças relacionadas a climas quentes e/ou tropicais grassassem em seu território endemicamente. Por outro lado, Buenos Aires está localizada em zona de clima temperado, o que segundo os mesmos teóricos faria com que doenças não associadas a climas quentes tivessem maior chance de grassar em seu território.

Como afirmei a febre amarela era considerada um empecilho à imigração européia, e o olhar lançado sobre a doença por médicos de ambos os países estava permeado tanto

²³ A febre amarela fazia mais vítimas no Rio de Janeiro devido a epidemias que aconteciam quase todos os anos.

por projetos políticos como pelo chamado determinismo geográfico (Chaloub, 1996). Para os argentinos tratava-se de reforçar as similaridades geográficas e climáticas de sua capital com a Europa, excluindo a associação com males considerados tropicais, e toda a carga de atraso evolucionário que o termo carregava. Seria preciso reforçar o caráter exógeno da febre amarela, para que o país ou ao menos sua capital não fossem taxados de insalubres e atrasados por consequência, mau destino para os imigrantes.

Os brasileiros, devido às seguidas epidemias desde 1850 (Rego, 1873), viam-se às voltas com a necessidade de extinguir as causas que haviam cronificado o mal, preocupando-se menos com a sua importação, pois as condições geográficas e climáticas do Rio de Janeiro condenavam a cidade ao constante perigo da visita de males tropicais. O objetivo final era o mesmo, afastar a fama de insalubre da capital devido às seguidas epidemias de febre amarela com o fim de tornar o Brasil um pólo de atração para o imigrante europeu (Chaloub, 1996).

Dentre as visitas esporádicas, da febre amarela a Buenos Aires houve a epidemia de 1871, a mais mortífera ocorrida na cidade em todos os tempos. A doença não visitava a capital da Argentina de forma epidêmica desde 1858. Porém já em 1870 havia feito algumas vítimas, principalmente no bairro de *San Telmo*, mesmo local onde começou o ataque de 1871 (Scenna, 2009).

Ironicamente, nesse ano apesar da gravidade da epidemia na capital vizinha, o Rio de Janeiro não sofreu invasão desse mal de forma epidêmica, como veremos neste capítulo. Pois foram tomadas precauções para que a febre amarela não fosse importada para a capital do Brasil naquele ano (Academia Imperial de Medicina, 1871). Porém em 1873 a doença voltou a fustigar o Rio de Janeiro, conformando, nas palavras de Pereira Rego, “a epidemia mais grave e mortífera que eu já vi nessa cidade”. (Academia Imperial de Medicina, 1873b, p. 28)

Apesar dessa afirmação do Barão do Lavradio, é difícil colocar a epidemia de Buenos Aires de 1871 no mesmo patamar de gravidade que a de 1873 no Rio de Janeiro. Comparando os números de mortos, 13.614²⁴ de aproximadamente 190.000 habitantes em Buenos Aires contra 3.467 mortos de uma população estimada em torno de 262.000

²⁴ O jornal inglês *Standard* chegou a uma cifra superior a 20.000 mortos. O número que uso aqui é o estimado por Mardoqueo Navarro, para mais informações ver: Scenna (2009).

peças no Rio de Janeiro (Rego, 1874), vemos que o impacto da febre amarela foi de intensidade distinta nas duas cidades. Ao longo deste capítulo discutirei as particularidades e semelhanças dessas epidemias e levantarei hipóteses para explicar o grande número de mortos em Buenos Aires.

2.2 – Historiografia sobre as epidemias

Não consultei fontes secundárias que tratem especificamente da epidemia de 1873 no Rio de Janeiro, em minha pesquisa não encontrei trabalho deste tipo. Por isso usei fontes secundárias que tratam da febre amarela no Brasil, e no Rio de Janeiro, como um todo, desde seu aparecimento em 1849-50 até a supressão da sua forma epidêmica após as campanhas de Oswaldo Cruz. As principais fontes secundárias consultadas foram os livros de Odair Franco (1969), Sidney Chaloub (1996) e Jaime Benchimol (1990, 1999).

Franco (1969) foi um médico que escreveu sobre a história das doenças que por muitos anos combateu, talvez por isso, seu livro seja tão rico em fatos sobre a doença e os profissionais de saúde envolvidos com ela. Sua contribuição a esta dissertação foi apresentar alguns dos atores responsáveis pelo combate à febre amarela no Rio de Janeiro na década de 1870.

Não há análise nem problematização do discurso médico da segunda metade do século XIX por parte deste autor, mas ele aumentou consideravelmente meu conhecimento factual sobre a doença nas décadas anteriores a que estudei.

Chaloub (1996) trata da febre amarela no Brasil na segunda metade do século XIX a partir de outro viés, a história social. O autor analisa o discurso médico da segunda metade do século XIX, correndo o risco de cometer anacronismos. Porém levanta pontos muito interessantes em particular a re-significação da febre amarela a partir da década de 1870. Argumenta Chaloub (1996) que, durante as décadas de 1850 e 1860, a febre amarela era um problema de saúde que preocupava majoritariamente o estrangeiro, pois segundo a concepção médica da época a maioria dos afetados era gente não aclimatada ao Rio de Janeiro. Segundo Chaloub, alguns médicos da cidade, baseados em não-se-sabe quais estatísticas, diziam que a maioria das vítimas da febre amarela eram os imigrantes

portugueses, tornando assim a doença um problema de importância secundária para os brasileiros.

O autor diz que por isso as elites econômicas pouca importância davam à doença, pois ela não causava grandes estragos ao grupo étnico que era o principal motor da economia, o escravo africano. Notavam a corporação médica e as elites cafeeiras que o africano possuía certa imunidade ao mal. Segundo o discurso médico de então, essa imunidade relativa vinha do fato deste grupo étnico estar aclimatado a ambientes similares às do Rio de Janeiro em seus países de origem, onde teriam ademais sido expostos já à doença.

Chaloub ressalva também a discussão concernente à relação entre o tráfico negreiro e a importação da febre amarela. Para alguns teóricos, o tráfico fora o responsável por introduzir o mal no Brasil, outros temiam que os escravos, tirando proveito de sua imunidade, usassem a febre amarela como arma em suas revoltas contra os brancos, como ia ter acontecido no Haiti²⁵.

A re-significação da doença no Brasil acontece no início da década de 1870, quando começavam os movimentos de adaptação da estrutura produtiva brasileira ao capitalismo. Segundo Chaloub (1996), a febre amarela passou a se tornar a principal preocupação das elites financeiras nacionais, pois passa a representar grande ameaça tanto à atração quanto à manutenção do emigrante europeu no Brasil.

A substituição do africano pelo europeu como principal mão-de-obra nas lavouras, transformou a febre amarela em principal preocupação sanitária das elites. O medo de faltarem trabalhadores levou-as a pressionar o governo a tomar medidas que atenuassem as epidemias, e a usar propaganda no exterior para reverter a imagem pestilenta, da capital e principal porta de entrada do Brasil, o Rio de Janeiro (Benchimol, 1990; Chaloub, 1996).

Como não trabalhei com material anterior à década de 1870, não posso opinar sobre as afirmações de Chaloub. Posso afirmar: a análise das fontes primárias mostra que a febre amarela era uma grande preocupação no âmbito da corporação médica e da população em geral. Todavia o Ministério do Império e a Câmara Municipal do Rio de Janeiro, por razões que não pude investigar a fundo, não tomavam todas as medidas sugeridas pelos órgãos

²⁵ Chaloub diz que durante a guerra de independência do Haiti muitos dos colonizadores franceses brancos morreram de febre amarela, ou se encontravam incapacitados à luta por padecer deste mal.

consultivos relacionados à higiene, a Junta Central de Higiene e a Academia Imperial de Medicina. O fato de não se por em prática tais sugestões era para a maioria dos médicos, uma das principais razões para a repetição das epidemias na Corte (Academia Imperial de Medicina, 1873b).

A análise de Benchimol (1999) tem seu início já em meados de década de 1870. Seu livro elucida conceitos importantes e apresenta personagens de proa do meio médico do Rio de Janeiro. Como seu trabalho não trata diretamente das epidemias, mas sobretudo das concepções vigentes sobre a febre amarela na década de 1870, apesar de servir como uma espécie de guia para as análises feitas nesta dissertação, seu conteúdo não a impacta a ponto de justificar uma análise bibliográfica mais profunda.

As fontes primárias sobre a epidemia de 1873 no Rio de Janeiro existem, e creio ter consultado muitas daquelas disponíveis. As principais são: o relatório do presidente da Junta Central de Higiene para o ano de 1873 (Rego, 1874); as atas das sessões da Academia Imperial de Medicina, os artigos e/ ou trabalhos publicados nos *Anais Brasilienses de Medicina* sobre a epidemia e o trabalho de Pereira Rego intitulado Estudo das epidemias que tem grassado nesta corte de 1871 a 1880 (Rego, 1883). Consultei também a imprensa diária, especificamente o *Jornal do Commercio*.

Para a epidemia de 1871, em Buenos Aires, encontrei cenário diferente, talvez devido à sua singularidade em oposição às epidemias do Rio de Janeiro de quase todos os anos. Foram publicados, pelo menos, quatro livros dedicados apenas à epidemia de 1871: “Cuando Murió Buenos Aires” de Miguel Angel Scenna (2009) e “La peste histórica de 1871, Fiebre Amarilla en Corrientes y en Buenos Aires (1870-1871)” de Leandro Ruiz Moreno (1949), “1871: La epidemia de fiebre amarilla em Buenos Aires” de Ignacio Esteban Garramone (2000) e “Bajo el horror de la epidemia. Escenas de la fiebre amarilla de 1871” por Ismael Bucich Escobar (1932)”. Existem ainda dois artigos um de Diego Howlin (2004), publicado na *Revista Electrónica Mensual de derechos existenciales*, chamado “Vómito Negro Historia de la fiebre amarilla, en Buenos Aires de 1871” e outro de Diego Galeano, (2009) “Médicos y policias dutante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871)” publicado na revista *Salud Coletiva*. Creio que a quantidade de publicações, por si só expressa a importância desse evento histórico.

Das obras citadas, penso que o artigo de Galeano (2009) não contribui de forma significativa para esta dissertação. Seu argumento gira em torno da construção de uma reputação heróica para os médicos de proa que combateram a epidemia, principalmente Eduardo Wilde. Outra obra que não considerei nesta dissertação foi a de Garramone, pois infelizmente só tomei conhecimento dela após meu regresso de Buenos Aires e não foi possível localizar a tempo o livro no Rio de Janeiro.

Ruiz Moreno (1949) revelou-se ótima fonte de consulta a documentos oficiais. O livro traz extensa coleção de decretos e relatórios dos vários órgãos envolvidos no combate à epidemia. Ajuda também a compreender o conflituoso contexto político da época: a separação da província de Buenos Aires da Confederação Argentina e a guerra contra as forças de Ricardo López Jordan na província de Entre Rios. O livro sofre com a falta de problematização da epidemia, das relações entre os vários entes envolvidos - na política e na higiene - e deles com a população. Resume-se a laboriosa coleção de fatos e discursos oficiais, prática comum na historiografia à época de sua publicação.

Há muitos pontos de contato com a obra de Scenna (2009) no que se relaciona à origem e aos “culpados” pela epidemia de 1871. Scenna (2009) não analisa o discurso médico, limita-se a afirmar que através do Consejo de Higiene Pública, esta corporação não foi capaz de evitar a epidemia e, uma vez instalada, grande parte dos médicos fugiu da cidade.

O trabalho de Scenna talvez seja o mais completo sobre a epidemia de 1871. Descreve Buenos Aires, suas condições climáticas e telúricas, faz breve história das epidemias que já haviam atacado a cidade, e segue de perto a evolução da epidemia de 1871, seu espalhamento de San Telmo para o resto cidade, e seus desdobramentos.

Scenna é anacrônico em sua análise, às vezes expressando com frustração a falta de perspicácia dos médicos da década de 1870 para enxergar as similaridades entre as condições ambientais para a formação dos miasmas e aquelas que contribuíam para a proliferação do mosquito transmissor da febre amarela.

Tal qual Ruiz Moreno (1949), Scenna (2009) defende a idéia da importação pura e simples da febre amarela para Buenos Aires, sem problematizar o debate entre contagionistas e anti-contagionistas, nem tampouco as medidas sanitárias tomadas a partir deste debate. No geral, o livro serve como uma grande crônica do que foi a epidemia de

1871, tanto a atuação das instituições como o impacto da epidemia sobre a população. É mais completo que o livro de Ruiz Moreno (1949) por usar também como fonte, ainda que de modo só ilustrativo, a *Revista Médico-Quirúrgica* e seus boletins quinzenais sobre o estado sanitário da cidade ao longo da epidemia.

O artigo de Howlin (2004), escrito a partir do livro de Scenna (2009), contém muitas citações do segundo e não traz nenhuma novidade, sendo também apenas uma coleção de eventos organizados em ordem cronológica.

As fontes primárias usadas na elaboração deste capítulo foram: a memória da Junta de Sanidad de Puerto sobre as quarentenas; um capítulo do trabalho de Penna (1895) que trata da febre amarela; a *Revista Médico-Quirúrgica*, onde era publicado quinzenalmente um parecer sobre o estado sanitário da cidade e outros trabalhos relacionados à epidemia; por último, os veículos da imprensa diária *La Nación* e *La Prensa*.

A memória e o trabalho de Penna (1895) citados acima apresentam valor semelhante ao relatório do presidente da Junta Central de Higiene do Império. As referidas publicações quinzenais sobre o estado sanitário da capital serviram-me como fonte de estatísticas e de dados sobre as expectativas dos médicos quanto à evolução da epidemia e seus impactos na sociedade. A imprensa diária foi a grande surpresa: a epidemia foi usada como arma política, como fonte de críticas de políticos de Buenos Aires ao governo federal. Identifiquei também nas páginas desses diários discussões interessantes sobre aspectos científicos levadas a cabo por leigos.

2.3 – Os Atores

As principais instituições brasileiras que seguiremos nessa dissertação serão: a Junta Central de Higiene Pública e a Academia Imperial de Medicina, a primeira criada em 1850, era subordinada na década de 1870 ao Ministério de Negócios do Império, e suas principais atribuições consistiam em:

“propor ao governo medidas para o bem da saúde pública, em emitir conselhos a municipalidade, em indicar a formulação de posturas a integrar os códigos municipais, além de exercer a polícia sanitária nas visitas às embarcações, boticas, lojas de drogas, mercados,

armazéns e em todos os lugares, estabelecimentos e casas que pudessem ocasionar danos a saúde pública” (Delamarque, 2011, p. 94).

O corte temporal desta dissertação está em parte contido na presidência de Jose Pereira Rego, da Academia Imperial de Medicina, que dirigiu esta instituição entre 1864 e 1881. De 1873 a 1881, Rego, o Barão do Lavradio, acumulou também a presidência do Instituto Vacínico do Império²⁶.

Fundada em junho de 1829, com o nome de Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, a Academia Imperial de Medicina, assim chamada a partir de maio de 1835, tinha por objetivos:

“Responder às perguntas do Governo sobre tudo quanto pode interessar à saúde pública, e principalmente sobre epidemias e moléstias particulares de certos países, as epizootias, os diferentes casos de medicina legal (...) a propagação da vacina, os remédios novos ou secretos, os quais não poderão ser expostos ao público sem o seu exame e aprovação (...) ocupando-se além disto, de todos os objetos de estudo e de indagação que podem concorrer para o progresso dos diferentes ramos da arte de curar”.²⁷

Até 1850 a Academia Imperial de Medicina foi o órgão consultor do governo imperial para medidas de saúde pública. Nesse ano tal atribuição foi transferida para a então criada Junta Central de Higiene. Ambas as instituições co-existiram ao longo da década de 1870, permanecendo a Academia como o espaço para o debate científico mais amplo, e a Junta, como responsável por elaborar as recomendações oficiais ao Governo²⁸.

É interessante notar que a acumulação da presidência pelo Barão do Lavradio, na década de 1870, dos dois órgãos fez com que ambos trabalhassem até certo ponto em colaboração, a plenária da Academia em paralelo com as recomendações da Junta, ou os acadêmicos opinando e referendando ou não as recomendações feitas por Pereira Rego, na condição de presidente da Junta Central de Higiene. De modo geral, ao longo da década de 1870, as duas instituições parecem ter trabalhado colaborativamente e em harmonia.

²⁶ <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/socmedrj.htm>

²⁷ <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/socmedrj.htm>

²⁸ <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/verbetes/socmedrj.htm>

Todavia o caráter meramente consultivo de ambos os órgãos era encarado por seus membros como problemático, um impeditivo para que todas as medidas necessárias ao melhoramento da higiene da Corte fossem implementadas com presteza e plenamente.

O Ministério dos Negócios do Império e a Câmara Municipal do Rio de Janeiro tinham o poder de executar ou não as medidas sugeridas pelos órgãos citados acima. Geralmente por questões orçamentárias ou falta de vontade política, eram atendidas apenas em parte ou simplesmente ignoradas.

Em Buenos Aires a instituição análoga à Junta Central de Higiene era o Consejo de Higiene Pública, na verdade duas instituições funcionando dentro de uma,²⁹ pois havia em sua organização uma divisão de tarefas entre o governo federal e o provincial³⁰. Penso que para análise a ser empreendida nesta dissertação, posso tratar os Consejos de Higiene Pública como uma única instituição e assim o farei. As principais atribuições do bicéfalo eram;

“regular el ejercicio de la medicina y farmácia: proponer medidas reglamentarias, evaluar honorários em casos de duda o disidencia, difundir la vacuna, expedirse en asuntos de medicina legal, denunciar las fallas de la higiene publica, inspeccionar farmácias y droguerías , señalar las medidas profiláticas en casos de epidemias, proponer cuarentenas e etc..” (Ruiz Moreno, 1949, p. 131).

Adiante apresentarei alguns dos conflitos internos com a Junta de Sanidad del Puerto, principalmente devido à sobreposição de atribuições da Confederação Argentina e da Província de Buenos Aires³¹.

Existia em Buenos Aires uma autoridade portuária, diretamente ligada ao governo federal, responsável por ditar normas higiênicas em caso de emergências epidêmicas: a Junta de Sanidad del Puerto, que era assessorada pelo Consejo de Higiene Publica. A Junta pode ser considerada como órgão análogo à futura Inspeção de Saúde do Porto do Rio de

²⁹ Existiam duas instituições homônimas, uma federal fundada em outubro de 1852 e outra provincial fundada em Julho de 1870, ambas chamada Consejo de Higiene Publica. Ver: González Leandro(1999).

³⁰ Para mais detalhes ver: Alvarez (1999).

³¹ Ver a explicação desse arranjo na parte dessa dissertação que trata da epidemia de Buenos Aires através da Imprensa (página 48).

Janeiro³². Suas atribuições eram a inspeção higiênica dos navios no porto, decretar e fazer cumprir quarentenas. Eram os médicos do porto em 1871 Pedro Mallo e Eduardo Wilde.

O Conselho de Higiene, tal qual a Junta Central de Higiene, era um órgão meramente consultivo. Os braços executivos do primeiro eram a Câmara Municipal de Buenos Aires, a Junta de Sanidad del Puerto e o governo federal argentino. Como veremos, esse arranjo gerou atritos e reclamações, muitas vezes similares aos acontecidos no Rio de Janeiro (Ruiz Moreno, 1949).

Uma grande peculiaridade do caso de Buenos Aires era a atribulada relação entre os vários órgãos responsáveis pela higiene. A disputa política entre a província e o governo federal, desaguou em questões relacionadas à saúde. O Consejo de Higiene e a imprensa autonomista da província acusaram o governo federal de ser o responsável pela epidemia de 1871, pois a Junta de Sanidad, teria – segundo os primeiros - falhado em fiscalizar as condições de higiene dos navios que entravam no porto e em tomar providências enérgicas, leia-se quarentenas, para evitar a importação do mal naquele ano (Asociación Médica Bonaerense, 1871c).

Na capital da Argentina atuou ainda durante a epidemia um organismo independente: a *Comisión Popular de Salud*, formada por membros da sociedade portenha. Seu objetivo era auxiliar os órgãos governamentais, através do recolhimento e distribuição de doações, organização de novas enfermarias e alojamento aos doentes que precisaram deixar suas casas. A comissão contratou também, às próprias custas, pessoas sem qualificação para trabalhar como enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Contava com trinta e dois membros, divididos em seis comissões, sabendo-se que a maioria não era de médicos³³ (Scenna, 2009). Na comissão participavam vários personagens da política da Argentina como Bartolomé Mitre, Lucio Victorio Mansilla, Bernardo de Irigoyen, todos envolvidos com grupos políticos de oposição ao presidente Domingo Faustino Sarmiento (Scenna, 2009).

Apesar dos interesses políticos, a Comisión Popular teve sucesso nos seus fins filantrópicos: foram distribuídos medicamentos para os mais pobres e contratados, às custas

³² Em 1886, fora do corte temporal dessa dissertação, a Junta Central de Higiene Pública desdobrou-se em inspetoria de Higiene e Inspetoria Geral de Saúde do porto.

³³ Dos membros originais da comissão, apenas Manuel Argerich era médico formado. Ao longo da epidemia alguns médicos se juntaram a este órgão como funcionários e outros como voluntários.

da comissão, os drs. Pedro Mallo, Caupolicán Molina y Carlos Gallarini para atender os que não podiam pagar por serviços médicos. Mais tarde outros práticos se juntaram como voluntários.

2.4 - A epidemia de Buenos Aires em 1871 (1870)

As origens da epidemia de febre amarela que ocorreu em Buenos Aires em 1871 nos levou ao verão do ano de 1870, quando houve aproximadamente 200 mortos pela doença (Scenna, 2009, p. 173) entre os meses de fevereiro e maio. Os relatos incriminam um passageiro que chegou a Buenos Aires em navio francês, de procedência do Rio de Janeiro, que, apesar de haver cumprido quarentena, apresentou sinais da doença após adentrar a cidade. Francisco Turret, francês, hospedou-se no Hotel Roma, localizado na Rua Cangallo, próximo ao centro de Buenos Aires na paróquia de Catedral al Norte. Começou a apresentar sintomas de febre amarela no dia 22 de fevereiro de 1870, vindo a falecer cinco dias depois (Berruti, 2010).

A temperatura nos dois primeiros meses de 1870 havia sido muito alta, marcando o termômetro em média 31°C até o fim da primeira quinzena de fevereiro. Foi também um período de chuvas intensas que causaram alagamentos na cidade. Contam os relatos da época que a temperatura só se tornou mais amena após as fortes chuvas de fevereiro, que terminaram somente em 25 daquele mês (Berruti, 2010).

O último caso de febre amarela registrado em Buenos Aires datava do ano 1858, o que me leva a crer que o vetor ou os portadores do vírus da doença não estiveram presentes na cidade durante a década de 1860. Para os médicos e cronistas da época, por falta da observação adequada das quarentenas, a doença fora novamente importada do Rio de Janeiro³⁴, onde grassava uma epidemia no ano de 1870 (Berruti, 2010).

Como ocorreria também no verão seguinte, os órgãos médicos oficiais não reconheceram a existência da doença quando do aparecimento dos primeiros casos. Houve debates se o diagnóstico seria correto³⁵ (Ruiz Moreno 1949, Scenna, 2009). Não foi

³⁴ Penso que a reintrodução do mosquito, de portadores do flavírus ou dos dois em Buenos Aires durante o ano de 1870 possa ter desempenhado papel importante na grande epidemia de 1871.

³⁵ Alguns médicos diagnosticaram a causa da morte de Turret como febre biliosa; infelizmente a fonte não cita seus nomes. Em fevereiro de 1871 os médicos Wells e Garbiso, radicados em Montevideú, e o dr. Angel

registrada a morte por febre amarela nos livros da comissária de polícia responsável pela área (Berruti, 2010 p. 669). As imprensas leiga e médica tampouco deram publicidade ao caso. A febre amarela apareceria primeiro no livro de registros do cemitério norte, que além do nome dos mortos, indicava esta causa da morte (Berruti, 2010).

Em 8 de março de 1870 a *Revista Médico-Quirúrgica* manifestou-se pela primeira vez sobre o acontecido: teriam: “*desaparecido los temores alarmantes que infundieran en el caso, pues no se presentó outro. Fue um hecho aislado cuyas causas determinantes fueron los desórdenes alimenticios*” (Asociación Médica Bonaerense, 1870a, p.391) e assegurou que o povo nada tinha a temer pois: “*han transcurrido quince dias; los demás pasajeros están sanos y buenos y el tiempo que permanecen los buques en cuarentena es suficiente para la incubación del mal termine a bordo y se declare la enfermedad*”. (Asociación Médica Bonaerense, 1870a, p.391).

O dr. Pedro Mallo, médico da capitania do porto, proibiu que os passageiros desembarcassem sem que antes houvesse a inspeção sanitária dos navios e intensificou as quarentenas, principalmente em navios que provinham do Rio de Janeiro, sendo eles enviados a La Ensenada (Asociación Médica Bonaerense, 1870a, p.391).

A doença ficou restrita ao foco inicial, ou seja, o quarteirão limitado pelas ruas Cangallo, Cuyo, Maipu e Esmeralda até o mês de abril, quando começaram a aparecer os primeiros casos nas paróquias de San Miguel, San Nicolas e Balvanera. Continuou a haver doentes e mortes por febre amarela até o final de maio, mesma época em que chegam os primeiros relatos do início de uma epidemia em Assunção, Paraguai.

Os últimos casos do primeiro semestre de 1870 foram registrados em 18 de maio. A partir do dia 26 já não havia doentes de febre amarela em nenhum dos hospitais da cidade declarada livre do hóspede incômodo em 8 de junho pela *Revista Médico-Quirúrgica* (Asociación Médica Bonaerense, 1870b).

Porém a trégua foi breve, já no final de dezembro de 1870³⁶, segundo a *Revista Médico-Quirúrgica* (Berruti, 2010), a febre amarela voltou à cidade, dessa vez para ficar. Os primeiros casos foram identificados novamente no bairro de San Telmo, em um cortiço

Golfarini questionaram o diagnóstico de febre amarela feito por outros médicos. Diziam esses doutores que não havia febre amarela em Buenos Aires. Ver página 33 dessa dissertação para mais detalhes.

³⁶ A *Revista Médico-Quirúrgica* registrou os primeiros casos de febre amarela no dia 25/12/1870. A memória da Junta de Sanidad del Puerto afirma que o início da epidemia se deu no dia 06/01/1871 e Scenna marca o dia 27/01/1871 como começo do terrível flagelo, devido a morte de três amareletos.

da então rua Artes, hoje Carlos Pellegrini. O dono não permitia a retirada do lixo e lá habitavam aproximadamente trezentas pessoas em espaço onde só cabiam cinquenta. Por ironia do destino, além de alguns inquilinos, o dono do cortiço e sua esposa também faleceram de febre amarela (Scenna, 2009).

A memória da Junta de Sanidad sobre a epidemia de 1871 traz um aporte interessante sobre esses casos: especula se a epidemia não teria sido causada por germes latentes deixados pelos casos do ano anterior, novamente ativados pelas más condições higiênicas da cidade. Soa como uma maneira de tentar isentar a Junta de qualquer responsabilidade pela importação da doença (Wilde e Mallo, 1871).

Entre os médicos,³⁷ era mais aceita a tese de Jose Penna (1895) de que a febre amarela fora importada a partir da epidemia que grassava no Paraguai pelos combatentes que regressavam daquele país. Os autores do século XX (Scenna 2009; Ruiz Moreno, 1949; Besio Moreno, 1940) compartilham desta opinião, fortalecida pelo fato de que uma epidemia aconteceu em Corrientes, antes da chegada da febre amarela a Buenos Aires. A primeira localidade estava na rota de retorno dos batalhões de combatentes da Guerra do Paraguai (1865-1870), que por lá paravam para se reabastecer e cuidar dos feridos.

A *Revista Médico-Quirúrgica* de 8 de janeiro de 1871 (Asociacion Médica Bonaerense, 1871a) solicitava que se aumentasse a fiscalização também nos portos do litoral norte, pois vários passageiros trocavam de barco aí e vinham para Buenos Aires em navios que não sofriam quarentenas. Assim um grande número de contaminados podiam estar adentrando a cidade.

Scenna reforça a tese de importação do Paraguai ao afirmar: “*se siguieron librando patentes limpias a buques hasta mediados de diciembre y recayó sobre él [o consulado argentino em Assunção, responsável por emitir as patentes] buena porción de responsabilidad por la catástrofe subsiguiente*” (Scenna, 2009 p. 181).

No mês de janeiro a capital argentina esteve entregue à preocupação com alguns casos de febre amarela e com a epidemia de varíola em curso na cidade. As reações mais enérgicas à primeira viriam no início do mês seguinte. Em janeiro registraram-se apenas seis mortes (Scenna, 2009; Ruiz Moreno, 1949) por febre amarela em seu foco inicial.

³⁷ Chego a essa conclusão a partir da análise da *Revista Médico-Quirúrgica*

Os últimos dias de janeiro e os primeiros de fevereiro foram delicados para as autoridades. Com o receio de causar generalizada confusão, não divulgaram dados fidedignos sobre aquelas mortes (Scenna, 2009; Ruiz Moreno, 1949). Como veremos, alguns médicos contestaram a seriedade da epidemia de febre amarela, apesar de o governo uruguaio determinar doze dias de quarentena para os passageiros procedentes de Buenos Aires (Scenna, 2009).

Em 5 de fevereiro, o Consejo de Higiene tomou as primeiras medidas contra a epidemia: pediu autorização ao governador da província para desocupar à força os locais infectados, isolou o quarteirão de San Telmo onde foram diagnosticados os primeiros casos, mandou regar as ruas adjacentes à zona infectada, ordenou aos médicos paroquiais que atendessem de graça os doentes menos abastados e pediu às comissões paroquiais que designassem inspetores para verificar o cumprimento das medidas de higiene (Scenna, 2009, p. 203).

A revista *Médico-Quirúrgica* (Asociación Médica Bonaerense, 1871b) descreve o caso de um conventillo na rua Bolívar, onde houve alguns casos de febre amarela, atribuídos às altas temperaturas da quinzena e à imundice do local, foi desocupado e desinfetado o imóvel.

Em fevereiro, à medida em que se agrava a epidemia, a imprensa diária aumenta as reclamações sobre os conventillos e os saladeros. Somente na primeira quinzena morreram 46 pessoas de febre amarela (Scenna, 2009 p. 467), acontecendo alguns casos em bairros do norte e oeste da cidade.

A comissão paroquial de Catedral al Sur, vizinha a San Telmo, resolveu então isolar as casas onde tinha havido casos de febre amarela e fumigá-las com óxido nítrico; submeter pessoas de outras paróquias infectadas a 15 dias de observação antes de que habitassem Catedral al Sur; cair e limpar de toda a paróquia em 12 dias; queimar as roupas dos doentes e fumigar as dos sãos que houvessem tido contatos com doentes. Os mortos iam ser sepultados em 6 horas no máximo, sob pena de multa (Scenna, 2009 p. 208).

Em fevereiro de 1871 irromperam as primeiras polêmicas científicas sobre a epidemia Garbiso, médico do porto de Montevideu, e Wells médico da mesma cidade, colocam em dúvida se a epidemia reinante em Buenos Aires era realmente de febre

amarela. Argumentou Eduardo Wilde (1871) que a opinião daqueles doutores não possuía valor científico, pois não tinham tido contato com os doentes (Scenna, 2009).

Também o dr. Juan Angel Golfarini, veterano da Guerra do Paraguai, escreveu no início de fevereiro uma carta entregue só no final do mês ao chefe da comissão paroquial de San Telmo, declarando que não havia epidemia nenhuma, apenas alguns casos isolados de febre amarela. De fato, quando a carta foi produzida, a mortalidade mantinha-se baixa, porém quando ela chegou ao destinatário e ao público, o número de mortes diárias por febre amarela já ultrapassava o de todas as outras causas somadas (Ruiz Moreno, 1949, p. 134).

O jornalista Manoel Bilbao, foi outro a questionar o diagnóstico dos médicos através do diário de qual era diretor, *La República*. Em editorial, declara ter visto febre amarela em Guaiquil e Lima e as características da doença que grassava em Buenos Aires pareciam-lhe muito diferentes (Scenna, 2009).

Em 14 de fevereiro o governador Emilio Castro, respondendo a ataques intensos da imprensa diária, decretou a suspensão das atividades dos saladeros³⁸ a partir de 1 de março, ameaçando multar os que não cumprissem a determinação (Ruiz Moreno, 1949; Scenna, 2009).

Temendo os políticos perder votos à municipalidade, não cancelou os festejos de carnaval,³⁹ que aconteceram entre 19 e 21 de fevereiro. Para Scenna (2009) e Ruiz Moreno (1949), o confinamento das pessoas nas casas de baile colaborou para o aumento do número de casos. Mardoqueo Navarro, contemporâneo da epidemia, que manteve um diário sobre os acontecimentos, observou: “*Las fiestas arrecian y la fiebre se olvida. Los excesos rendirán sus frutos*” (apud Scenna, 2009 p. 214).

Além dos bailes, foram condenados um jogo carnavalesco tradicional, uma espécie de entrudo, em que (ao invés de laranjas) se atiravam ovos nas pessoas; e a outra brincadeira tradicional era atirar baldes de água nos transeuntes. Pensavam os médicos que geravam mais matérias em putrefação nos espaços públicos, piorando as condições sanitárias da cidade (Scenna, 2009).

³⁸ Os rejeitos da sua atividade, que eram atirados no Riachuelo, eram considerados altamente poluidores deste rio e fonte de emanção de miasmas. Tais indústrias foram acusadas muitas vezes de gerar as condições acessórias necessárias ou até mesmo o miasma responsável por causar a febre amarela. Analisarei esta questão em mais detalhes no capítulo 3 desta dissertação.

³⁹ Atualmente não existe o hábito de festejar o carnaval em Buenos Aires, porém diz Scenna sobre a época em que estudamos: “*que los festejos carnavalescos eran ansiosamente esperados y casi sagrados*” (Scenna, p. 214).

À época do carnaval foram formados cordões sanitários nas regiões afetadas pela febre amarela. A doença parece tê-los ignorado, pois começaram a surgir casos fora da região inicialmente afetada. A seção quinzenal da *Revista Médico-Quirúrgica* reclamou dos alagamentos nos dias de chuva, responsabilizando a má qualidade dos calçamentos e do nivelamento das ruas. Ao final de fevereiro já se contabilizavam 288 mortos por febre amarela (Scenna, 2009).

No início de março os saladeros suspenderam as atividades, mas a epidemia não declinou. Observou-se o início de dois movimentos muito peculiares àquela epidemia: o ataque aos estrangeiros, principalmente italianos, responsabilizando-os pela febre amarela, e o início da fuga em massa da cidade.

O primeiro movimento é perceptível na imprensa diária e na *Revista Médico-Quirúrgica*: os locais onde habitavam os estrangeiros formavam focos da doença, pois havia grande aglomeração de gente sem asseio. Nas palavras de Cleto Aguirre:

“la inmensa mayoría de nuestros inmigrantes es compuesta del pueblo bajo del sud de Italia, gente sin oficio, acostumbrados al osío y desaseo y cuyo contingente no solamente es negativo para el progreso de un país, pues que consume sin producir, sino que encierra un peligro real en el orden moral, el orden económico y aun en lo que se refiere a la higiene pública, haciendose en esta, mas que en otra clase de inmigrantes, necesaria la vigilancia de la autoridad” (Asociación Médica Bonaerense, 1871c, p. 362).

Alguns conventillos foram esvaziados de acordo com as ordenanças de 5 de fevereiro, sob o pretexto de que estavam infectados. Grande parte dos inquilinos eram italianos. Sem ter onde morar e perdendo parte dos seus bens, muitos regressaram a seu país de origem. Aqueles que não podiam arcar com o custo da passagem faziam fila na porta do consulado italiano solicitando assistência (Scenna, 2009).

O dia 2 de março marcou o início da emigração em massa para fora da cidade: só nesse dia foram vendidas quatro mil passagens de trem para os vilarejos próximos. Com medo da infecção, as famílias mais abastadas começaram a se retirar para Flores, Belgrano e San Isidro (Scenna, 2009).

O quadro sanitário começava a piorar. Uma postura municipal (Asociación Médica Bonaerense, 1871e, p. 365-66) determinou que todos os pacientes de febre amarela,

independente de sexo e idade, do bairro de San Telmo, fossem transferidos para o lazareto municipal. O dr. Cleto Aguirre protestou, argumentando que o hospital se tornaria um foco da doença. Em sua opinião o melhor era tratar os doentes em casa (Asociación Médica Bonaerense, 1871e).

Tão cheios estavam os hospitais ao final do mês que só eram admitidos os doentes em estado grave. Por conta disso, a Sociedad de Beneficiencia criou a suas custas uma enfermaria para os doentes na zona norte da cidade, atual bairro da Recoleta. A reação dos habitantes do local foi a pior possível: atearam fogo ao prédio com medo de se tornasse um foco de infecção. Um mês depois foi levantado um hospital no mesmo local para atender os doentes da epidemia (Scenna, 2009).

Em 9 de março, o Consejo de Higiene baixou várias instruções:

“designó comisionados de manzana, alentó la formación de comisiones parroquiales y solicitó a los médicos la denuncia de los casos y la remisión de un informe diario. Entre los consejos sanitarios dispuso la desinfección de las letrinas con cal, el encalado de las paredes, no consumir leche o agua sin hervir, limpiar las casas a fondo, prohibir la pésima costumbre de arrojar aguas servidas a la calle, ordenó quemar los objetos, ropas e incluso camas de las personas fallecidas y encaró una campaña de desratización, aconsejó marcar las casas donde hubiera aparecido la fiebre amarilla y – aparentemente con el fin de purificar el aire – dispuso se quemara alquitrán en grandes vasijas emplazadas en las esquinas. Finalmente cursó orden a los inspectores de limpieza para que extremaran la vigilancia del cumplimiento estricto de las ordenanzas sobre barrido, debiendo recogerse las basuras a las horas indicadas” (Scenna, 2009, p. 220).

Os primeiros quinze dias de março foram muito quentes e úmidos, e a isso a “Revista de La Quincena” (Asociación Médica Bonaerense, 1871c) atribuiu a responsabilidade por a doença a se espalhar por todos os bairros da cidade. A partir do dia 6 as mortes por febre amarela já alcançavam cem por dia. Os carros fúnebres disponíveis na cidade não davam mais conta da demanda por enterros. Além disso, o cemitério sul encontrava-se saturado, a ponto de ter sido necessário recorrer a valas comuns para economizar espaço. O cemitério norte, ou da Recoleta, era também muito pequeno para absorver os cadáveres de amarelentos. Como medida emergencial o governo da província

baixou decreto, em 11 de março, determinando a construção de novo cemitério, em Chacarita de Los Colegiales, e a extensão da linha férrea para servi-lo:

“El futuro enterratorio quedaba muy apartado de la ciudad(...) la distancia comprendida [em 1871] entre la actual estación Federico Lacroze [criada entao para servir ao cemiterio] y la esquina de Pueyrredón y Corrientes [considerada o limite da cidade em 1871] era un enorme descampado, donde no había un solo camino decente más o menos transitable. Las pocas sendas (...) en caso de (...) fácilmente se convertían en pantanos.” (Scenna, 2009 pg. 223-24).

As últimas semanas de março contrariaram as expectativas: esperava-se que o pampero, vento frio que vem do sul da Argentina, marcando o final do verão, o responsável pelos os “bons ares” que dão nome a cidade, as chuvas e a queda de temperatura do período trouxessem uma diminuição da epidemia, o que não ocorreu. A *Revista Médico-Quirúrgica* descreveu assim a segunda quinzena de março: *“seguimos sufriendo los horrores de la fiebre amarilla, epidemia que vá para tres meses y siembra el luto y el espanto en las familias. (...) toda la extensa ciudad de Buenos Aires está invadida por el cruce flajelo; los cortejos fúnebres cruzan las calles sin cesar; la emigración a la campaña es considerable”* (Asociación Médica Bonaerense, 1871f, p.1). Entre os que fugiam para o interior estavam médicos em grande número: *“Los que más serenos han hecho frente a esta lucha gigantesca son insuficientes para llenar todas las necesidades de la actualidad.”* (Asociación Médica Bonaerense, 1871f, p.2). Dos médicos que ficaram na cidade, alguns morreram de fadiga, outros por contrair a doença. Perdiam a confiança da população por sua incapacidade de dar fim à epidemia, registrando as fontes que vários médicos foram xingados por famílias de vítimas da febre amarela (Scenna, 2009; Ruiz Moreno, 1949).

A falta de mão-de-obra qualificada para atender aos doentes levou a *Revista Médico-Quirúrgica* a sugerir que as comissões paroquiais destinassem parte de seus fundos à criação de lazaretos. Foi levantado pelo mesmo órgão a hipótese da febre amarela ter se aclimatado à cidade (Asociación Médica Bonaerense, 1871c, p.1-3). A Comissão Popular resolveu pagar médicos para que eles se dedicassem exclusivamente ao tratamento da febre amarela. Destinou fundos também para a contratação de qualquer um que quisesse trabalhar como enfermeiro.

Desde 1 de março fora instituído, através de decreto do governador da província, Emilio Castro, o projeto de Bartolomé Mitre⁴⁰ de fornecer abrigo e alimentação às classes mais pobres fora da cidade. A partir de então começou a criação de abrigos⁴¹ provisórios nos vilarejos ao longo da linha férrea. Cada família que escolhesse partir para essas localidades recebia gratuitamente as passagens de trem, alojamento e alimentação. Aqueles que não podiam deixar de ir à cidade todos os dias foram contemplados com desconto de 75% nas passagens enquanto durou a epidemia.

A Junta de Sanidad proibiu a imigração estrangeira, transportou até o Uruguai aqueles que estavam sob quarentena, até que terminasse a epidemia. O mês de março encerrou-se com 4.895 mortos por febre amarela (Scenna, 2009).

As missas do Domingo de Ramos, que deviam ser celebradas no dia 2 de abril, foram suspensas para que os padres pudessem dar extrema unção àqueles à beira da morte. Scenna descreve assim a situação: “*Los primeros días de abril señalaron el colmo de la desgracia, se evidenció como nunca la impotencia de las comisiones, los médicos, los consejeros y los auxiliares. Todas las medidas posibles se habían tomado y la epidemia seguía in crescendo.*” (Scenna, 2009, p. 306)

O domingo de Páscoa, 9 de abril, foi trágico: 501 óbitos, matando os casos mais graves da doença entre 24 e 48 horas. A Comisión Popular aconselhou a todos que pudessem abandonar a cidade, que o fizessem o mais rápido possível, “*para salvarse a sí y a salvar los suyos*” (Scenna, 2009, p. 325).

Em 10 de abril foi decretado feriado até o final daquele mês em Buenos Aires. Este fato, aliado à entrada em operação dos abrigos montados pelo governo, ao longo da segunda quinzena do mês, intensificou-se o abandono em massa da cidade. Segundo as estatísticas mais conservadoras, 53.000 (Ruiz Moreno, 1949) pessoas partiram; os mais radicais estimaram que 170.000 (Besio Moreno, 1940) habitantes fugiram. Scenna (2009) e Scobie (1974), baseados em Mardoqueo Navarro, afirmam que emigraram para a campanha 130.000 pessoas, dois terços da população da capital argentina.

⁴⁰ Mitre foi presidente da Confederação Argentina entre 1862 e 1868, fundador do Jornal *La Nación* e inimigo político do então presidente Domingo Faustino Sarmiento.

⁴¹ Foram usados vagões de trem – aproximadamente 200 – transformados em alojamento e acampamentos com tendas. Ajudaram a viabilizar esta operação uma doação de camas, colchões e dinheiro organizada pessoalmente por Pedro II. Também foram enviados donativos do Uruguai.

Esses números me parecem os mais adequados, pois, me parecem em sintonia com o estado da cidade que Scenna descreve assim:

“Buenos Aires habia muerto. Escuelas, teatros, confiterias, clubes, iglesias eran un exponente de desolación con sus puertas cerradas. Las casas en construcción – que eran muchas – se levantaban inconclusas y abandonadas con aspecto de ruinas. Los hoteles que aún permanecían abiertos se negaban a recibir nuevos pasajeros. Los bancos dejaron de atender por falta de personal. Por la misma razón cerraron los tribunales, los juzgados y la mayor parte del comercio. Muchos comerciantes se vieron enfrentados a la ruina: las ventas cayeron a cero y nadie cumplía con sus obligaciones de pago; a partir de mediados de marzo se desató una serie de quiebras en cadena que en abril se convirtió en avalancha, desarticulando el andamiaje financiero de la ciudad” (Scenna, 2009 p. 331)

O desespero era tão grande que famílias abandonavam os parentes doentes na cidade. Muitos destes acabavam sucumbindo à doença, e não havia ninguém para providenciar seu enterro, o que levou o poder público a mobilizar voluntários para recolher estes cadáveres. Como muitos não possuíam treinamento médico, recolhiam pacientes em estado comatoso, enterrando-os mesmo assim. Circularam relatos de mortos que “ressuscitaram” antes de serem enterrados (Scenna, 2009).

Graças ao despovoamento da cidade, aqueles que lá ficaram não sofreram desabastecimento de víveres. Por outro lado, as casas desertas e as ruas vazias favoreceram os saques. Alguns ladrões chegavam ao ponto de se juntarem a Comisión Popular, como voluntários, para conseguirem acesso às casas. A polícia baixou ordenança proibindo a transferência de móveis pelas ruas sem aviso prévio; os que fossem pegos nessa situação seriam considerados culpados de roubo (Scenna, 2009, p. 350).

Em 14 de abril foi habilitado o ramal ferroviário que levava em duas viagens diárias os mortos ao novo cemitério de La Chacarita, em vagões adaptados para transportar os caixões. A partir da segunda quinzena daquele mês, a epidemia deu sinal que começava a ceder: em 23 de abril, pela primeira vez desde março, morrera menos de cem pessoas num só dia. A população começou a voltar para à cidade, timidamente. Todas as fontes consultadas atribuem a isso um novo aumento das mortes (Ruiz Moreno, 1949; Scenna, 2009, Scoobie, 1974), que atingiram 160 no dia 28 de abril. O mês terminou com 7.564 mortos por febre amarela (Scenna, 2009).

O feriado foi estendido até 15 de maio e a Comisión Popular divulgou aviso à população instruindo-a não voltar ainda à cidade. Para que a doença não recrudescesse novamente. Os órgãos de higiene decidiram que as casas abandonadas deviam ser desinfetadas e fumigadas antes de serem ocupadas novamente (Scenna, 2009).

Maio começou promissor. O número diário de mortos decresceu: “*la epidemia toca su retirada de un modo notable, y los casos nuevos que se presentan son pocos y de ninguna intensidad en su mayor numero*” – lê-se em 8 de maio na “Revista de La Quincena” (Asociación Médica Bonaerense, 1871g, p. 33). e “*La temperatura ha sido suable y serena con un cielo despejado y dias hermosos*” (Asociación Médica Bonaerense, 1871g, p. 33).

Em meados de maio, o número de mortos diários havia baixado para uma média de trinta (Asociación Médica Bonaerense, 1871h, p. 49-50). No dia 20 foi desfeita a Comisión Popular. Mardoqueo Navarro registra que no dia 16 de maio havia apenas 222 doentes de febre amarela internados nos hospitais da cidade. Em junho a doença não fez mais vítimas apareciam só casos isolados o que levou a *Revista de La Quincena* a decretar na edição de 08/07/1871: “*La fiebre amarilla puede decirse ha desaparecido*” (Asociación Médica Bonaerense, 1871j, p. 97).

A febre amarela deixa uma profunda marca no imaginário coletivo de Buenos Aires. As cifras totais de mortos variam dos 13.614 estimados por Mardoqueo Navarro, aos 26.200 pelo *Standard*, jornal britânico editado em Buenos Aires, passando pelos 14.467 estimados por Jose Penna através dos livros dos cemitérios, e as 13.275 computadas por Scenna (2009).

A cifra estimada pelo *Standard* baseou-se em dedução estatística do número de mortes para cada mil habitantes. O jornal calculou esse número para os ingleses que habitavam a cidade, e usou a mesma proporção para estimar os mortos de outras nacionalidades, chegando assim ao número acima. Argumentou o jornal que os ingleses eram os imigrantes que em melhores condições materiais viviam, logo a proporção de mortes por mil habitantes desses, seria no mínimo igual ao de outras nacionalidades, principalmente os italianos, que viviam em piores condições materiais e higiênicas.

Se considerarmos que Buenos Aires tinha por volta de 190.000 habitantes no ano de 1871 (Scenna, 2009), notamos que a epidemia matou aproximadamente 10% de sua

população. Segundo José Penna, a taxa de morbidade da doença foi em torno de 65%, para Doncel no Lazareto San Roque, foi de 52% (Doncel, 1873). É difícil chegar informação acurada, pois muitos doentes foram tratados fora dos lazaretos, sem nenhum tipo de registro e muitos outros sequer chegaram a receber tratamento

2.5.- A epidemia do Rio de Janeiro em 1873.

Infelizmente não contamos com fontes secundárias dedicadas especificamente à epidemia de febre amarela de 1873 no Rio de Janeiro. Esta parte do trabalho foi desenvolvida com base no Relatório do Presidente da Junta Central de Higiene para o ano da epidemia (Rego, 1874), na imprensa diária leiga e nos *Anais Brasilienses de Medicina* do mesmo período, principalmente as atas das reuniões da Academia Imperial de Medicina.

Ao contrário de Buenos Aires, a febre amarela já era hóspede habitual do Rio de Janeiro. As repetidas epidemias que aconteciam anualmente desde 1850 (Rego, 1873) levavam os médicos do Brasil e de outras partes do mundo a acreditar que o germe da doença havia se aclimatado ou enraizado na cidade, enquanto que em Buenos Aires, médicos acreditavam que seria necessária a importação do mal para o surgimento de uma epidemia de febre amarela.

Em 1873 já havia se dissipado a incerteza sobre a aclimação da febre amarela gerada por sua ausência entre os anos de 1867 e 1870. Segundo Pereira Rego (1874), nos três anos anteriores a 1873, a cidade sofrera sérias perturbações higiênicas, sobressaindo epidemias de febres “endêmicas”, erisipela e febre amarela, esta em 1870⁴² e 1872⁴³.

O Rio de Janeiro em 1873 era descrito assim pelo presidente da Junta Central de Higiene Pública:

“As ruas, exceto algumas do centro comercial, não tinham grau de asseio compatível com os melhoramentos desta cidade e seu grau de população; as praias também pouco ou nenhuma limpeza tinham, as valas e riachos que servem aos esgotos dos lugares onde não está em execução o novo sistema, achavam-se obstruídos pelo lixo que lhes lançava a população respectiva; chiqueiros de porcos eram tolerados nos bairros menos centrais; os

⁴² 748 mortos pela febre amarela. (Academia Imperial de Medicina, 1871g).

⁴³ 102 mortos por febre amarela, 1021 por varíola e 1511 por tuberculose pulmonar (Rego, 1874)

cortiços, por falta de fiscalização, não guardavam as condições de asseio precisas em estabelecimentos habitados por grande numero de pessoas em geral pouco cautelosas; finalmente aterros com lixo eram executados no matadouro, nas praias e algumas ruas sem as cautelas necessárias... Esta ordem de cousas dava a esta cidade condições quase idênticas às em que se achou em 1850.” (Rego, 1874, p.2).

Pereira Rego acrescentava que a Companhia City Improvements, contribuía para agravar as condições de insalubridade com escavações constantes para fazer a desobstrução dos encanamentos devido à falta d'água e a defeitos de construção, provocando “emanações deletérias” que corrompiam a atmosfera (Rego, 1874, p2).

Os primeiros casos de febre amarela, diagnosticados ainda em setembro de 1872 (Rego, 1874), foram debatidos na sessão geral da Academia Imperial de Medicina de 11 de novembro do mesmo ano (Academia Imperial de Medicina, 1872). O dr. Nicolao Moreira registrou que a cidade de Montevideú impunha quarentenas às embarcações procedentes do Rio de Janeiro por grassar aí a febre amarela e a varíola.

A primeira começou a tomar ares epidêmicos na segunda quinzena de dezembro de 1872 (Rego, 1874). Vários casos foram então diagnosticados nos bairros portuários da Saúde, Gamboa e Prainha. O dr. Aristides Garnier registrou na sessão da Academia Imperial de Medicina de 16/12/1872 (Academia Imperial de Medicina, 1873a) dois casos de “tifo icteróide”⁴⁴, que tinham dado entrada na Santa Casa, em dezembro um deles já falecido.

No início de janeiro, sob a ação de uma temperatura elevada, a epidemia rompeu inesperadamente com violência ceifando no dia primeiro quatorze vidas, era tão graves a doença então, que os casos ocorridos se podiam contar “os mortos pelos atacados” (Rego, 1873, p. 11). Foram então criadas comissões paroquiais para zelar pela salubridade e encaminhar os mais pobres aos hospitais. Também foi providenciado o transporte dos imigrantes recém-chegados para fora da cidade até que a epidemia cessasse (Rego, 1873).

A febre amarela causou no ancoradouro de carga e descarga: “muito sensíveis [...] estragos”, atribuídos ao calor abrasador de janeiro. Tripulações de vários navios foram quase totalmente afetadas (Rego, 1873, p. 13). Em 17 de janeiro de 1873 foi reaberto o Hospital Marítimo de Santa Izabel, em Jurujuba, Niterói.

⁴⁴ Um dos termos usados então para se referir à febre amarela (Mafra, 1872)

Na sessão de 27 de janeiro da Academia Imperial de Medicina (1873b), Pereira Rego observou que a forma hemorrágica da doença era a mais comum. Na mesma sessão, expôs as medidas tomadas até então pela Junta de Higiene Pública para combater o mal.

“1ª - Medidas relativas ao melhoramento do estado higiênico atual da cidade no que diz respeito ao asseio e outras circunstâncias das condições higiênicas das ruas, praças e outros lugares públicos. 2ª - Irrigação das ruas e praças públicas. 3ª - Disseminação dos navios estacionados no porto desta capital, e dos que nele entrarem, ou em lugares afastados das praças anteriores da barra. 4ª - Retirada dos emigrantes para fora da cidade e município, não se permitindo aos que chegam passarem aquém da Ilha e fortaleza Villegaignon e fazendo-os embarcar e conduzir fora da barra e outros pontos do litoral dela, d’onde depois sejam removidos e internados nas várias localidades da província. 5ª - Nomeação de comissões médicas paroquiais para acudir aos acometidos pelo flagelo da epidemia, com os subsídios necessários, e especialmente os remédios. 6ª - Abertura do hospital de Santa Izabel, principalmente destinado para a gente de mar acometida, afim de prevenir a sua acumulação nos hospitais da cidade. 7ª - Inspeção dos cortiços existentes, sua remoção ou diminuição do número de moradores. 8ª - Conselhos ao povo quanto ao seu regime ordinário e ao que lhe cumpre fazer na ocasião de ser acometido pela doença” (Academia Imperial de Medicina, 1873b, p. 5-6)

O dr. Costa Ferraz protestou contra o governo e o caráter meramente consultivo da Academia, reclamando para este órgão status executivo, sob pena de o Rio de Janeiro nunca melhorar suas condições higiênicas, pois as medidas sugeridas pelos higienistas quase nunca eram postas em prática. Para o dr. Pires Ferreira, os cortiços existentes em grande número na cidade e com muita aglomeração de pessoas, eram os verdadeiros focos da epidemia (Academia Imperial de Medicina, 1873b). Muitos dos acadêmicos queriam acabar com aquele tipo de habitação, porém os conselhos nesse sentido nunca eram acatados pelo governo imperial nem pela Câmara Municipal, pois feriam o direito à propriedade (Benchimol, 1990).

Pereira Rego aponta outro argumento contra a desocupação massiva dos cortiços: diz que aproximadamente vinte mil pessoas habitavam esses espaços, a grande maioria pois não tinham condições de sustentar uma unidade unifamiliar. O Barão do Lavradio dizia que

estas pessoas estavam melhores abrigadas nos cortiços do que se estivessem morando nas ruas (Academia Imperial de Medicina, 1873b).

O grande afluxo de doentes à Santa Casa obrigou o governo imperial e a municipalidade a abrirem novas enfermarias em outros pontos da cidade. A Santa Casa viabilizou duas novas enfermarias, uma em São Cristóvão, outra na freguesia da Lagoa. A Sociedade Portuguesa de Beneficência e a Caixa de Socorros de D. Pedro V também criaram enfermarias para atender aos portugueses, esses locais acabariam dando assistência também a nacionais e imigrantes de outras nacionalidades (Rego, 1874).

O mês de janeiro terminou com 889 mortos por febre amarela. O início de fevereiro não trouxe grandes novidades ao panorama. Para Pereira Rego, as medidas higiênicas tomadas e as mudanças nas condições meteorológicas e atmosféricas que tornaram-se, “igual à dos meses que se podem considerar frios” (Rego, 1874, p. 34) evitaram que a epidemia se agravasse no período. Mas ela recrudescer em fins de fevereiro, fato relacionado ao tempo seco e quente que espalhou-se pela cidade, “mormente na área compreendida entre o largo da Lapa por um lado, rua Bom Jardim e América, por outro, e litoral, desde a praia de Santa Luzia até a do Saco do Alferes, lavrando o flagelo sempre com mais força nos bairros onde avultava o número de cortiços.” (Rego, 1874, p. 13).

Lavradio destacou o fato que a maioria desses locais eram servidos pela City Improvements, que a epidemia foi abastecida pelos miasmas gerados através dos constantes trabalhos que esta companhia fazia no sub-solo da cidade. O revolvimento da terra e a abertura dos canos colocariam as matérias em decomposição contidas nos últimos em contato com o ar.

No dia 18 de fevereiro o *Jornal do Commercio* publica editorial dizendo:

“A imprensa [de Buenos Aires] apoiava quase unanimemente a reclamação do Conselho de Higiene Municipal para que se fechassem os portos às procedências do Brasil. O governo geral hesitava ainda, porquanto tem ele também a sua junta de saúde, e esta era de parecer que, além da quarentena de 15 dias, máximo período de incubação do germen de qualquer epidemia, todas as outras medidas seriam injustificáveis e atentatórias dos direitos das nações e da humanidade” (Editorial, 1873, p.1).

Em 3 de março o governo federal argentino publicou no diário oficial (Gazetilha, 1873a, p.2) a decisão de não fechar os portos, nem de aumentar as quarentenas em vigor de 15 dias aos navios procedentes do Brasil.

Então reinava no Rio de Janeiro a forma hemorrágica da doença, caracterizada por fenômenos atáxico-adinâmicos ou somente a adinamia. Pereira Rego, Nicolao Moreira e Peçanha da Silva. Notaram que nessa epidemia a doença evoluía de forma mais rápida, com o segundo e terceiro períodos se manifestando em um espaço menor de tempo do que em epidemias anteriores. A morte acontecia em média dois a três dias após os primeiros sintomas (Academia Imperial de Medicina, 1873f).

Dizia Pereira Rego (Rego, 1874, p.13) que duas ou três horas após a morte os cadáveres já estavam em plena decomposição, chegando a epiderme e o couro cabeludo a destacar-se dos ossos após esse período. A doença atacou em sua maioria imigrantes não aclimatados, principalmente portugueses e italianos. O mês de fevereiro terminou com um saldo de 1087 mortos.

Março trouxe esperança àqueles que lutavam contra a febre amarela. As fortes chuvas e a diminuição da temperatura, principalmente ao longo da segunda quinzena, levava a crer que febre amarela cederia. Grassava também na cidade a varíola hemorrágica neste período, ainda assim a primeira matou muito mais, fazendo 592 vítimas naquelas duas semanas de março (Rego, 1874).

A partir do final desta quinzena o número de cadáveres amarelentos diminuiu, como nota o *Jornal do Commercio*:

“... o número das vítimas diárias da febre amarela, que manteve até o dia 10, com exceção de um dia, acima de 40 desceu daí em diante; que neste período de declinação cresceu o das outras febres, parecendo, sobretudo a de forma ‘typhoide’, tendem a aumentar em numero e intensidade, e substituir aquela cujo reinado declina, segundo indica o movimento dos hospitais e a clínica urbana” (Gazetilha, 1873b, p. 2).

Na segunda quinzena de março a febre amarela perdeu força. O período apresentou temperatura mais amena. Pereira Rego (1874) notou que: “desde esse dia [27/03/1873] quase tem cessado as entradas nos diversos hospitais de pessoas dela afetadas” (Rego,

1874, p. 37). O período terminou com 316 mortos pela febre amarela, queda significativa em relação aos quinze dias anteriores.

A primeira quinzena de abril solidificou as impressões de Pereira Rego: foram apenas 162 mortos de febre amarela. Apesar da desaceleração na Corte, a febre amarela chegou às estações da Estrada de Ferro Pedro II de Maxambomba e Comércio. Pereira Rego afirmou que o primeiro doente saiu já contaminado da corte e criou um foco de infecção nessas paragens. A doença parece não ter se espalhado mais, pois não houve movimento migratório das populações desses locais. Lá a doença foi menos fulminante, os casos que levaram à morte duraram entre seis e sete dias (Rego, 1874).

O mês de maio foi no geral mais seco e com temperatura mais amena que os anteriores; a epidemia já havia cedido. Nesse período morreram 180 amareletos. Na segunda quinzena de junho Pereira Rego decretou o fim da epidemia; no mês inteiro a febre amarela matou 83 pessoas. Segundo o Barão do Lavradio a taxa de morbidade, observada no Hospital Marítimo de Santa Izabel foi de 23,35%; alta se comparada com a de 1870 onde 17,46% dos afetados pela febre amarela morreram. Dos 15.382 mortos de 1873, 3.604 faleceram por febre amarela.

2.6 – A epidemia de Buenos Aires através da imprensa diária

Escolhi duas de cinco publicações diárias de Buenos Aires, escolha que se justifica pelas seguintes razões: *La Prensa*, que circulava à tarde, era o jornal de maior circulação, enquanto que *La Nación*, diário da manhã, foi o único meio de comunicação a não ter suas edições afetadas pelo caos que se instalou na cidade. *La Prensa* deixou de circular por alguns dias durante o feriado decretado por causa da epidemia (aproximadamente 45 dias); as edições nesse período foram limitadas a apenas quatro páginas por falta de insumos e mão-de-obra para imprimir o jornal em seu formato normal de oito páginas (Scenna, 2009).

Além disso, a escolha dos dois jornais deu-se a seus alinhamentos políticos opostos. *La Prensa* era defensora do governo nacional da Argentina, ao passo que *La Nación* mantinha posição crítica a esta esfera de poder, alinhando-se politicamente às autoridades da província de Buenos Aires. Tal discordância cria terreno fértil para a análise de uma importante questão: como a epidemia foi usada pela imprensa para tecer críticas ou elogios

às esferas de poder – nacional, provincial e municipal - atuantes na cidade de Buenos Aires. Analisarei dois episódios-chave para a compreensão do uso político da epidemia: a discussão sobre as quarentenas e a segurança portuária de Buenos Aires; e a contratação de médicos brasileiros para ajudar no combate à febre amarela.

Antes de tratar das questões relativas à doença, devo dizer algumas palavras sobre a situação política na Argentina e em sua capital à época da epidemia. Depois da derrota de Juan Manuel Rosas na batalha de *Caseros*⁴⁵ em 1852 e da promulgação da Constituição de 1853 instaurando a Federação Argentina, a província de Buenos Aires separou-se dessa por discordar dos critérios representativos adotados. Cada província possuiria número igual de representantes nas câmaras. Buenos Aires defendia representação proporcional à população de cada província (Devoto e Fausto, 2004).

Depois de promulgada a constituição, foi editado o decreto que federalizou a cidade, sendo este o principal motivo da separação, até 1860, da província de Buenos Aires do resto da federação. Ela o fez por não aceitar as perdas políticas e financeiras que ocorreriam caso a representatividade equalitária para todas as províncias fosse posta em prática.

Após a guerra entre Unitaristas e Federalistas, liderados respectivamente por Bartolomé Mitre e Justo José de Urquiza, a vitória dos primeiros levou a reaproximação entre Federação Argentina e província de Buenos Aires.

Com a revisão da constituição de 1853, Buenos Aires se comprometia a sediar as autoridades federais até a escolha definitiva da capital da nação. Ganhava também o direito de manter as rendas da alfândega do porto de Buenos Aires por seis anos, além de isenção de impostos federais para algumas instituições provinciais, como o Banco de la Província de Buenos Aires (Devoto e Fausto, 2004).

Assim, entre 1862 e 1880, as autoridades nacionais argentinas ficaram sediadas na cidade de Buenos Aires, enquanto a “questão da capital” se resolvia. Durante as presidências de Bartolomé Mitre, Domingo Faustino Sarmiento e Nicolás Avellaneda, a maioria dos “caudillos” da província de Buenos Aires foram derrotados e lançou-se a “*Campaña del Deserto*”, que expropriou vastas extensões territoriais sob controle indígena, fortalecendo o domínio do Estado Nacional (Scoobie, 1974).

⁴⁵ A batalha de *caseros* marcou o fim da ditadura de Juan Manuel Rosas e a fundação da Confederação Argentina.

La Prensa e La Nación refletiam o conflito entre os “caudillos” da província de Buenos Aires, interessados em sua manter autonomia política, e os representantes da Confederação Argentina, que cobiçavam as rendas da província de Buenos Aires. Esta luta pelo poder teve seu desfecho em setembro de 1880⁴⁶, quando o exército da Confederação Argentina subjuguou as forças da província de Buenos Aires, decretando a federalização da cidade de mesmo nome e a transformando na capital do país.

O noticiário à época da epidemia traduzia as preocupações da população: a rapidez com que a febre amarela se espalhou, principalmente na zona sul da cidade, de maior concentração demográfica, e mais numerosas habitações coletivas, onde a mortalidade, chegou a mais de 500 por dia, no início de abril de 1871.

O caos logo se instalou, o abandono das áreas infectadas pelas pessoas abonadas que buscavam refúgio em regiões próximas, onde a febre amarela não chegara ainda. A fuga foi tão maciça que padres, médicos e representantes do governo federal deixaram Buenos Aires. Esse movimento foi apoiado pelas autoridades municipal e federal, que decretaram feriado na cidade por um período aproximado de quarenta e cinco dias, oferecendo passagens de trem e alojamento fora da cidade para aqueles que não podiam pagar e desejavam deixar a capital (Scoobie, 1974).

A paralisação atingiu todos os ramos de atividades pública e privada: a alfândega de Buenos Aires viu sua arrecadação praticamente cessar no período, jornais tiveram problema para circular⁴⁷ e muitas lojas ficaram fechadas durante quase todo o feriado.

La Nación era um jornal de oposição ao governo federal. Seu fundador, Bartolomé Mitre, militou em defesa dos interesses da província de Buenos Aires e contra a nacionalização das rendas da aduana do porto de Buenos Aires. Como presidente da Confederação Argentina, através de acordos políticos e da força militar buscou subordinar os interesses das províncias do interior aos de Buenos Aires. Ainda que *La Nación* tentasse descolar sua imagem da de Mitre, e vice-versa, era claro o tom crítico ao governo federal,

⁴⁶ Houve um enfrentamento entre o exército da província de Buenos Aires liderado por seu governador Carlos Tejedor, de tendência mitrista, contra as forças aliadas a Liga dos Governadores, que apoiavam a candidatura de Julio Argentino Roca. Saíram vitoriosos do conflito os últimos. Ver Scoobie (1974) Radovanovic (2001).

⁴⁷ *La Prensa* por exemplo circulou com metade de seu tamanho normal e em alguns dias não foi impresso devido à falta de operários para trabalhar nas oficinas. Várias edições de diversos jornais foram publicadas sem editorial por se encontrem todos seus editores fora da cidade ou doentes.

tanto em relação ao episódio da febre amarela, quanto a outros temas de importância para o país, como a decisão quanto ao local definitivo para sua capital (Devoto e Fausto, 2004).

La Prensa, por sua vez, tomava – quase sempre – posição oposta aos editoriais de *La Nación* nas questões que envolviam polêmicas entre a esfera regional e nacional de poder.

Ao longo de todo o ano de 1871 houve tentativas de se atribuir a culpa da epidemia a uma das esferas de governo. Neste jogo político, *La Nación* culpava o governo federal argentino pela importação da febre amarela, por não ter exercido fiscalização eficiente no porto de Buenos Aires⁴⁸. O mesmo jornal critica a omissão do governo federal frente à epidemia em Buenos Aires: um editorial de *La Nación* declara, em tom sarcástico, que o governo federal não mandou nenhum tipo de ajuda à cidade, sob a justificativa de que não deveria se intrometer em problemas locais, ainda que, em outras ocasiões, não hesitasse em intervir em favor dos interesses de políticos do interior frente aos de Buenos Aires. O governo federal, segundo *La Nación*, seria um “Juan de afuera”, aquela figura que sempre se exime de suas responsabilidades (El Juan de afuera, 1871, p.1).

La Nación censurou também a retirada dos principais representantes do governo federal argentino da cidade, inclusive o presidente da nação Domingo Faustino Sarmiento. Criticou o governo federal que: “*legalizaba por un decreto su vergonzosa fuga a la campaña*” (Editorial, 16/04/1871, p.1); durante aquele exílio o país fora prejudicado, pois não foram votados os orçamentos para o ano de 1872 nem questões relacionadas a guerra civil em curso na província de Corrientes⁴⁹. “*¿Pero porqué se disolvió como corporación nacional? ¿Porqué cortó sus relaciones con el resto de la República?*” (El gobierno federal, 23/08/1871, p.1)

Enquanto, *La Nación* taxava Sarmiento de covarde por esta atitude, exaltava a coragem de Mitre, que permaneceu na cidade – onde inclusive contraiu febre amarela - e ajudou a organizar os socorros aos necessitados como vemos: “*En efecto el general Mitre prostrado en su cama con toda sua familia, después de visitar los lazaretos de Buenos*

⁴⁸ A autoridade portuária de Buenos Aires tinha dentre outras atribuições a fiscalização das quarentenas, e era subordinada ao governo federal argentino.

⁴⁹ O general Ricardo López Jordan foi eleito governador provisório da província de Corrientes após o assassinato do governador de direito Justo José de Urquiza pela forças do primeiro. O presidente da Confederação Argentina Domingo Faustino Sarmiento declarou guerra a López Jordan e à província de Corrientes. Em janeiro de 1871 se exilou no Brasil.

Aires, insultado por un gobierno que acaba de portarse como el del Sr. Sarmiento, es un cuadro de contrastes que no necesita comentario alguno” (El Juan de afuera, 12/04/1871, p.1)

A administração municipal, segundo *La Nación*, não tinha nenhuma culpa no episódio da febre amarela: os problemas de infra-estrutura e assistência a enfermos eram herança de governos anteriores, que não tinham feito os investimentos necessários. A administração atual pagava bem seus funcionários, possibilitando-lhes boa alimentação e exigia o asseio dos mesmos assim como dos canteiros de obras, colaborando dessa maneira para a saúde pública.

La Prensa por sua vez defendia o governo federal no tocante à fiscalização das quarentenas, argumentando de que a autoridade portuária havia ditado regras rígidas com o intuito de evitar a introdução de miasmas na cidade, proibira aos navios fundeados no canal do Riachuelo de atirar rejeitos ao mar. A suposta fuga de passageiros de uma embarcação em quarentena, noticiada por *La Nación*, seria falsa.

La Prensa critica ferozmente o governo municipal: a culpa da epidemia recai principalmente sobre esta esfera de poder, pois a cidade se encontrava em péssimas condições de higiene. As principais críticas, diziam respeito ao recolhimento de lixo, à limpeza das ruas, à prostituição, à população carcerária. Segundo o diário não existia licitações nem contratos para a limpeza das ruas.

“no reprobamos este celo por conservar la pureza de las costumbres [combate a prostituição], porque tenemos el convencimiento profundo, que su relajación viene la ruina de los pueblos, pero descartamos ver La Municipalidad igualmente manifestar ese mismo celo en favor de la limpieza pública y de la higiene doméstica en cuanto su abandono daña la salubridad general” (Apuntes Higiênicos, 21/10/1871, p.2)

A imprensa leiga analisada por mim publicou artigos extraídos da *Revista Médico-Quirúrgica*.⁵⁰ *La Nación*, no início da epidemia, questionava o porquê da ausência de médicos na imprensa leiga:

“... ¿que hacen, entretanto, los iniciados ó és desconformidad que ese silencio significa?”

⁵⁰ Periódico especializado em medicina editado pela Academia de Medicina de Buenos Aires

*Lo primero puede admitirse y lo segundo no puede advinarse:
Entretanto solo un médico ha hablado por las columnas de este diario y sin la requisitoria del gobierno; no habríamos tenido ni la opinión del consejo de higiene que, felizmente se ha producido en el sentido de la propaganda que la prensa inició” (Editorial, 16/02/1871, p.1)*

Fragmento de artigo republicado em *La Nación* da *Revista Médico-Quirúrgica* parece corroborar a ausência de pareceres especializados: “*La discusion, sobre todo en lo que respecta a las causas concurrentes a la propagación de la fiebre, había quedado casi a cargo de los periodistas, que son estraños a la ciencia médica*” (Aguirre, 1871, p.3)

La Prensa publicou um artigo (Editorial, 1871, p.1) em que é visível a descrença acentuada em médicos, químicos e outros especialistas que buscavam explicar as causas da doença, questionando-se a autoridade e habilidade, principalmente de médicos e políticos, para lidar com a epidemia.

Este jornal endossou o discurso de *La Nación* de que apenas jornalistas trataram da epidemia, que os representantes do campo científico não se manifestavam na imprensa leiga sobre a doença, sua evolução e prognóstico. Rogava que aparecesse alguém capaz de acabar com a febre amarela através do método experimental (Editorial, 1871, p.1).

Durante e após a epidemia foram publicados diversos artigos de professores da Faculdade de Medicina de Buenos Aires e do Colégio Nacional Argentino⁵¹ sobre possíveis causas e melhores tratamentos para a febre amarela.

Apesar disto, o debate entre médicos não se desenvolveu na imprensa leiga,. Os artigos referidos acima não eram escritos para o público da imprensa leiga e sim transcritos a partir da imprensa especializada nas páginas da primeira.

Transcorreram grandes debates sobre a necessidade de obras públicas para evitar novas epidemias. Os principais temas eram: limpeza das ruas, das latrinas e das valas públicas e o fornecimento de água para a cidade. Mas eram articulistas e não de médicos e higienistas que se manifestavam aí.

⁵¹ Suas origens remontam ao colégio jesuítico da Argentina e recebeu o nome atual do presidente Bartolomé Mitre em 1863. Era uma instituição voltada à formação das elites da Argentina, tendo entre seus ex-alunos muitos presidentes, políticos e intelectuais de proa argentinos. Pode-se dizer que era uma instituição análoga ao Colégio Pedro II no Brasil.

Por volta de setembro de 1871, já extinta a epidemia, uma série de artigos em ambos os periódicos, discutia o melhor sistema para lidar com os rejeitos da cidade. De um lado, estava o sistema com *water closets* proposto pelo engenheiro John Frederick Bateman⁵² e por outro, o sistema de *Moule*, defendido por figuras locais de relevância, como Carlos Pellegrini, Pedro Agote e Adolfo Bullrich.

O sistema de “water closets” era similar à forma de esgotamento moderno, usava água para limpar os dejetos e transportá-los através de canos ao Rio da Prata. Já o sistema de *Moule* se baseava no enterramento dos rejeitos. Na opinião de seus difusores, o sistema de “water closets” diluía os rejeitos em água e estes ao serem transportados, sempre deixavam nos canos algum material orgânico, o qual seria responsável por emanar miasmas causadores de doenças (*La tierra como fuente...*, 1871, p.2).

Por trás dessa discussão técnica existiam interesses. Adolfo Bullrich⁵³ possuía contrato de limpeza com a municipalidade e havia comprado os direitos de utilização do sistema *Moule*. Se fosse escolhido o sistema de “water closets”, sugerido por John F. Bateman, as obras de implantação ficariam a cargo da empresa indicada pelo engenheiro inglês. Deste modo enxergamos uma questão comercial, influenciando em um debate que os jornais classificavam de puramente científico (Pico, 1871, p.4).

Outra polêmica, onde questões comerciais se entrelaçam ao debate científico, aconteceu no final de junho de 1871, quando Miguel Puiggari, professor de química da Universidade de Buenos Aires, defendeu a inutilidade da remoção dos saladeros⁵⁴ das proximidades da cidade alegando que estes não eram responsáveis pela geração de miasmas

La Nación acusava-o de incongruências pois em relatório de 1859, assinado pelo próprio Puiggari as águas do Riachuelo foram consideradas infectadas pelos saladeros. O livro de química publicado por Puiggari apresentava opinião similar (*El sr. Puiggari*, 1871, p.1.)

Da leitura de *La Nación* depreende-se que a possibilidade da mudança de posicionamento devia-se a um contrato, firmado entre os saladeristas e o catedrático de química, para a desinfecção do Riachuelo. Se aquela indústria fosse removida, Puiggari

⁵² Engenheiro inglês contratado pela municipalidade de Buenos Aires para projetar e executar obras na cidade de: sistema de fornecimento de águas correntes, de esgotamento de águas e resíduos e também um novo porto.

⁵³ Grande empresário portenho, atuava em diversos ramos, e foi também intendente da cidade de Buenos Aires entre 1898 e 1902.

⁵⁴ Saladeros era o nome dado as indústrias de beneficiamento de carne

seria obrigado a pagar multa pela não execução do contrato, além de não auferir os lucros da execução do serviço. Como *La Nación* constata: “*su interés personal, legítimo sin duda, está en que los saladeros continúen en Barracas.*” (El sr. Puiggari, 1871, p.1.)

Segundo La Nación, o folheto de Puiggari (1871), que defendia a inocuidade dos saladeros, não é um trabalho científico, pois não atacava as causas da febre amarela nem apontava soluções para os problemas causados pela doença. O folheto limitava-se a atacar parte da imprensa favorável à remoção dos saladeros de Barracas. O articulista de *La Nación* afirmava que graças a sua reputação de professor da Faculdade de Buenos Aires, Puiggari conseguira convencer grande parte da população de que os saladeros não causavam problemas à saúde pública (El sr. Puiggari, 1871, p.1.).

Sobre esse tema, *La Prensa* tomava posição similar ao de *La Nación*, por ser favorável também à transferência dos saladeros para zonas afastadas da cidade. Porém não noticiava o conflito de interesses de Puiggari, dando até mesmo em suas páginas espaço para o que o mesmo divulgasse suas idéias. O único órgão de imprensa a posicionar-se a favor de Puiggari, segundo *La Nación*, foi o diário *La Tribuna*, não analisado nesta pesquisa (El sr. Puiggari, 1871, p.1.).

Outro caso que foi objeto de posições distintas dos dois jornais foi a contratação dos médicos brasileiros pra combater a epidemia de 1871 em Buenos Aires. Perante a falta de médicos para atender à população, o General Paunero,⁵⁵ representante da Confederação Argentina na Corte brasileira, contratou, através de edital público, médicos e estudantes de medicina do Rio de Janeiro para atender aos doentes de Buenos Aires. O contrato incluía pagamento das despesas de transporte e moradia, além de vultoso salário e pensão vitalícia à família dos médicos em caso de morte (Scenna, 2009).

Ao chegar próximo a Buenos Aires por volta do dia 4 de maio, o navio que transportava os médicos vindos do Brasil⁵⁶ foi impedido de atracar no porto da cidade, ficando fundeado próximo às Ilhas Horn, sob o argumento de evitar que fosse vítima de quarentena nas suas próximas escalas. Após comunicações entre o governo federal argentino e a municipalidade de Buenos Aires foi decidido que os serviços dos médicos não mais seriam necessários e estes foram enviados de volta ao Brasil. Oficialmente foi dito que

⁵⁵ Então ministro plenipotenciário da Argentina no Brasil (cargo análogo ao de embaixador), já havia participado da guerra do Paraguai.

⁵⁶ Havia também um venezuelano entre os voluntários.

a epidemia já declinava, de modo que os médicos atuantes em Buenos Aires eram suficientes, sendo um risco desnecessário expor os brasileiros à doença (Scenna, 2009).

O episódio gerou grande comoção na corte, foi suspensa uma função de teatro que arrecadara fundos para as vítimas da febre amarela em Buenos Aires. O clima no Rio de Janeiro, que antes era de simpatia e vontade de ajudar a capital da Argentina, tornou-se hostil à população daquela cidade.

Nesse caso também *La Prensa* tomou posição favorável ao governo federal de não deixar desembarcar os médicos brasileiros, argumentando que os salários oferecidos a eles eram altos demais; além disso o diplomata argentino ter-lhes-ia proposto vantagens que não eram de sua alçada - as pensões vitalícias, prerrogativa exclusiva do poder legislativo da nação (Los inconvenientes..., 1871, p.1.; Desahogos imprudentes, 1871, p.1)

Segundo *La Prensa*, os médicos brasileiros pretendiam atentar contra a soberania do país. Sua verdadeira intenção era fundar um hospital em Buenos Aires dirigido por brasileiros, que usaria prescrições médicas brasileiras e não se submeteria a nenhum tipo de autoridade – científica ou política – argentina.

O jornal acusa ainda o povo brasileiro, ou ao menos o da corte, de ajudar as vítimas do flagelo apenas por vaidade, à espera de algo em retorno. Os médicos brasileiros seriam mercenários, teriam se deslocado até Buenos Aires por dinheiro, não pela missão de tratar doentes (Los inconvenientes..., 1871, p.1.; Desahogos imprudentes, 1871, p.1).

Por outro lado, *La Nación* criticava duramente o governo federal, afirmou que o caso poderia ser tornar um problema diplomático. O governo federal teria incorrido em contradição: se a epidemia estava declinando, não haveria risco à vida dos médicos brasileiros. O jornal traduziu artigos do *Jornal do Commercio* do Rio de Janeiro sobre a comoção que o episódio provocou, e fez questão de enfatizar que aquela atitude não corresponderia ao sentimento da maioria da população buenaerense.

Na opinião de *La Nación*, a cidade sairia ganhando com conhecimento de médicos mais experientes em lidar com a febre amarela do que os argentinos.

La Nación usou mais uma vez o episódio para criticar a falta de ajuda financeira do governo federal a Buenos Aires. Aquele rechaçara os médicos brasileiros sumariamente, porque não queria arcar com os custos de sua estada. O jornal exalta o espírito caridoso dos

médicos brasileiros, que deixaram as suas famílias e sua prática para vir a Buenos Aires combater a terrível epidemia (Los médicos brasileños, 1871, p.1).

A conclusão que chego é que *La Nación* era um jornal comprometido em atacar o governo federal, provavelmente com o intuito de favorecer politicamente o seu fundador, Bartolomé Mitre, que ainda mantinha ambições políticas. A atribuição constante da culpa da importação da doença ao governo federal, aliado às constantes críticas feitas a Sarmiento, principalmente à maneira como foi manejado o episódio dos médicos brasileiros, demonstram, em minha opinião, um uso político da epidemia.

Por sua vez *La Prensa* demonstra alinhamento político com o governo federal, critica sempre a suposta participação de Mitre nos editoriais de *La Nación* e taxa esse meio de comunicação de órgão de propaganda política do general e não um órgão de imprensa “independente”. *La Prensa* usa a doença para criticar o governo municipal, principalmente na sua inoperância relativa às obras de infra-estrutura da cidade.

2.7 – A imprensa diária do Rio de Janeiro durante a epidemia de 1873.

Infelizmente a imprensa diária do Rio de Janeiro não traz a mesma riqueza, que a de Buenos Aires de material a ser analisado. Principalmente porque o meio de comunicação que escolhemos para ilustrar a epidemia de 1873, o *Jornal do Commercio* possuía formatação muito diferente dos diários de Buenos Aires que analisei.

A escolha de usar somente o *Jornal do Commercio*, foi baseada nos seguintes fatos: esse era o principal órgão diário de imprensa do Rio de Janeiro no período estudado, foi editado durante toda a década e os outros diários publicados⁵⁷ se assemelhavam muito em forma e conteúdo a ele. Todavia estou ciente de que essa escolha que limita o campo de análise do discurso apenas ao *Jornal do Commercio*, não reflete o caráter e as opiniões da imprensa do Rio de Janeiro do período como um todo.

Ao contrário dos últimos, que eram ricos em artigos editoriais, usavam e abusavam de opiniões polêmicas e ataques políticos, O *Jornal do Commercio* tinha a maior parte de seu conteúdo formado por publicações a pedido. Os editoriais, quando existiam, eram

⁵⁷ Como por exemplo a *Gazeta de Noticias* publicado a partir de 1875; e o *Diário do Rio de Janeiro*, que era publicado desde 1821.

bastante curtos e não encontrei nenhum que criticasse ou defendesse alguma das esferas de poder.

A maioria do material relativo à febre amarela era publicado a pedido dos leitores, o resto do conteúdo era publicado em outras seções dos jornais, porém sempre tratavam de ordenanças da câmara municipal, dos conselhos de higiene publicados pela Junta Central de Higiene ou dos boletins sobre a epidemia do mesmo órgão. Dessa forma, não encontrei na imprensa diária do Rio de Janeiro, grandes debates ou uso político da epidemia.

Escolhi o *Jornal do Commercio*, como já citei acima, por ser o órgão diário mais lido e com maior tiragem na época da epidemia. Infelizmente como já citei acima, a esmagadora maioria⁵⁸ das opiniões que foram publicadas nesse meio de comunicação foram de terceiros e não do jornal, ou seus editores.

Usei parte da cobertura do correspondente *Jornal do Commercio* da epidemia de febre amarela de Buenos Aires em 1871 na parte deste trabalho que trata da imprensa portenha. No ano de 1873, seu trabalho ficou quase que limitado a noticiar as quarentenas impostas aos navios procedentes do Rio de Janeiro e Montevideu devido às epidemias de febre amarela, como na correspondência publicada em 18/01/1873 (Correspondência, 1873a).

Em 18/02/1873 o correspondente noticia a imprensa de Buenos Aires clamava pelo fechamento do porto às procedências do Rio de Janeiro. Pondera que segundo as convenções sanitárias internacionais da época, o período de incubação máximo de qualquer germen não passaria de 15 dias; assim qualquer quarentena superior a esse período seria um atentado contra os direitos das nações e da humanidade de livre trânsito.

Diz que o medo da epidemia na verdade máscara:

“o ódio político. Impondo pesada quarentena às procedências do Paraguai e de Montevideu por causadas comunicações com o Brasil, procurava-se induzir as autoridades principalmente do último porto a fechá-lo aos nossos navios. A Tribuna de Buenos Aires até já aconselhara abertamente esta medida à vizinha capital para continuar a comunicar-se livremente com a outra margem do rio. Fechando-se-nos, porém, todos os portos da foz da

⁵⁸ É possível que pessoas ligadas às redações desses jornais tenham publicados artigos na seção a pedidos sob pseudônimos ou o título de anônimo.

Prata ainda que não seja senão até a do Paraná, em que pé ficará a nossa navegação para Mato Grosso?” (Correspondência, 1873b, p. 2)

Volta a noticiar sobre as quarentenas, dessa vez relatando os maus bocados que sofriam os passageiros em quarentena. Diz que havia destrato das autoridades para com os passageiros, a falta de víveres e de um local adequado de alojamento - um lazareto - para aqueles que chegam ao porto de Buenos Aires (Correspondência, 1873c, p.3).

As informações publicadas pela redação do *Jornal do Commercio* eram restritas à divulgação dos comunicados da Junta Central ou de qualquer outro órgão oficial relativo à higiene. Em 23/01/1873 o *Jornal do Commercio* publica os conselhos ao povo da Junta Central de Higiene contra a febre amarela:

“1 - Conservar ao maior asseio possível as habitações e suas dependências, tais como áreas, quintais, lojas cocheiras, etc, fazendo-as varrer todos os dias expondo-as a ventilação durante o tempo seco, ou em que não reinem os ventos sul e sudoeste acompanhados de chuvas copiosas.

2 - Lavar as casas uma ou duas vezes por semana com água simples ou com sabão, e com água cloruretada, se a epidemia for ganhando intensidade.

Naqueles em que se der algum caso de moléstia reinante convém recorrer-se logo às aspersões com cloro ou com água de Labarraque, e, melhor ainda às fumigações de enxofre e salitre.

3 - Remover do interior das habitações e de suas dependências tudo quanto possa contribuir direta ou indiretamente para a corrupção e viciação do ar atmosférico, e evitar o mais possível à acumulação de aves, animais domésticos, de matérias fecais, de águas servidas e finalmente de todos os resíduos vegetais ou animais

4 - Caiar de vez em quando as paredes do interior das casas e dos quintais, principalmente quando estas forem úmidas, ou estiverem pouco asseadas e impregnadas de substâncias nocivas à saúde.

5 - Evitar aglomeração de muitas pessoas em pequeno espaço para dormirem, de sorte que os donos das fábricas, armazéns e outros estabelecimentos que demandam maior ou menor concurso de indivíduos deverão sobretudo velar especialmente pela saúde de seus empregados, fâmulos ou escravos, não os obrigando a trabalhos excessivos, e proporcionando-lhes dormitórios ou aposentos vastos, bem arejados, secos e suficientemente asseados, e não próximos a algum deposito de imundices.

6 - Empregar fumigações repetidas com enxofre nos quartos. Ou outros lugares em que tenha sucumbido algum doente, fazer caia-los, e abandona-los depois por duas ou mais dias a ventilação e arejamento.

7 - Dormir cedo, sendo possível, nos aposentos da casa mais espaçosos, e em que penetre maior soma de luz e de ar durante o dia, e remover deles as roupas sujas que tenham servido durante o trabalho ou quaisquer outras.

8 - Passear ao ar livre e puro, pela manhã, ou à tardinha procurando-se de preferência os lugares elevados, sem contudo levar-se o exercício ao ponto de fatigar, porque então poderá tornar-se prejudicial

9 - Resguardar o corpo da umidade e das variações atmosféricas, usando-se roupas apropriadas ao tempo. Ter cuidado de mudá-las logo que se chegue suado a casa, afim de evitar a supressão rápida da transpiração, que pode constituir-se uma causa ocasional da moléstia, e ordenar que sejam estendidas fora dos aposentos de descanso, e em lugar bem arejado, as roupas suadas, máxime as de lã ou seda, as quais mais facilmente se deixam impregnar dos miasmas infecciosos.

10 - Usar de banhos gerais simples ou alcalinos que entretenham a limpeza da pele, podendo eles ser mornos ou frios, segundo o hábito de cada um, mas com moderação e com as devidas cautelas para não dar lugar às impressões súbitas de variada temperatura, e nunca achando-se o estomago em estado de plenitude.

11 - Usar de uma alimentação substancial e de fácil digestão, assim como um pouco de vinho generoso (havendo o hábito de bebê-lo) na ocasião da refeição; evitar cuidadosamente as substâncias indigestas, as frutas mal sazoadas (principalmente ácidas), os legumes, as carnes e peixes salgados, as massas pesadas e mal preparadas, as saladas e etc. e enfim os excessos da gula e o abuso de bebidas espirituosas ou geladas, pois que a observação tem demonstrado que a 'bebedice' e 'glotoneria' concorrem para a mortandade nas epidemias com um contingente proporcional ao da miséria das classes a que falecem os meios de asseio, de uma alimentação saudável e abundante, e enfim todas as comodidades da existência

12 - Fugir de todas as causas que possam excitar paixões vivas ou deprimentes, desterrar do espírito o temor exagerado da epidemia, e não empregar contra excesso nas precauções, porque tudo isto pode ser tão prejudicial quanto a coragem, a confiança e a tranquilidade são disposições favoráveis para arredar ou atenuar o ímpeto da epidemia

13 - Se nas circunstâncias ordinárias da vida o sono é indispensável para a reparação das forças entibiadas pelos trabalhos diários, e para conservação do perfeito equilíbrio das funções da economia, torna-se evidente a necessidade, quando reina uma epidemia mortífera, de deitar-se à horas convenientes, não frequentando assiduamente os teatros, os bailes e outras quaisquer reuniões que se estendam até alta noite, porque além da fadiga que causam os divertimentos prolongados, e dos excessos a que eles dão lugar algumas vezes,

ocorre o grave inconveniente de se exporem seus frequentadores à ação nociva do sereno, e de respirarem durante muitas horas um ar viciado não só pela aglomeração de numerosa quantidade de pessoas, como pela combustão das matérias empregadas para a iluminação das salas.

14 - Aos primeiros sinais de qualquer indisposição cumpre fazer logo aplicação dos meios terapêuticos convenientes, para que não sucedam males maiores, e talvez irremediáveis; e por isso os chefes da família, e aqueles que tiverem sob sua dependência muitas pessoas, deverão todos os dias pela manhã ter o cuidado de indagar minuciosamente do estado de saúde de seus subordinados, providenciando imediatamente, conforme as circunstancias o exigem.

15 - O uso de purgante, e de outros meios não aconselhados pela medicina; mas imbuídos pela especulação no ânimo do povo; uma excessiva abstinência, e a mudança súbita de hábitos inveterados com que não tenha sofrido detrimento a saúde de quem os tenha, e tudo isto no intuito de prevenir a moléstia, são prejudiciais, e podem antes contribuir para o efeito oposto àquele que se deseja alcançar.

16 - Finalmente, naquelas casas em que já estiver funcionando o atual sistema de esgoto, devem-se manter sempre no maior asseio as latrinas e bacias de águas servidas; não esquecendo a condição essencial de conservá-las constantemente com certa quantidade de água limpa, para que não tenha lugar o desprendimento de gases retidos, como tão comumente sucede por falta dessa cautela; naquelas, porém, em que tal sistema não estiver ainda em prática, as vasilhas que servem de receptáculo das matérias excrementícias deverão ser conservadas hermeticamente fechadas, convenientemente limpas e colocadas fora das habitações, ou pelo menos longe dos dormitórios, e desinfetados pelos meios já conhecidos, sempre que isso for possível” (Gazetilha, 1873c, p. 2-3)

Os artigos publicados na seção a pedidos dos jornais podiam ser classificados em duas categorias: tratamentos para a febre amarela e conselhos de higiene. Os da segunda categoria não diferiam muito do relatado acima. Os primeiros apresentam alguns fatos interessantes que analisaremos a seguir.

Havia uma disputa entre homeopatas e alopatas sobre a melhor técnica para o tratamento da febre amarela. Ao longo dos artigos publicados a pedido vemos a tentativa dos homeopatas de divulgar suas técnicas, enquanto que os alopatas as criticam e taxam de ineficientes.

Uma série de recomendações de remédios e fórmulas de desinfetantes são publicadas nessa seção. Chama a atenção a publicação de 02/02/1873 (Nye, 1873, p.3),

onde o General Nye garante que o Prompt alívio da Radaway faria desaparecer imediatamente a febre amarela. O bom general garante ter usado este produto em si mesmo e em suas tropas em Santiago de Cuba, obtendo resultados fantásticos.

Ainda no mês de fevereiro são publicados três artigos de homeopatas: o primeiro (O médico homeopata, 1873) solicitava que fosse dado mais espaço para o tratamento homeopático da febre amarela; o segundo (Castro, 1873), assinado pelo Dr. Mello Moraes (Moraes, 1874), anuncia sua clínica homeopática onde já teria tratado 134 enfermos de febre amarela com apenas quatro mortes. O terceiro (Faria, 1873), assinado pelo Dr. Marques de Faria, fazia propaganda do tratamento homeopático para a doença, afirmando que esse era quase infalível.

O Dr. Mello Moraes é o único a confrontar o tratamento alopático (Moraes, 1873, p.4), ao dizer que a homeopatia era o tratamento mais indicado pois colaborava para a expulsão do miasmas do corpo, em oposição a alopatia, que principalmente através da quinina, congestionaria o corpo impedindo a expulsão do miasma.

Por outro lado quase nenhum médico alopata levanta a voz contra o tratamento homeopático; os poucos que o fazem taxam a homeopatia de ineficiente e fantasiosa. Os tratamentos sugeridos esse tipo de médicos são os mesmos que veremos no capítulo três dessa dissertação.

Outro método curativo interessante foi publicado na mesma seção em 10/02/73. O Dr. Bartolomeu Jose de Tavares (1873) sugeria tratar a moléstia através do uso da eletricidade e do magnetismo. Afirmava que seu objetivo era restabelecer o equilíbrio magnético do corpo, curando assim a doença. Vale notar também a presença constante do Dr. Maximiliano Marques de Carvalho nas publicações a pedido. Esse médico era participante assíduo do *Jornal de Commercio* desde pelo menos 1871, ano em que publicou várias notas na mesma seção com recomendações e ponderações sobre a epidemia de febre amarela de Buenos Aires daquele ano.

Em 1873 o dr. Carvalho publicou: os principais sintomas dos estágios da febre amarela, sugestões de profilaxia (Carvalho, 1873a), tratamento (Carvalho, 1873b), desinfetantes (Carvalho, 1873c) e foi citado na publicação de uma nota de agradecimento (Anônimo, 1873), oriunda da uma paciente em que ele teria curado do “vômito negro”.

Apesar da falta de artigos de conotação política, a análise dos diários do Rio de Janeiro do ano de 1873 me levou a observar alguns pontos interessantes. Parecia que a imprensa leiga cumpria bem o papel de informar, ao menos a pequena parcela alfabetizada da população carioca da época, sobre como identificar a febre amarela e quais as medidas profiláticas que poderiam ser tomadas sem maior esforço. A imprensa fez parte do esforço de prevenção da febre amarela.

Era nesse espaço que eram divulgados os tratamentos alternativos que não eram combatidos ferrenhamente pela corporação médica. É interessante notar, ao menos até onde investiguei, que a homeopatia e o tratamento magnético não são taxados de charlatanismo, como eram os tratamentos baseados na tradição africana ou indígena.

2.8 – Conclusões

Chama atenção a discrepância do número de vítimas das epidemias no Rio de Janeiro e em Buenos Aires: 3604 e 13.275, respectivamente. Não encontrei nenhuma explicação, para este fato nas fontes que analisei, porém levanto algumas hipóteses.

A primeira é baseada na própria lógica da época: de que as repetidas epidemias do Rio de Janeiro levaram à aclimação da população, e dessa maneira tornando-a menos suscetível à febre amarela. Essa hipótese está baseada no fato de que a maioria das vítimas da febre amarela no Rio de Janeiro eram estrangeiros; a população carioca aclimatada teria desenvolvido uma maior resistência, talvez por já ter contraído as formas mais brandas da doença anteriormente, fato que os próprios médicos da época já observavam como responsável pelo desenvolvimento algum tipo de imunidade⁵⁹, ou por estarem mais acostumados às altas temperaturas do clima tropical.

A medicina contemporânea explica a hipótese anterior. Sabemos atualmente que o corpo humano é capaz de gerar anticorpos que combatem o flavírus após a primeira infecção, tornando extremamente raro para um indivíduo contrair a febre amarela pela segunda vez. A vacina desenvolvida pela fundação Rockefeller é baseada neste princípio. Assim, as constantes epidemias do Rio de Janeiro teriam sido responsáveis por expor

⁵⁹ Os médicos da época já haviam observado que era muito incomum para uma pessoa que sobreviveu ao ataque da febre amarela, desenvolver a doença novamente.

grande parte de sua população ao flavírus, o que os levou a desenvolver as defesas necessárias para evitar a re-contaminação pela febre amarela.

É interessante notar, todavia, que a primeira invasão da febre amarela ao Rio de Janeiro, em 1850, matou 4.160 pessoas (Marcilio, 1993), fato que pode atentar contra a hipótese levantada acima, uma vez que em 1850 era pouco provável que grande parte da população carioca já tivesse sido exposta ao vírus. Ainda sim temos de considerar possíveis erros no diagnóstico da doença, devido à falta de familiaridade dos médicos que atenderam aos doentes, como algo que possa ter distorcido esses números.

É necessário levar em conta a questão do tráfico de escravos da África para o Brasil. Muitos relatos, principalmente de médicos da força colonial francesa, diziam que a febre amarela também era endêmica na África. A grande quantidade negros que migrou para o Rio de Janeiro compulsoriamente, representava algo ao redor de 50% da população da cidade ou aproximadamente 80.000 pessoas em 1850 (Benchimol, 1990), esses indivíduos podiam possuir imunidade à febre amarela e também terem sido responsáveis por expor parte da população radicada aqui ao flavírus, o que novamente reforçaria essa hipótese.

Colabora também com essa hipótese o fato de que durante as duas primeiras visitas da doença a Buenos Aires, 1852 e 1858, não houve um número tão expressivo de vítimas⁶⁰. A esta altura, o número de afro-descendentes que habitavam em Buenos Aires era maior do que em 1871⁶¹.

Médicos e higienistas da capital do Brasil tinham mais experiência no trato com a doença, como também pesquisavam mais sobre a mesma, do que seus pares portenhos. Talvez a maior precisão no diagnóstico e adoção mais breve das precauções necessárias tenha aumentado as chances de sobrevivência dos pacientes tratados pelos médicos brasileiros, em comparação aos tratados por argentinos.

Ainda que os preceitos básicos do tratamento – uso de diaforéticos, laxantes, vomitórios e tônicos – fosse o mesmo no Rio de Janeiro e em Buenos Aires, havia maior

⁶⁰ Infelizmente não achei registros exatos, porém acredito que a taxa de morbidade destes anos não tenha sido fora da média, pois a doença não gerou nenhuma comoção, ao contrário do ocorrido em 1871.

⁶¹ Ver: Andrews (1989). O autor apresenta dados de um censo da população de Buenos Aires de 1838, onde 14.928 ou 26,1% da população eram negros. A partir da tese desenvolvida nessa publicação, de que não houve grande êxodo ou chacina da população negra dessa cidade entre esse último ano e o recenseamento de 1887, que marcava a presença de 8.005 negros da cidade, inferimos que, na década de 1850, havia maior número de afro-descendentes em Buenos Aires que em 1871.

gama de medicamentos disponíveis no Brasil pra cumprir tais funções,⁶² e creio eu que esse aspecto possa também ter colaborado para uma menor taxa de morbidade da febre amarela na primeira cidade.

Outra grande diferença entre as epidemias se apresentou no tocante ao comportamento da população. Como vimos, em Buenos Aires, grande parte da população, inclusive as classes mais pobres, abandonaram a cidade pelo temor da epidemia. O abandono em massa não ocorre no Rio de Janeiro; apenas a aristocracia tinha o hábito de passar os verões em Petrópolis, porém as classes mais baixas permaneciam na cidade.

A postura dos governos também foram distintas: enquanto que as esferas de poder da Argentina declararam feriado por um mês para incentivar o êxodo da cidade, o governo imperial e o da cidade do Rio de Janeiro não tomaram nenhum tipo de atitude nesse sentido, exceto o retardamento do início das aulas da faculdade de medicina.

Interessante também que em nenhum dos casos foram suspensos os festejos de carnaval, coisa que já segundo a lógica médica da época, devido à aglomeração de pessoas em espaços fechados, colaboraria para o aumento da epidemia.

Encontrei muitas diferenças também na imprensa diária e em seus estilos de retratar a epidemia. Enquanto que em Buenos Aires o jornalismo era marcado pela presença de editoriais polêmicos, onde a epidemia fora usada como arma política, no Rio de Janeiro o jornal do *Jornal do Commercio* ao tratar da febre amarela apenas divulgava conselhos higiênicos, de profilaxia e de tratamento que partiam do poder público e de particulares.

Em relação às coincidências entre as duas epidemias, a única digna de nota em é relacionada à marcha da doença. Ambas as epidemias começaram apresentando casos com marcha regular, onde o ataque durava de cinco a sete dias após esse período ou o doente morria ou convalescia. Porém no auge do verão, em ambas as cidades, a doença começou a apresentar casos fulminantes, onde a terminação, geralmente fatal, se dava ao final de dois ou três dias.

⁶² Ver capítulo três dessa dissertação.

3. A febre amarela dentro dos muros da corporação médica (1870-1880).

3.1 A febre amarela nas teses de doutoramento das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Buenos Aires.

As três teses de doutoramento da Facultad de Medicina de Buenos Aires e as doze da Faculdade do Rio de Janeiro por mim levantadas são documentos importantes para esclarecer em que ponto estava o conhecimento de médicos da Argentina e do Brasil acerca da febre amarela. Foram escolhidas pois conformam toda a produção que pude encontrar de alunos de medicina das duas cidades nos anos 1870.

Em geral as teses da Faculdade de Medicina de Buenos Aires são produzidas numa linguagem direta. Os textos preocupam-se em expor aspectos da doença, como os sintomas apresentados pelos pacientes, as lesões observadas em necropsias e os tratamentos adotados. As teses da Faculdade do Rio de Janeiro têm uma preocupação clara em construir uma genealogia da doença, em definir aonde seria o berço do mal. São escritas em linguagem rebuscada, que se aproxima mais da literatura do que da linguagem técnica, clara e direta usada pelos estudantes argentinos.

As teses destes baseavam-se na experiência prática e direta que os seus autores tiveram com a febre amarela na epidemia de 1871. São relatos de observações feitas pelos doutorandos Salvador Doncel (1873) e Jacobo Scherer (1872) no Lazareto Municipal de San Roque; e Miguel S. Echegaray (1871) no bairro de San Telmo, o mais afetado durante a epidemia. As descrições de sintomas, lesões cadavéricas, marcha e prognóstico da febre amarela presentes nas teses referem-se, segundo grifo dos próprios autores, exclusivamente a episódios observados durante a epidemia de 1871 em Buenos Aires. Os três doutorandos atribuíam os conhecimentos usados para o diagnóstico diferencial da doença à consulta de manuais ou médicos estrangeiros. Reitero que estes autores reforçam o caráter contingente de suas observações como específicas à epidemia de 1871 na cidade de Buenos Aires.

Pude notar que os autores estavam em contato ou tinham conhecimento de literatura estrangeira sobre febre amarela, mas é difícil rastrear a bibliografia consultada para a confecção das teses de doutoramento, uma vez que quase não existem referências nominais em citações bibliográficas. As referências são sempre a “um famoso médico”, “uma pessoa

em quem tenho confiança” ou a “um velho catedrático que trabalhava comigo no lazareto”. Ainda assim, posso afirmar que existem similaridades entre o que foi escrito por autores argentinos e brasileiros.

Nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro as informações usadas para descrever marcha, sintomas, lesões e tratamentos são todas retiradas de relatórios ou livros de médicos brasileiros como Jose Pereira Rego, o Barão do Lavradio, João Vicente Torres Homem; e Pedro Francisco da Costa Alvarenga, brasileiro radicado em Lisboa, Portugal. Faziam largo uso das proposições dos estrangeiros Nicolas Chervin, Wilhelm Griesinger; Doutrolau, St. Vel e Augustin Grisolle. Entre os médicos nacionais sobressaíam: o Barão de Petrópolis e Souza Costa, sendo os dois últimos professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro na década de 1870.

Notei que os autores preferiam usar mais as observações dessas ‘autoridades’ do que sua própria prática ao redigirem suas teses. Aqui reside a primeira diferença importante: os doutorandos argentinos parecem ter se envolvido mais diretamente no tratamento dos doentes do que os brasileiros. Posso inferir também que havia maior participação dos primeiros nas autópsias, fato que marca uma diferença nas práticas destes formandos.

Estudantes argentinos parecem ter-se envolvido mais no trato diário da epidemia em Buenos Aires do que os brasileiros, nas epidemias do Rio de Janeiro. A maior curiosidade ou necessidade (não sei ao certo) dos estudantes argentinos em participar de autópsias denota, em minha opinião, alguns aspectos: necessidade mais proeminente de confirmar o diagnóstico de febre amarela; de ver *in loco* as alterações no organismo dos doentes e, possivelmente, maior necessidade de mão-de-obra especializada, uma vez que grande parte dos médicos de Buenos Aires deixou a cidade durante a epidemia.

O último fator pode constituir diferença marcante na atuação das corporações médicas das duas cidades: é possível que menor número de médicos do Rio de Janeiro tenha deixado a cidade durante as epidemias, por isso não foi necessário recorrer tão largamente a estudantes para atender aos doentes. Não quero dizer que os médicos brasileiros eram heróis e os argentinos, covardes. O fato pode demonstrar que, por estarem mais familiarizados com a doença, os médicos brasileiros acreditavam ter menos chances de ficar doentes. Ou ainda, acreditavam que, por estarem aclimatados, fenômeno muito

valorizado pela ciência como determinante da maior ou menor suscetibilidade, os brasileiros teriam menores chances de contrair a doença, aumentando assim o número de profissionais dispostos a combatê-la durante crises epidêmicas.

As teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro revelam, me parece, a pretensão de tratar a febre amarela de maneira universal, em contraste com as teses argentinas que tratavam de um evento singular, a epidemia de 1871. Como veremos mais à frente, as discussões relativas ao agente etiológico da doença nas teses do Rio de Janeiro são muito mais aprofundadas. Notei também que a bibliografia mobilizada pelos doutorandos é mais abrangente no Rio de Janeiro, citando eles um número bem maior de médicos estrangeiros e nacionais.

As três teses da escola médica de Buenos Aires seguem basicamente a mesma estrutura adotada pelas teses do Rio de Janeiro. Todas tratam de definir a doença, do local onde acontecem as epidemias, suas causas, principais sintomas da doença, meio de transmissão ou maneira como se espalha, diagnóstico, prognóstico, por fim tratamento profilático e curativo.

Echegaray (1871, p.8) define a febre amarela como doença miasmática endêmica ou epidêmica que se desenvolve principalmente nas ilhas e costas da América, não estando relacionada a um clima ou estação do ano específico, apesar de ser mais comum durante os meses quentes. Scherrer (1872), Doncel (1873) e os estudantes brasileiros definem a doença da mesma maneira usando palavras diferentes.

Os argentinos e dez entre os doze brasileiros concordavam, em linhas gerais, que a causa da febre amarela era um miasma ou eflúvio produzido pela decomposição de substâncias animais e/ou vegetais em putrefação. Concordavam também que a composição do miasma era ainda desconhecida.

Pereira Rego, uma das principais autoridades citadas pelos doutorandos brasileiros, explicava assim o elemento causador da febre amarela: “ela [a febre amarela] consiste em um princípio miasmático *sui generis*, resultante da decomposição das substâncias orgânicas e vegetais, principio miasmático cujo desenvolvimento se exige um certo grau de calor e umidade unido às condições especiais de localidade, como parece demonstrar a observação” (Rego apud Moreira, 1871, p.19). Tal idéia foi citada no meio universitário, na

década de 1870. Foi escolhida por duas teses de 1871 (Moreira, 1871; Mesquita, 1871) e uma de 1872 (Mafra, 1872).

A teoria do miasma palustre, palúdico ou paludoso como causador da febre amarela era das mais defendidas. Vejamos o que escreveu a esse respeito Correia Junior:

“Argumentam os patologistas (...) que a febre amarela tem por berço localidades essencialmente palustre, o delta do Mississipi, o litoral do golfo do México e as costas de muitas ilhas do Atlântico, principalmente as grandes Antilhas. Dizem mais que a moléstia se desenvolve com grande caráter epidêmico, de preferência nos portos e na foz dos grandes rios da África e da América, e por último, que ela apresenta em suas manifestações sintomáticas analogias mais ou menos francas com a seqüência de fenômenos mórbidos, que caracterizam o impaludismo” (Correia Junior, 1876, p. 7)

Apoiavam esta doutrina, parcial ou totalmente, médicos de renome internacional como: Nicolas Chervin, Jean Devèse e Jean Christian Marc Boudin, todos ligavam a febre amarela ao pântano, porém tinham interpretações particulares da teoria. As principais críticas levantadas contra ela eram: que as lesões patológicas geradas pela febre amarela diferiam das causadas pelo miasma “typhico” e: “A evolução espontânea da febre amarela só se dá em certas e determinadas localidades, deixando de produzir-se em outras colocadas em identidade de circunstancias [onde havia o desenvolvimento de pirexias de cunho palustre]. Essa limitação, essa eleição de lugar é prova segura da especificidade do elemento que a gera” (Correia Junior, 1876, p. 7).

O miasma de origem “typhica” também era defendido como causador da febre amarela, baseado nos diferentes alicerces da teoria anterior: as similaridades sintomáticas e anatomo-patológicas, desta vez com “typho”. Baseava-se também nos resultados benéficos atingidos com medicamentos usados para combater o “typho” e a “febre typhoide”, na cura da febre amarela. (Correia Junior, 1876, p. 16-17).

Ainda assim havia discordância entre os defensores deste miasma: “sustentam; uns, que a febre amarela pertence somente á mesma família patológica do ‘typho’, conservando, entretanto, sua autonomia; outros querem que as duas entidades mórbidas sejam uma e a mesma moléstia, apenas modificada pelo influxo de condições topográficas e climatéricas diferentes.” (Correia Junior, 1876, p. 15).

Entre os defensores desta teoria estão o dr. Manoel de Valladão Pimentel, Armand Trousseau, Anatole Marie Emile Chauffard e Julien Fauvel. O miasma palustre foi escolhido em parte por Correa Junior (1876) para descrever o princípio causador da febre amarela, pois usou esta teoria em associação com a teoria dos fermentos.

O miasma misto como causador da febre amarela, teoria amplamente defendida por Torres Homem era definido pelo mesmo assim:

“ Para mim, diz o Dr. Torres Homem, a febre amarela é uma moléstia infecciosa, produzida pela ação de um miasma, que procede da decomposição das matérias orgânicas, vegetais e animais, que participa por conseguinte da natureza do miasma que produz as febres paludosas e do miasma que produz o ‘typho’. Este miasma misto, depois de receber da atmosfera marítima um cunho especial, determina na crase do sangue uma profunda alteração, a qual no começo, se revela por fenômenos de reação, mais tarde por fenômenos hemorrágicos e atáxo-adinâmicos” (Torres Homem, J.V. Lições de clinica sobre a febre amarela, rio, 1873 apud Correia Junior, 1876, p. 22).

A teoria de Torres Homem parece ser a mais popular entre os doutorandos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (Silva, 1877; Carvalho, 1876; Guimarães, 1872; Reis, 1872).

O pioneiro desta teoria, segundo Correia Junior (1876) teria sido Bally. Ela acabou se tornando popular no Brasil, mais até que no estrangeiro após a sua adoção por Torres Homem. Como veremos, esta teoria foi contraposta à teoria do miasma específico, nas discussões veiculadas pelo periódico da Academia Imperial de Medicina na década de 1870.

As principais críticas à teoria do miasma misto apontavam a impossibilidade química da ação conjunta de dois agentes complexos. Segundo este ponto de vista, o miasma misto seria na verdade um novo elemento químico e não dois elementos agindo conjuntamente sobre o doente (Silva, 1877).

Outra teoria levantada era a de um miasma específico, em muitas maneiras similar à exposição de Pereira Rego transcrita acima. Defendia esta proposição Doutrolau e Cornilac, entre outros.

Correia Junior (1876) levantava ainda a possibilidade de ser o agente etiológico da febre amarela um fermento. Baseado nos primeiros trabalhos de Pasteur, esta parece ser a única tese de doutoramento a trazer para a discussão da febre amarela o mundo dos “infinitamente pequenos”.

Infelizmente não encontrei estudos mais aprofundados sobre o tema. Tudo o que Correia Junior (1876) diz é que o conceito de miasma deveria ser deixado para trás, que não considerar os trabalhos de Pasteur seria: “fazer uma confissão tácita do atraso da ciência e deixar em claro a página mais brilhante, e também a mais obscura da patologia americana” (Correia Junior, 1876 p. 28).

Outras causas que influenciavam o aparecimento da doença segundo os doutorandos de medicina por mim analisados, eram: o estado e a alteração da atmosfera, principalmente as temperaturas mais elevadas responsáveis pela aceleração da putrefação; a proximidade ao foco produtor da doença; e o contato com áreas onde era epidêmica. A doença seria de natureza infecto-contagiosa para os argentinos. (Echegaray, 1871; Doncel, 1873) e para a maioria⁶³ dos brasileiros.

A grande maioria dos brasileiros e todos os argentinos eram unânimes em afirmar que a doença era causada por um dos miasmas descritos acima. Apenas duas teses do Rio de Janeiro eram exclusivistas em relação ao contágio (Carvalho, 1876; Moreira, 1871).

Além de demonstrar que havia divergências no seio da corporação médica, as teses e proposições citadas acima denotam as primeiras repercussões dos experimentos de Pasteur na investigação da febre amarela. As teses de Correia Junior (1876) e Silva (1877) podem representar os primórdios do processo descrito por Benchimol (1999) em *Dos Micróbios aos Mosquitos*: a apropriação por médicos brasileiros das idéias de Pasteur para dar resposta às incógnitas que pairavam sobre a questão da febre amarela.

Em Buenos Aires foi observado que possuía diferentes estágios, havendo discordância na nomenclatura deles: Echegaray (1871) e Doncel (1873) referiam-se a primeiro, segundo e terceiro estágios; enquanto Scherrer dividia o curso da doença em estágio pirético e apirético. Os sintomas para ambas as classificações eram os mesmos.

⁶³ Oito de um total de doze.

Os doutorandos do Rio de Janeiro adotavam abordagem, em parte, semelhante. A maioria⁶⁴ das teses distinguia também a existência de três estágios na doença. Aquele caracterizado pela remissão: os sintomas apresentados no primeiro cediam; a febre baixava; diminuía a dor de cabeça e dos olhos assim como a de mal estar. Doentes e médicos inexperientes eram enganados por essa trégua, achavam que a cura havia chegado porém; em dois ou três dias, a doença retornava com força, tendo início o terceiro estágio – como denominado por alguns dos brasileiros, ou estágio pirético na terminologia argentina.

Segundo as teses do Rio de Janeiro era de extrema importância para o doente que seu médico soubesse identificar a aparente cura como segundo estágio da doença, e que mantivesse o paciente em repouso. Fazendo isso aumentavam as chances de sobrevivência ao terceiro – e mais grave – estágio da doença que estava por vir.

A doença era também classificada quanto a sua forma: benigna ou grave. E novamente, os três autores argentinos concordavam no uso dessa classificação, aplicável à intensidade dos sintomas e ao curso da doença. A forma benigna seria aquela que não ia além do primeiro estágio ou estágio pirético, enquanto na forma grave sobrevinha o segundo estágio, ou estágio apirético, que na classificação dos brasileiros era o terceiro. Nas teses da Faculdade do Rio de Janeiro encontramos igual classificação, sendo que a forma grave atingiria o terceiro período da doença.

Usarei a descrição dos sintomas da febre amarela provida por Echegarray (1871) pois creio ser a mais completa das que li, uma vez que continha os sintomas descritos por Doncel, Scherrer e pelos estudantes brasileiros.

Aqueles listados para o primeiro período eram: mal estar; prostração; calafrios; dor de cabeça, aceleração do pulso; aumento da temperatura; náuseas; vômitos com muco e bile; parte interna das bochechas e conjuntivas rosadas; olhos lacrimejantes; olhar vago; língua úmida e às vezes áspera; dor, ardência e constipação do epigástrico.

No segundo período sobreviviam: mal estar; dores articulares e musculares; falta de apetite; insônia; sensação de frio através da coluna vertebral, às vezes apenas um calafrio enorme acompanhado de dores de cabeça; opressão no peito dificultando a respiração; olhos lacrimejantes e brilhosos; face rosada; conjuntivas injetadas; foto-sensibilidade; olhar aterrorizado; pele seca e árida, ligeiramente rosada na altura do pescoço; língua coberta por

⁶⁴ Dez entre doze

placa branca e úmida; sede intensa; dor e ardência no epigástrico; náuseas; muitas vezes vômitos com bile ou substância negra que se encontrava no estomago; dores lombares intensas; pulsação radial freqüente e dura; suor e secreção urinária raros; muitas vezes constipação intestinal e raras vezes diarréia.

Por vezes no terceiro ou quarto dia o paciente manifestava: desassossego; ansiedade no epigástrico; vômitos primeiramente com mucosa e depois com bile. A partir do terceiro dia a urina tornava-se escura e sedimentada, apareciam manchas amarelas nas conjuntivas, axilas e no trajeto dos vasos sanguíneos.

Além destes sintomas, comumente encontrados nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, estudantes brasileiros e argentinos davam atenção especial à supressão da urina ou anúria. Este sintoma segundo Echegaray, Doncel e Scherrer nunca havia sido associado à febre amarela. Echegaray e Scherrer vão além e dizem que a anúria era de tal maneira desconhecida que eles não foram capazes de encontrar bibliografia que abordasse o problema, suas possíveis causas e tratamentos. Doncel anexa a sua tese de doutoramento um trabalho sobre anúria creditado a: *“un caballero, para quien conservo profundo reconocimiento y simpatias”* (Doncel, 1873 p. 47-48).

Porém as fontes nos mostram o contrário⁶⁵. As teses da Faculdade do Rio de Janeiro por mim analisadas incluíam a anúria como sintoma da febre amarela no Rio de Janeiro e em outros locais. A referência mais remota a este sintoma, dizia respeito à epidemia de Lisboa de 1857, durante a qual o Dr. Costa Alvarenga observara a supressão de urina como sinal de que o doente de febre amarela ingressava em estágio terminal. O relatório do Barão do Lavradio para o ano de 1873 (Rego, 1874) também citava a anúria como sintoma dos doentes de febre amarela.

Este sintoma era considerado gravíssimo pois, segundo o trabalho anexo à tese de Doncel, noventa por cento dos pacientes que apresentavam anúria terminavam morrendo. Scherrer e Echegaray constataram o mesmo, e tornavam a anúria como indicadora de um prognóstico sempre negativo em suas avaliações.

Apesar da alta mortalidade relacionada a esse sintoma, nenhuma das teses do Rio de Janeiro se aprofundava na investigação desse sintoma, ao contrário das teses de Buenos

⁶⁵ As publicações contidas nos *Anais Brasilienses de Medicina* e na *Revista Médico-Quirúrgica* à época já citavam a anúria como sintoma relacionado à febre amarela.

Aires, que levantavam hipóteses para explicar aquela manifestação da doença, além de possíveis tratamentos. A única coincidência de abordagens dizia respeito à albumina. Tanto as teses do Rio de Janeiro como as de Buenos Aires consideravam a presença desta proteína em excesso no sangue e na urina como fundamental para o diagnóstico diferencial entre a anúria e uma retenção de urina associada a outros quadros mórbidos.

Na tentativa de explicar o porquê da supressão da urina, na febre amarela Echegaray levantava duas hipóteses, como vemos abaixo:

“Apesar de esto [de não haver encontrado nada que explicasse a anúria, nem como combatê-la], creo que podríamos hacer algunas deducciones, pero no pasarán de meras hipótesis. ¿No podría suceder que los conductos uriníferos se inflamasen por el contacto con la sangre alterada y que a medida que la inflamación aumenta se disminuyan el calibre de estos conductos hasta el extremo de obliterarse? Creo que es posible que esto suceda, pero no me atrevo a afirmarlo, pues necesitaría para ello haber hecho un estudio microscópico del riñon.

Tambien se me ocurre otra idea que no es menos admisible. (...). Cuando las fuerzas principian a decaer, cuando la tensión de la sangre ha disminuido, principia tambien a disminuir la cantidad de orina, y examinado esta por medio del calor o del ácido nítrico, vemos que contiene albúmina, y si a esto agregamos lo que hemos observado, que los individuos anúricos tenían antes de ser atacados albúmina en la orina, podremos sacar por consecuencia que la supresión es producida por un estancamiento de la albúmina impidiendo que estos [rins] desempeñem sus funciones” (Echegaray, 1871 p. 20)

Assim para Echegaray (1871) o excesso de albumina no sangue, ao entrar em contato com a membrana dos condutos de urina os inflamava, bloqueando a passagem daquele líquido. Echegaray diz não haver feito observações microscópicas dos rins – mas Scherrer o fez em cadáveres de doentes que haviam sofrido anúria antes da morte. Encontrou com constância rins hiperêmicos e algumas vezes equimoses, fato que, aliado ao nível baixo de albumina no sangue, excluiria, na opinião de Scherrer, a possibilidade desta substância ser a causadora da inflamação dos condutos de urina. Já Doncel (1873), no referido anexo a seu trabalho, dizia que o bloqueio destes condutos não fora ainda provado através de observações microscópicas. Defendia a idéia de que a albumina era a responsável por alterar as funções renais a ponto de causar a supressão da urina.

Análises microscópicas dos rins, testes para verificar presença de albumina no sangue e na urina eram usados para embasar ou refutar as conclusões dos autores. Todavia nenhum dos três se arriscava a dizer que chegara a conclusões definitivas sobre o assunto. Assim usavam linguagem vaga e condicional para descrever suas observações. Cabe ressaltar que os três autores argentinos davam importância ao método experimental ao expor suas conclusões e/ou hipóteses.

Outro fato que merece atenção é o trabalho sobre o mesmo tema anexado à tese de Doncel (1873). Terá sido publicado antes de fazer parte daquela tese de doutoramento? Porque não citar o nome do autor⁶⁶? São questões que talvez ajudassem a esclarecer a prática e o alcance das publicações médicas argentinas junto a seu público.

Estou atento à inserção dos estudantes de medicina de Buenos Aires na rede de conhecimentos da época sobre a febre amarela. Da observação feita por eles de que a anúria não fora ainda associada à doença, deduzo que não conheciam bem a literatura disponível sobre ela. Como apontei as teses do Rio de Janeiro associavam a anúria à febre amarela nesta cidade e em Lisboa (desde 1857).

A falta de referências nas teses argentinas a trabalhos de médicos brasileiros parece corroborar a afirmação do parágrafo anterior. Mesmo que não tivessem reputação comparável à dos pares europeus, os médicos brasileiros possuíam experiência muito maior com a doença e considerável produção sobre a mesma. Noto assim que no âmbito dos estudantes, não havia grande intercâmbio científico entre as duas nações à época. Mais à frente investigarei como este intercâmbio se dava nas publicações médicas especializadas.

As teses de doutoramento da Faculdade de Buenos Aires trazem dados de autópsias para provar que a causa da morte dos pacientes fora a febre amarela e não outras doenças. Os três autores participaram de necropsias, Echegaray é o único a admitir que participara de menos autópsias do que gostaria, não citava número, e que os dados relativos a lesões cadavéricas contidos em sua tese eram, em sua maioria de terceira mão. Mas Scherrer e Doncel davam grande valor a essa como fonte de conhecimento experimental, sendo que a tese de Scherrer (1872) começava com descrição detalhada de dez autópsias das quais participara diretamente.

⁶⁶ Ele atribui a autoria a um médico de renome, pelo qual tem muita confiança.

Já nas teses do Rio de Janeiro não há nenhuma indicação de que seus autores teriam participado de autópsias. Contêm sim, como nas de Buenos Aires, referências às lesões cadavéricas mais comuns, porém oriundas de observações feitas por terceiros, principalmente do Dr. Costa Alvarenga, de Lisboa. Aqui outra vez se impõe a hipótese de que foi menor a necessidade de envolvimento dos estudantes brasileiros no atendimento aos doentes ou na execução de tarefas que requeriam mão-de-obra médica especializada.

Os doutorandos argentinos ressaltavam a importância das necrópsias para a investigação sobre a febre amarela; acreditavam que a descrição das lesões cadavéricas poderia ajudar a esclarecer qual era o agente etiológico da doença, e também quais os tratamentos mais adequados conforme os órgãos mais atacados. É importante notar que Scherrer e Doncel, através da observação das lesões causadas aos rins, buscaram desenvolver hipóteses para a causa da anúria. Esperavam assim diferencia-la da retenção de urina, sintoma comum em outras doenças. Para Echegaray (1871) era de suma importância esta diferenciação, pois muitos médicos, ao confundir os casos, tentavam drenar a urina através de cateteres, manobra que podia causar sérios danos ao aparelho urinário.

A presença dos dados de autópsias nas teses argentinas pode ser vista como conseqüência da falta de familiaridade dos estudantes com a doença. A participação *in loco* nas autópsias pode ser um sinal da curiosidade deles em identificar os danos gerados internamente nos doentes. Talvez seja legítimo supor que, por haver a doença visitado mais o Rio de Janeiro, o número de cadáveres amarelentos analisados nas aulas de anatomia fosse maior do que para o argentinos. Por não haver então o componente do desconhecido, ou talvez por julgarem que não acrescentaria novidade ao que já constava nas publicações consagradas, os estudantes do Rio de Janeiro não davam muito valor às autópsias.

As principais lesões cadavéricas encontradas por argentinos e mencionadas pelos brasileiros eram: putrefação acelerada dos cadáveres; cor da pele amarelada nas conjuntivas, embaixo das axilas e no trajeto dos vasos sanguíneos; no fígado, volume aumentado; nos cortes do órgão, núcleos de cor amarelo escuro, quase negro; transformação da cor natural do tecido do órgão para às vezes amarelo claro, outras vezes amarelo escuro, com tom aproximado ao ruibarbo ou a mostarda moída. No estômago havia uma substância escura de cor semelhante à borra de café; ao se lavar as vísceras, notava-se que estavam amolecidas e com manchas equimóticas. No intestino era encontrado o mesmo

líquido negro. Nos pulmões havia equimoses na superfície, e núcleos apopléticos com acumulação de líquido seroso sanguinolento, ligeiramente amarelado. O cérebro se encontrava congestionado, com derrames amarelentos, e, segundo alguns amolecido. Os rins pareciam congestionados, com volume aumentado. O sangue era ralo, e as paredes dos vasos linfáticos, infiltradas (Mesquita, 1871; Correia Junior, 1876).

Brasileiros e argentinos emitiam prognósticos parecidos para os doentes, baseados nos sintomas apresentados. Pacientes com vômito negro, abatimento, solução persistente, delírio, albumina na urina no quarto e quinto dia, anúria por vinte e quatro horas tendia a morrer. Enquanto que os doentes que apresentavam suores, dejeções de bom caráter, fim dos vômitos e de outros sintomas citados, tinham boas chances de sobreviver à doença.

Quanto à profilaxia, brasileiros e argentinos ressaltavam a importância das quarentenas, de se evitar o contato da população sã com pessoas que viessem de locais onde estivesse em curso uma epidemia de febre amarela.

Recomendações de quarentena baseavam-se no fato de que argentinos e brasileiros consideravam a febre amarela um mal importado. As teses do Rio de Janeiro dedicavam alguns parágrafos e seus locais de origem. Alguns doutorandos brasileiros referiam a hipótese de ser a doença conhecida pelos antigos com o nome de *peste negra* (Moreira, 1871), pois os sintomas descritos por Hipócrates assemelhar-se-iam aos da febre amarela, porém esta hipótese em geral era refutada. A origem da doença era para a maioria dos autores a América Central, as ilhas do Mar do Caribe e o Golfo do México (Andrade, 1872; Carvalho, 1876; Guimarães, 1872; Mafra, 1872; Manuel, 1877; Mesquita, 1871). O primeiro contato dos europeus com a febre amarela teria se dado na chegada da expedição de Colombo a São Domingos. Alguns autores consideravam que a doença era também endêmica no Mississipi (Mesquita, 1871).

O argumento usado para comprovar a não aclimação da febre amarela na Argentina era que só havia visitado sua capital poucas vezes e com intervalo razoável de tempo⁶⁷ entre as epidemias. No Rio de Janeiro, argumentava-se que se a doença fosse endêmica na cidade, haveria epidemias todos os anos desde sua chegada em 1849-50, mas ela não irrompera nos verões compreendidos entre de 1860 e 1868.

⁶⁷ A febre amarela apareceu em Buenos Aires nos anos de 1852, 1858, 1870, 1871 e 1890. Sendo que no ano de 1870 foram registrados apenas alguns casos na região de San Telmo, que de acordo com médicos da época, não chegaram a configurar uma epidemia (Berruti, 2010) .

Apesar de ser considerada originalmente estrangeira, a doença grassou no Rio de Janeiro e em Buenos Aires. Segundo a concepção médica vigente à época, estas cidades possuíam condições favoráveis para que o miasma depois de importado – se desenvolvesse, localmente:

“a febre amarela só se desenvolve nos países intertropicais e quase unicamente no hemisfério ocidental, bem como nos países mais ou menos próximos dos trópicos, ora vizinhos de um grande lago ou rio, ora o que é mais comum, perto do mar, sujeitos a uma abundante evaporação aquosa, lugares em geral baixos, onde além da umidade, notam-se detritos orgânicos animais e vegetais em fermentação pútrida debaixo da influência de um excessivo calor” (Manoel, 1877 p. 16).

Rio de Janeiro e Buenos Aires são cidades próximas ao mar ou a um rio. Havia na primeira grandes extensões de terreno pantanoso, enquanto na segunda, os aterros feitos com lixo abrigariam o material em decomposição, que segundo os higienistas, formava o miasma da febre amarela.

O clima e a temperatura desempenhavam importante papel, segundo o pensamento médico da época, na gênese e marcha das doenças. No tocante a estes dois fatores, as capitais do Brasil e da Argentina não possuíam muitas similaridades. Buenos Aires é uma cidade de clima temperado, com quatro estações bem definidas, similares às capitais européias, fato que levou – à época - argentinos a aproximar os problemas de higiene de sua capital aos do velho mundo. Tal analogia serviu, por muitos anos, como argumento para justificar a importação da febre amarela e as medidas tomadas pelas autoridades buenaerenses.

O Rio de Janeiro, por outro lado, era considerado uma cidade tropical, que sofria com elevadas temperaturas boa parte do ano. Este fato e aqueles citados acima, explicavam a constituição, segundo a lógica médica da época, do terreno ou ambiente propício ao desenvolvimento do miasma da febre amarela.

Echegaray (1871) e Scherrer (1872) consideravam importante o papel da alimentação saudável na profilaxia da febre amarela, por tornar o paciente menos sujeito a infecções. Também recomendavam – com ressalvas - o uso de preparados de quinina como profilático, pois acreditavam que as semelhanças entre febre amarela e malária chegavam ao ponto de ser o mesmo medicamento eficaz para ambas.

“Como se cree que el tífus icteroides es producido por la descomposición de las sustancias animales o vegetales en putrefacción; y siendo esto mismo lo que produce las fiebres palúdicas, es muy lógico creer que estas enfermedades tienen muchos puntos de contacto. En las fiebres palúdicas el medicamento heroico es la quinina o sus preparados, este remedio no solo las cura, sino también ejerce una acción especial en el organismo oponiéndose a la acción del miasma⁶⁸” (Echegaray, 1871 p.29)

Já Doncel não fazia comentários sobre estes pontos. Os dois primeiros autores também acreditavam que desinfetar casas abandonadas era fundamental, antes de serem elas ocupadas novamente. Doncel discordava: *“No sé hasta donde sea posible creer en la utilidad de los agentes llamados desinfectantes⁶⁹ en semejantes circunstancias y que tanto se han usado entre nosotros”* (Doncel, 1873 p.82).

As teses do Rio de Janeiro davam ênfase à desinfecção das cargas dos navios (Carvalho, 1876; Mafra, 1872; Moreira, 1871), porém não faziam referência à necessidade de desinfetar casas antes de serem ocupadas, provavelmente porque não havia abandono em massa da cidade (pelas classes mais pobres) em tempos de epidemia; somente a aristocracia passava os verões em Petrópolis.

Em relação à quinina, as teses do Rio de Janeiro traziam distintas opiniões baseadas nas obras de diferentes médicos. Cabe dizer que a maioria fazia uso da quinina com ressalvas durante o segundo período da doença (Moreira, 1871), e não como profilático. As teses brasileiras concordavam com a importância da boa alimentação, de roupas limpas e de habitações com boa circulação do ar como meios profiláticos à doença.

Echegaray e Scherrer ressaltavam igualmente a importância de roupas limpas e melhorias nas habitações, afim de permitir melhor circulação do ar. Doncel foi o único a apontar a necessidade da limpeza da cidade para evitar focos de infecção; e defender a criação de comissões paroquiais para fiscalizar e fazer cumprir os preceitos da higiene e para notificar os casos da doença; e propunha ainda a criação de lazaretos para o isolamento daqueles atacados pela febre amarela.

⁶⁸ Cita exemplos “reais” na página 29, onde médicos passaram temporadas em locais infestados pela febre amarela e não se contaminaram por estar tomando os preparados de quinina.

⁶⁹ Água clorurada; ácido fênico. Citados por Echegaray (1871) pg 28.

A grande maioria das teses do Rio de Janeiro dava muita importância às melhorias no meio ambiente da cidade. Os principais alvos eram os pântanos e os morros da cidade. O dessecação dos pântanos tinha em mira diminuir a quantidade de matérias vegetais e animais suscetíveis à putrefação. Já o arrasamento dos morros – em particular os do Castelo e do Senado - visavam melhorar a circulação do ar na cidade. Apenas uma tese do Rio de Janeiro falava especificamente na criação de lazaretos para os doentes. Falava-se mais na necessidade de melhorar os locais onde ocorria a quarentena. Só um dos autores difundia o isolamento dos pacientes de febre amarela em lazareto único.

É interessante notar que argentinos e brasileiros viam a quarentena como o meio mais eficaz de profilaxia da febre amarela; porém, apenas Doncel analisou a possibilidade de surgimento de focos de infecção dentro da cidade e a conseqüente necessidade de sua eliminação através das ações do poder público. Doncel era também o único a apontar a necessidade da criação de lazaretos pelo governo. Essa diferença pode significar que Doncel enxergava a saúde como um problema social, público, de alçada do Estado, ao passo em que Scherrer e Echegaray viam-na como problema clínico de caráter particular.

Entre os brasileiros, a maioria das teses ressaltava a necessidade de se melhorar as condições higiênicas da cidade, sendo os principais alvos os pântanos e mangues ao redor do centro, os cortiços, o sistema de esgoto da City Improvements e o sistema de coleta de lixo.

Segundo os doutorandos de medicina os pântanos e o lixo estavam associados à putrefação de matérias vegetais e animais, ou seja, à produção do miasma da febre amarela. A crítica ao cortiço dizia respeito à falta de asseio e ao adensamento populacional nestas habitações coletivas. Tais fatores, aliados à falta da circulação do ar transformavam essas habitações em fontes de miasmas e agentes de degeneração moral da população.

As críticas à City Improvements estavam relacionadas ao suposto mau funcionamento do sistema de esgotos da cidade. Dizia-se que os canos costumavam ficar entupidos por falta de pressão da água e de suficiente declive para escoar a mesma. Os entupimentos levariam à putrefação das matérias e a exalações pútridas na atmosfera, pois os canos eram porosos. Igualmente criticado era o constante reviramento do solo para a instalação dos canos, levando à liberação na atmosfera de matérias decompostas presas no subsolo.

As proposições para o tratamento curativo da doença eram campo fértil para análise. Como à época havia algumas hipóteses sobre o agente etiológico da doença, sem que nenhuma delas fosse hegemônica, os médicos deviam escolher entre um leque de opções curativas, que variavam de acordo com a sua concepção, do agente etiológico. Seus esforços visavam atenuar os sintomas apresentados, com a esperança de que a não manifestação deles, ou sua remissão, levariam à cura.

A falta de tratamento curativo eficaz fazia com que as propostas fossem bastante empíricas, fato pelo qual encontramos nas teses tantos remédios propostos para os mesmos sintomas. Às vezes os mesmo remédios apresentavam resultados totalmente distintos em pacientes diferentes, o que tornava difícil o consenso na hora de prescrever o tratamento adequado.

Nas teses analisadas encontramos o uso em larga escala de vomitivos, purgantes e laxantes como forma de tentar “expelir”⁷⁰ o mal que causava a febre amarela em conformidade com a teoria humoral de vícios neo-hipocrático. O único debate que encontrei sobre tratamentos “antiquados” ou não, dizia respeito ao uso das sangrias. Nas teses analisadas, esta prática era considerada altamente prejudicial e adequada a uma ínfima parcela dos doentes. Tal tratamento os expunha a sérios problemas pois enfraquecia sua capacidade de combater a infecção. Dos três autores argentinos, o único a fazer referência à sangria é Echegaray – na tese mais antiga das três – onde ele diz:

“Muchos prácticos rechazan las sangrias para combatir los sintomas de excitación, diciendo que este es un tratamiento incendiário, por las consecuencias funestas á que espone el enfermo. Sin ser partidário de ella, creo que hay casos que es necesario hacer el uso de la lanceta, y estos son tan limitados que se reducen aquellos individuos de un temperamento sanguíneo muy marcado y en los que hay cierta tendencia à las congestiones”
(Echegaray, 1871 p.31-32).

Entre os brasileiros, apenas dois fazem referência ao uso da sangria (Moreira, 1871; Guimarães, 1872), e ainda assim com muitas reservas. A grande maioria era contra, seguindo a orientação do Conselheiro Paula Candido: “Abrir a veia de um doente de febre

⁷⁰ SCHERRER (1872 p. 27). “En la medicación evacuante, que tiene por objeto la eliminación del veneno, no entran solamente los vomitivos y los purgantes sino también los sudoríficos y diuréticos”

amarela é o mesmo que cavar-lhe a sepultura” (Reis, 1872 p.27). A sangria à época era uma prática terapêutica que estava caindo em desuso⁷¹, graças a utilização de novos paradigmas nos tratamentos das doenças⁷².

O uso da quinina e de seus preparados era um capítulo à parte nos tratamentos recomendados nas teses. Como disse os três autores argentinos recomendavam seu uso por causa da analogia entre febre amarela e as febres palúdicas (malária). Ao mesmo tempo advertiam que não fora ainda comprovada, em larga escala a eficiência do medicamento no tratamento curativo da febre amarela.

A discussão sobre o uso da quinina no Rio de Janeiro era mais extensa. Seu valor profilático na febre amarela não era reconhecido pelos estudantes brasileiros. Havia uma grande discussão se valia a pena ou não empregá-lo como método curativo para a febre amarela, a partir da analogia que era feita entre esta doença e o impaludismo. Através das referências contidas nas teses, vemos que médicos brasileiros de proa não haviam chegado a consenso sobre seu uso. Pereira Rego, por exemplo, empregara a quinina nas primeiras epidemias da década na 1850 (Rego, 1873), tendo relativo sucesso. Porém, ao longo dos anos 1870, as referências a seus trabalhos nas teses mostravam que já não estava tão seguro do valor do medicamento, e recomendava seu uso em conjunto com outros tipos de tratamento (Rego, 1874).

Alguns médicos eram radicalmente contra o uso da quinina. Diziam que, além de não ajudar no tratamento da febre amarela, poderia trazer problemas aos doentes. Havia médicos que receitavam esta substância junto com tônicos. A impressão geral que me deram as teses do Rio de Janeiro, é que, na década de 1870, a quinina não era considerada como um profilático indiscutivelmente eficaz e sua ação terapêutica na febre amarela era bastante questionada.

Esta diferença nas apreciações sobre a quinina observada nas teses de Rio de Janeiro e de Buenos Aires pode ajudar a corroborar a hipótese que já levantei: os estudantes argentinos não estavam em contato próximo com a rede de conhecimentos sobre a febre amarela. A indicação feita por estes estudantes do uso da quinina, parece demonstrar que a

⁷¹ desde aproximadamente a década de 1840

⁷² A época existiam uma série de paradigmas que disputavam território dentro da arte de curar, sem que nenhum deles tenha se tornado hegemônico no período que estudei, nenhum desses paradigmas usava a sangria como medida terapêutica.

bibliografia consultada por eles não estava atualizada. Corrobora também a hipótese de que não tinham muita familiaridade com trabalho de médicos brasileiros sobre a doença.

No geral, eram recomendadas como medidas curativas o repouso; as compressas de água fria para a dor de cabeça; as bebidas aciduladas e refrescantes para a sede; bebidas sudoríficas para a febre e pedaços de gelo para o vômito. Além de endossar estas recomendações, cada médico citava os vários medicamentos que costumava administrar.

Echegaray usava o óleo de castor ou o citrato de magnésia como laxante; como purgante, o calomel e o ruibarbo; a Poção Antiemética de Riviere para evitar o vômito. Scherrer usava os mesmos laxantes que Echegaray; como bebidas sudoríficas recomendava o café ou o chá quente de maçã ou menta; para os vômitos, além do gelo, prescrevia a ergotina. Doncel preferia vomitivos de pecaucana; como purgante, a Água de Sedlitz; como laxante o calomel; para a sede, limonadas vegetais com gelo. Sulfato de quinina como tônico e Ergotina para os vômitos e anúria. Por último, este prático usava o ópio para controlar pacientes com delírio.

Os estudantes brasileiros utilizavam os mesmos tratamentos, e em adição, a água de Labarraque como anti-séptico; preparados de digitalis e *nox vomica* como purgantes ou laxantes e tônicos com flores de sabugueiro.

Como disse, o tratamento curativo tinha em mira neutralizar os sintomas⁷³ e expulsar o “mal causador” da doença do corpo. Por isso usavam vomitivos, purgantes e laxantes, para expelir a “matéria negra” (Doncel, 1873; Scherrer, 1872) que estava no organismo, que segundo o conhecimento médico da época era responsável por causar a doença, seus sintomas e a morte.

Esta era a linha geral na qual se baseavam todos os tratamentos prescritos à época e, a pluralidade de substâncias empregadas na tentativa de atenuar os sintomas e levar os doentes à convalescença. Os autores ressaltavam⁷⁴ que o “temperamento” de cada doente devia ser usado como guia na hora da escolha do medicamento. Ainda que houvesse literatura que relacionasse temperamentos e medicamentos, o número de opções de

⁷³ DONCEL (1873, p. 77). “*Em consecuencia, pues, a lo estudiado ligeramente asta aquí, puedo establecer siendo apoyado por la opinión de muchos médicos experimentados, que el único tratamiento conveniente y racional que se debe emplear por ahora, mientras no se conozca la naturaleza de este mal, es aquel que sea puramente sintomático*”

⁷⁴ SCHERRER (1872, p.27) “*No se puede dar una regla fija sobre cual de los remedios de la categoría evacuante hay que emplear primero, y cuales seguir, sino que es preciso tomar en cuenta la individualidad del enfermo*”

tratamentos a serem prescritos para a febre amarela era muito grande, assim nenhum dos autores das teses analisadas tinha cem por cento de certeza de estar empregando o tratamento “correto” ou mais eficiente segundo a lógica médica da época.

Scherrer é o único a apontar remédios heróicos – aqueles que prometem a cura imediata para a doença – segundo este médico, o sulfeto negro de mercúrio por trituração fria - substância que chegou a seus ouvidos através de um médico de renome que pediu para não ser citado - tinha resultado fulminante, abaixando a febre durante o primeiro período e aumentando a tolerância de pacientes a vômitos e diarréias. Oito pacientes de dez observados por Scherrer, foram tratados exclusivamente com esta substância e se salvaram. Para a anúria, Scherrer obtivera a cura de dois pacientes através de fricções de mercúrio e calomel na região dos rins.

Estava entre dados importantes relacionados aos tratamentos: a ausência de qualquer proposta de substância ou procedimento curativo para a anúria, sintoma mais relacionado à morte na epidemia de Buenos Aires e bastante citado nas epidemias do Rio de Janeiro. O que pode corroborar com a observação contida nas teses de Buenos Aires de que pouco havia sido escrito sobre este problema. Outro dado significativo para a análise é a proposição por Scherrer (1872, p.26) e por alguns estudantes brasileiros, do uso de bebidas alcoólicas efervescentes com moderação, especialmente o champgne e a cerveja. Por último, as únicas substâncias que são indicadas por mais de um dos autores no tratamento da doença são a ergotina e a quinina e seus preparados.

3.2 A febre amarela nos *Anais Brasilienses de Medicina* e na *Revista Médico-Quirúrgica* (1870-1880)

Para tentar responder uma das questões principais deste trabalho – se havia diferença entre o discurso médico brasileiro e argentino sobre a febre amarela – utilizei a *Revista Médico-Quirúrgica* e os *Anais Brasilienses de Medicina*, que eram considerados os periódicos especializados em medicina mais importantes de Buenos Aires e do Rio de Janeiro, respectivamente.

A análise deles me permitiu responder, em parte, algumas outras questões como, por exemplo, a inserção dos médicos destas duas cidades na rede internacional de

conhecimentos; de que países eram oriundas as principais técnicas de terapêutica médica utilizada nestas cidades; qual a escola de pensamento médico hegemônica em cada caso e ainda como eram organizados os serviços médicos e sanitários das capitais de Brasil e Argentina.

A *Revista Médico-Quirúrgica* teve sua primeira edição em maio de 1864. Sua proposta era divulgar os progressos da medicina na Argentina através da publicação de trabalhos e colaborações de médicos de suas províncias e da República Oriental do Uruguai. Em maio de 1868, o periódico passou a ser editado diretamente pela Asociación Médica Bonaerense. Já *Os Anais Brasilienses de Medicina* eram a publicação oficial da então Academia Imperial de Medicina. O periódico foi lançado em 1831 com o nome de Seminários de Saúde Pública, em outubro de 1849 ganhou o nome que manteria por mais algumas décadas. O objetivo dos *Anais Brasilienses de Medicina* era promover a ciência médica e divulgar os acontecimentos e deliberações da Academia Imperial de Medicina através da publicação de suas atas de reunião.

Havia periódicos médicos em circulação no período estudado (1870 a 1880), principalmente no Rio de Janeiro, que contava com o *Progreso Médico*, publicado entre 1876 e 1878, e a *Revista Médica do Rio de Janeiro* (1873-1878). Mas justifico a escolha dos *Anais Brasilienses de Medicina* como principal fonte deste trabalho devido ao caráter efêmero dos outros periódicos, e ao fato deste representar os interesses do órgão máximo da medicina no Brasil no período estudado. No caso da Argentina, ou de Buenos Aires, não consegui identificar nenhum outro periódico editado no período que demarquei, e assim por razões óbvias ateno-me à *Revista Médico-Quirúrgica*.

No período em questão, os *Anais Brasilienses de Medicina* e a *Revista Médico-Quirúrgica* possuíam estrutura editorial similar: ambos publicavam as atas das sessões das entidades que representavam – a Academia Imperial de Medicina e a Asociación Médica Bonaerense; resumos do que era publicado em periódicos estrangeiros de medicina e higiene; trabalhos científicos de membros da Academia e da Asociación Médica; e ainda, decretos e comunicações dos órgãos responsáveis – ou relacionados – à saúde e higiene.

Durante a década de 1870 a 1880, a *Revista Médico-Quirúrgica* foi capaz de manter periodicidade quinzenal, enquanto os *Anais Brasilienses* enfrentava alguns problemas na publicação de seus números. Outra diferença marcante entre estes periódicos, em minha

opinião, era a presença no primeiro de uma seção dedicada ao estado sanitário de Buenos Aires. “A Revista de la Quincena” trazia importantes informações sobre as doenças mais observadas, estatísticas de morbidade, notícias sobre quarentenas em vigor ou discutidas. A partir de 1876 a seção passou a veicular também dados sobre temperatura média, umidade relativa do ar e regime de ventos imperantes na capital argentina.

Outra seção importante da *Revista Médico-Quirúrgica* era a “Revista del Movimiento Científico”, responsável pela divulgação de idéias supostamente inovadoras e casos de interesse para o público médico. A partir da fundação desta seção, em junho de 1875, o periódico ficou em sintonia mais fina com as novidades do mundo científico e, por consequência, com a rede internacional de conhecimentos.

Os dois periódicos reproduziam artigos completos de periódicos estrangeiros. Também existia uma seção em cada dedicada a resenha de artigos: nos *Anais* era chamada “Revista Estrangeira” e na *Médico-Quirúrgica* “Extractos de Periódicos Estrangeros”, a partir de 1872, “Revista de Periódicos”. Nos *Anais*, a grande maioria dos artigos resenhados provinham de periódicos franceses; já na *Médico-Quirúrgica*, além dos franceses se observava uma considerável atenção a publicações do *Siglo Medico*, editado em Madri, Espanha.

Ambas as revistas contavam com correspondentes nos principais países europeus. Neste quesito havia uma diferença: enquanto que os *Anais* fazem menção a médicos estrangeiros que residiam em algumas das principais capitais européias⁷⁵; os correspondentes mais ativos da *Revista Médico-Quirúrgica* eram médicos argentinos que tinham ido a Paris para se especializar⁷⁶. A partir de 1871, contou com a correspondência do Dr. Pedro Francisco da Costa Alvarenga, radicado em Lisboa.

Apesar da supremacia dos franceses, pude observar que, a partir de 1876, tanto os *Anais* quanto a *Médico-Quirúrgica* estavam envolvidos em redes de conhecimentos médicos uma vez que estas publicações registravam o recebimento de cópias uma da outra e de revistas de outras regiões do planeta.⁷⁷ Além disso os extratos de artigos estrangeiros também cobrem zona mais ampla que a medicina francesa.

⁷⁵ Por exemplo: Sócrates Cadet em Roma.

⁷⁶ Dentre eles: Pedro Roberts, Ignacio Pirovano e Santiago Larosa

⁷⁷ Eram: *Siglo Medico* de Madri, *Lê Mouvemente Medical* de Paris, *Lê Bourdeaux Medical* de Bordeau e a *Gazeta Médico-Quirúrgica Jerezeana* de Jerez de la frontera. *Gaceta Medica de Méjico* da Cidade do México

Posso afirmar que a partir de 1876, os periódicos médicos brasileiros: *Gazeta Medica da Bahia*, *Progreso Médico* e os *Anais Brasilienses de Medicina* eram regularmente enviados a Asociación Médica Bonaerense. Do mesmo modo que a *Revista Médico-Quirúrgica* era enviada a Academia Imperial de Medicina⁷⁸ e ao Uruguai⁷⁹.

Os trabalhos publicados pela *Revista Médico-Quirúrgica* de médicos brasileiros, diziam respeito principalmente à febre amarela no Brasil. Os que mais chamaram minha atenção foram: o trabalho de Jose Pereira Rego, Barão do Lavradio, sobre as epidemias do Rio de Janeiro entre 1830 e 1870 (Rego, 1873), as citações ao artigo do Dr. Costa Alvarenga feitas por Pedro Mallo (1870) sobre a epidemia de febre amarela de Lisboa ocorrida em 1857, ambos publicados no periódico argentino em 1873 e 1870, respectivamente. Em contrapartida, a revista da Academia Nacional de Medicina parece não ter publicado trabalhos de médicos argentinos sobre febre amarela nem sequer comentado artigos da *Revista Médico-Quirúrgica* no período estudado.

Como o objeto de minha dissertação é a febre amarela, não fiz análise muito detalhada do conteúdo de artigos estrangeiros que não tratassem diretamente dessa doença, por isso é difícil emitir opinião melhor fundamentada e definitiva sobre em que medida médicos do Brasil e Argentina estavam a par do estado da arte da medicina e da higiene, em âmbito internacional.

Como veremos, os médicos da Argentina não pareciam conhecer as últimas tendências – práticas e teóricas - sobre febre amarela à época da grande epidemia de 1871 em Buenos Aires⁸⁰. Este fato, tomado isoladamente, em minha opinião, não coloca os médicos argentinos à margem da rede científica internacional. Da mesma maneira, não necessariamente a sintonia de médicos do Brasil com as novidades relativas a esta doença os transforma em atores relevante da mesma rede.

O que quero dizer é que apesar do aparente “atraso” científico dos argentinos no campo da febre amarela, minha análise confessadamente superficial sobre outros assuntos tratados nos periódicos escolhidos leva-me a crer que médicos argentinos e brasileiros

⁷⁸ Os *Anais Brasilienses de Medicina* registram com regularidade a chegada da *Revista Médico-Quirúrgica*

⁷⁹ O editorial da *Revista Médico-Quirúrgica* menciona as assinaturas anuais feitas pelo governo do Uruguai deste periódico.

⁸⁰ A esta altura, a *Revista Médico-Quirúrgica* publicava artigos sobre a febre amarela de autores cubanos, brasileiros e espanhóis das décadas de 1830 e 1850.

estavam inseridos na rede científica internacional, como consumidores, a nível mundial e eram produtores, com relevância, em nível regional de conhecimentos.

Através do levantamento de uma amostra com imprecisões, percebi que nem mesmo em tempo de grandes epidemias a febre amarela era o tema mais abordado nos periódicos estudados. Nas edições da *Revista Médico-Quirúrgica* nos anos de 1871 e 1872⁸¹, a quantidade de artigos e outros textos sobre a varíola, por exemplo, era maior do que aqueles concernentes à febre amarela. Quadro similar se verifica nos *Anais Brasilienses*: onde no período entre 1873 e 1876⁸² os trabalhos sobre a febre amarela eram em pequeno número.

Em períodos de epidemia, a doença reinante costumava tomar bastante tempo das sessões da Academia Imperial de Medicina; às vezes eram convocadas sessões extras com o objetivo de discutir as recomendações a fazer ao governo. Em tempos de febre amarela em Buenos Aires, a principal instituição médico-científica da cidade, a Asociación Médica Bonaerense; não deliberou nada, pois grande parte de seus membros deixaram a cidade. Fugiam da doença, tornando impossível as reuniões por falta de quorum. Como mostra Benchimol (1999), isso aconteceu também nas cidades interioranas brasileiras, quando a partir dos anos 1890, elas foram invadidas pela febre amarela, que deixava seu território tradicional – as cidades perto do litoral, - para se internar junto com o grande caudal de imigração estrangeira. A variável decisiva para explicar o comportamento das populações face à doença parecer ser sua novidade como perigo ‘estrangeiro’, ou a familiaridade adquirida com um mal já conhecido, crônico, endêmico.

Ao longo da década de 1870, observamos diferenças na maneira como esses órgãos abordaram a febre amarela. A Academia Imperial de Medicina deu prosseguimento aos debates sobre as medidas a tomar para atenuar as epidemias que aconteciam quase que anualmente, sendo as mais sérias em 1873, 1876 e 1877, ou para tentar evitar novas epidemias. Já a Asociación Médica Bonaerense voltou a se reunir com frequência a partir de 1877, para discutir formas de evitar que a febre amarela atacasse novamente a capital da república, como já fizera em 1870 e 1871.

A maioria das discussões em Buenos Aires girou em torno da adoção de quarentenas para impedir a entrada do germe e das melhorias a fazer nas condições de

⁸¹ No ano de 1871 a *Revista Médico-Quirúrgica* publicou onze artigos sobre varíola e nove sobre febre amarela. No ano de 1872 foram publicados dez artigos sobre varíola e apenas dois sobre febre amarela.

higiene da cidade. O primeiro ponto relacionava-se à crença da maioria dos médicos no contágio da doença; segundo estes profissionais, em 1870 a febre amarela fora introduzida na cidade por passageiros que vieram infectados do Rio de Janeiro. As melhorias nas condições de higiene da cidade – que abordarei mais tarde– eram vistas como necessárias para impedir que o ‘terreno’ não fosse tão favorável à ‘germinação’ do mal trazido de fora. É preciso não esquecer, como mostra Benchimol (1999), que a noção de ‘germe’ nesses anos, aproxima-se muito da idéia de semente e de processos vegetais associados à agricultura e à flora tropical. Segundo a lógica médica da época, condições essas alta temperatura e umidade, exalação de emanções pútridas e falta de limpeza das ruas, entre outras, eram quase tão importantes quanto a introdução do agente mórbido na cidade para o desenvolvimento de epidemias.

O Rio de Janeiro foi atacado quase que anualmente pela febre amarela durante os anos 1850 e parte da década de 1860, voltando a recrudescer na década de 1870. A recorrência da doença levava a um debate médico com matizes diferentes do que acontecia em Buenos Aires. Na Academia Imperial de Medicina debatiam-se os fatores que explicavam a importação e subseqüente enraizamento da febre na capital brasileira; dado importante era a ausência de epidemias de febre amarela até 1849-50, e a sucessão das mesmas após a suposta importação naquele verão. A explicação era que o germe, aclimatado à cidade, ficava latente à espera das condições ambientais necessárias ao desenvolvimento da doença para gerar as epidemias (Chaloub 1996; Rego, 1874).

Outra corrente de pensamento minoritário considerava que a febre amarela era oriunda do Rio de Janeiro, ou teria a capacidade de se gerar espontaneamente na cidade. Ambas teorias aparecem nos debates até 1873; a partir de então, parece se ter cristalizado um consenso quanto à teoria da aclimação. Isso provavelmente está relacionado à questão da imigração, que ganha importância crescente no último quartel do século XX (Chaloub, 1996), bem como divulgação da teoria da biogênese e das teorias sobre fermentos. A partir dos anos 1870 os mais renomados médicos brasileiros⁸³ defendiam a idéia, cada um à sua

⁸³ Torres Homem, Pereira Rego, Costa Ferraz.

maneira, de que a doença provinha de um miasma ou germe específico⁸⁴. Veremos a questão em detalhes mais à frente.

Quanto mais avanço em direção ao ano de 1880, menos observo nos debates ocorridos na Academia Imperial de Medicina menções à geração espontânea, por isso penso que posso relacionar a teoria do agente específico às teorias sobre fermentos, especificamente a de Pasteur.⁸⁵ Como demonstrou Benchimol (1999), as primeiras apropriações no Brasil das idéias deste sob a forma de teorias etiológicas explícitas, anunciadas publicamente, e suas conseqüências práticas para explicar a febre amarela, aconteceram no final da década de 1870, dois sendo os protagonistas destas iniciativas Jose Domingos Freire, catedrático de química orgânica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e João Batista de Lacerda, pesquisador e diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro.

O debate sobre a possível aclimação da doença em Buenos Aires também existiu, principalmente nos meses que precedera o verão de 1871-72. Médicos argentinos se questionavam se a doença não voltaria a irromper como nos dois anos anteriores (Asociación Médica Bonaerense, 1871k). Conspirava para isso, na visão deles, a inércia da municipalidade de Buenos Aires em adotar as medidas indicadas pelo Consejo de Higiene Pública⁸⁶, órgão consultivo que tinha como função aconselhar as autoridades nas questões relativas a higiene. Assim, ao final de 1871, a cidade encontrava-se basicamente nas mesmas condições que tinham se mostrado favoráveis à grande epidemia, ou seja, havia chance de um novo brote caso o germe da doença viesse a ser importado de novo ou já estivesse latente na cidade. Apesar desta expectativa, nada ocorreu.

Creio que a ausência da febre amarela até 1877 – ano em que se diagnosticou um caso logo declarado como importado do Rio de Janeiro – esfriou o debate e reforçou a crença dos médicos argentinos de que os episódios de 1870 e 1871 aconteceram devido à importação do germe da febre amarela.

⁸⁴ Baseio essa afirmação na análise das teses de doutoramento, principalmente a de Correia Junior (1876), que descreve as principais teorias que buscavam explicar a causa da febre amarela e as discussões presentes nas atas da Academia Imperial de Medicina.

⁸⁵ É difícil rastrear qual a concepção de fermento usada para descrever essa teoria. As fontes não citam se o “fermento” era mais próximo à concepção de Pasteur ou de Liebig.

⁸⁶ Órgão consultivo sobre higiene pública que prestava assessoria ao poder executivo Federal, Estadual e Municipal. Para mais informações ver a ata de sua instalação em: Acta de Instalación de Consejo de Higiene Pública. (Asociación Médica Bonaerense 1870c, pg. 141-48).

Deixando de lado a questão da gênese ou introdução da doença, verifiquei através dos dois periódicos que nas epidemias de 1871 em Buenos Aires, e 1873 no Rio de Janeiro, a febre amarela apresentou sintomas similares em ambas as cidades como vimos anteriormente, na parte desta dissertação dedicada à análise das teses de doutoramento. Vale lembrar que em ambas as cidades os casos de anúria, ou supressão de urina, era o sintoma associado à morte nestas epidemias.

A maneira como a anúria foi tratada nas teses de doutoramento da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, como sintoma nunca antes relacionado à febre amarela, me fez suspeitar que aqueles estudantes de medicina não tinham o hábito de ler a *Revista Médico-Quirúrgica*, pois anteriormente à produção das teses já tinham sido veiculados artigos que relacionavam anúria e febre amarela nas epidemias de Lisboa em 1857 e na própria epidemia de Buenos Aires de 1871.

Trabalho (Teixeira, 1879) publicado nos *Anais Brasilienses* considerava: “que os casos de anúria na febre amarela, [estivessem sempre relacionados] a steatose renal” (Teixeira, 1879, p.524).

Os periódicos mostraram que os estudantes de medicina seguiram de perto as opiniões dos médicos no que tange ao diagnóstico e à terapêutica da febre amarela. Os doutorandos reproduziram em suas teses de doutoramento as sugestões de terapêutica e de sintomas encontradas nos periódicos médicos. Salvador Doncel (1873) trabalhou no Lazareto San Roque ao lado de médicos mais experientes cuidando de doentes da febre amarela. Para não repetir o que já foi analisado anteriormente, direi apenas que os principais sintomas relacionados pelos periódicos médicos, à parte a anúria, eram em geral: cefalgia, pulso duro e cheio, prostração, icterícia e o vômito negro.

As terapêuticas recomendadas por ambos os periódicos científicos eram as mesmas referidas pelos estudantes. Tratamento sintomático com o objetivo de expelir o mal causador, por agente também desconhecido: diaforéticos, sudoríficos, vomitivos e laxantes.

Os recursos terapêuticos mais controvertidos no período analisado são as sangrias e o uso da quinina no combate à febre amarela. A primeira ainda era recomendada, com ressalvas, por alguns poucos médicos no início da década de 1870, tanto em Buenos Aires quanto no Rio de Janeiro caindo logo em descrédito.

A quinina motivou um debate interessante, ligado à concepção que dos médicos da formação do miasma causador da febre amarela. Os que recomendavam o uso da quinina no tratamento desta doença o faziam por acreditar que havia alguma similaridade ou analogia entre o miasma da malária – doença para qual a quinina era o tratamento mais eficaz conhecido à época – e o miasma da febre amarela. Assim, a quinina era receitada por se supor que seria eficaz contra uma doença com sintomas em parte similares aos da malária, ainda entendida como febre associada aos maus ares que se desprendiam de águas estagnadas e outros lugares pútridos.

Os que eram contra o uso da quinina (Academia Imperial de Medicina, 1870c)⁸⁷ alegavam que não possuía efeito terapêutico contra os sintomas da febre amarela, fosse por observação direta ou por não crer na analogia entre os miasmas das duas doenças (Academia Imperial de Medicina, 1870b), ou ainda por concluir através de suas observações – ou das de terceiros – de que o sulfato de quinina pudesse na verdade agravar os sintomas da febre amarela (Teixeira, 1879).

A causa da doença também foi amplamente discutida entre médicos como se observa nas sessões da Academia Imperial de Medicina (Academia Imperial de Medicina, 1870b; Academia Imperial de Medicina, 1873b; Academia Imperial de Medicina, 1873e). A análise das atas mostra que a discussão girava em torno de três possíveis causas: o miasma misto, um miasma específico e o miasma palustre.⁸⁸

Pereira Rego, presidente da Academia Imperial de Medicina e da Junta Central de Higiene Pública e João Damasceno Peçanha da Silva, professor de patologia interna da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e editor dos *Anais Brasilienses de Medicina*, tinham visões semelhantes sobre a formação do miasma específico. Enquanto o primeiro defendia a idéia de que a febre amarela era causada por um miasma *sui generis*, Peçanha da Silva dizia que o elemento gerador era um novo elemento formado pela junção de emanções vegetais e animais em decomposição.

Tais proposições diferenciavam-se do miasma misto defendido por João Vicente Torres Homem, professor de clínica interna da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de que a febre amarela era causada pela ação conjunta dos miasmas paludoso e “typhico”

⁸⁷ O principal opositor do emprego dessa substância no tratamento da febre amarela era Peçanha da Silva.

⁸⁸ Ver a descrição destes miasmas no item anterior deste capítulo.

sobre o corpo, numa espécie de simbiose ou dupla contaminação (Torres Homem, J.V. Lições de clinica sobre a febre amarela, rio, 1873 apud Correia Junior, 1876, p. 22). Peçanha da Silva argumentava que este fato era quimicamente impossível; a interação destes dos miasmas formava um novo elemento, responsável por causar a doença (Silva, 1877).

Luiz Correa de Azevedo, Nicolao J. Moreira e Aristides Garnier eram os principais nomes a apoiar a teoria do miasma palustre nos debates da Academia. É estranha a ausência de Torres Homem nesses debates. Naquela instituição o miasma misto sempre foi defendido por outros. Enquanto que Pereira Rego e Peçanha da Silva buscavam arregimentar aliados para suas proposições.

Não encontrei na *Revista Médico-Quirúrgica* discussões profundas sobre este tema. A desorganização, por causa da epidemia, da *Asociación Médica Bonaerense*, levou à suspensão de suas reuniões de 1871 a 1877. Isto colaborou para a falta de discussão no periódico. Os trabalhos publicados sobre febre amarela eram em geral de autores e/ou de periódicos estrangeiros. Os que versavam sobre o miasma da doença não eram muitos, sendo alguns de autores brasileiros⁸⁹ e outros de periódicos estrangeiros, principalmente do *Siglo Médico*.

Os artigos e comunicações de autoria de médicos da Argentina costumavam se esquivar da discussão sobre o miasma. Aqueles que se pronunciavam⁹⁰, aceitavam a teoria do miasma palustre ou do miasma misto como causador da febre amarela.⁹¹ Ambos explicavam com propriedade o papel daquele que os médicos consideravam o grande vilão da epidemia de 1871: o Riachuelo⁹². Segundo a imprensa leiga e parte da médica, os rejeitos dos saladeros seriam os grandes responsáveis pelas emanações pútridas que colaboraram para a irrupção da febre amarela em Buenos Aires no ano de 1871.

⁸⁹ Foi publicada a tradução do trabalho de Pereira Rego (1873), 'Esboço histórico das epidemias que tem grassado no Rio de Janeiro (1830-1870)' e um trabalho publicado com o título: 'Notas sobre o tratamento da febre amarela no Rio de Janeiro', de Cláudio Velloso da Motta-Maia (1876).

⁹⁰ Eduardo Wilde, Pedro Mallo, os Jacobo Scherrer e Miguel S. Echeagaray, Jose Penna entre outros

⁹¹ Das três teses de doutoramento em medicina apenas uma apresenta opinião sobre o miasma. Outros trabalhos que se eximem de fazê-lo são: "*Tratamiento de la Fiebre Amarilla*" de Pedro Mallo (1870) e o editorial da "Revista de La Quincena" de 23/03/1871 (Asociación Médica Bonaerense, 1871c).

⁹² "*La conservacion de los saladeros en el Riachuelo y la no desinfeccion está en que los gobernantes han preferido respetar los intereses de veinte empresários, y sacrificar a esas conveniencias la salubridad de la capital*" (La Republica, 1871 p. 87)

Após análise da *Revista Médico-Quirúrgica* na década de 1870, concluí que as folhas diárias publicadas durante o ano de 1871 – *La Nación e La Prensa* -⁹³ da imprensa leiga de Buenos Aires analisadas por mim tinham razão *em parte* na sua reclamação⁹⁴ de que os médicos da Argentina não se pronunciavam sobre a febre amarela. Poucos foram os trabalhos originais sobre a doença publicados na imprensa – leiga e especializada. Como disse, nos anos de 1870 e 1871, a *Revista Médico-Quirúrgica* publicou mais artigos relacionados à varíola que à febre amarela. Vale lembrar que a varíola foi considerada endêmica na cidade durante esse mesmo período, em 1871 matou 1656 pessoas (Rawson, 1876) .

Por outro lado os médicos brasileiros estavam constantemente produzindo trabalhos e debates sobre a febre amarela na Academia Imperial de Medicina. As afirmações do parágrafo anterior, aliada ao fato de que a maioria dos trabalhos sobre a doença publicados na *Revista Médico-Quirúrgica*, na década de 1870, foram produzidos antes ou durante a da década de 1860, me leva a concluir que, de fato, os médicos argentinos não estavam a par das últimas discussões sobre a causa do mal.

A discussão sobre como evitar novas epidemias de febre amarela ocorreu em termos distintos na *Revista Médico-Quirúrgica* e nos *Anais Brasilienses de Medicina*. À parte a concordância de que melhores condições higiênicas⁹⁵ mitigavam o aparecimento de doenças, as preocupações de argentinos e brasileiros eram diferentes.

Em primeiro lugar, em Buenos Aires, apenas por breve período⁹⁶ se considerou a radicação ou aclimatação da doença na cidade. Assim, a partir de 1872, os argentinos deixaram de lado esta preocupação, e voltaram ao consenso de que a melhor maneira de defender sua capital seria evitar uma nova importação da febre amarela.

O Consejo de Higiene Pública, órgão consultivo da municipalidade, era o mais ferrenho defensor da imposição de quarentenas a navios procedentes de locais infectados. Constantemente este órgão sugeria mais rigor na imposição deste expediente profilático a Junta de Sanidad del Puerto, órgão federal responsável pelo controle de saúde no porto de Buenos Aires. Ao mesmo tempo, o Consejo de Higiene buscava junto à Câmara Municipal

⁹³ Ver o capítulo dois dessa dissertação para mais detalhes.

⁹⁴ Ver o tópico 2.6 - A epidemia de Buenos Aires através da imprensa diária (p.48) para mais informações.

⁹⁵ Limpeza das ruas, sistema eficiente de esgoto e fornecimento de água, retirada do lixo, secamento de pântanos e prevenção a emanações pútridas e etc...

⁹⁶ Como já citado anteriormente, até o inverno do ano de 1872

melhorias nas condições de higiene da cidade com o objetivo de evitar o desenvolvimento das chamadas condições acessórias ao aparecimento de epidemias.

Como já mostrei, as principais preocupações dos médicos de Buenos Aires eram: a ação dos saladeros que operavam às margens do Riachuelo; os aterros da cidade feitos com lixo e a falta de um sistema de esgotos. Além destes aspectos, partilhavam com os médicos do Rio de Janeiro a preocupação com as habitações coletivas e com a má circulação do ar nas ruas e residências. Em ambas as cidades este tipo de habitação era considerado insalubre, portanto foco de epidemias.

Das soluções debatidas na *Revista Médico-Quirúrgica*, duas viriam a sair do papel. A proibição dos saladeros⁹⁷ nos limites do município de Buenos Aires: a maioria dos estabelecimentos mudou-se para o município vizinho, La Ensenada; e a criação de planos para um sistema de esgotos na cidade, primeiro aquele elaborado por Coghlan - que não chegou a ser executado - depois o do engenheiro inglês John Frederick Bateman, só concluído na década de 1880. As outras melhorias reclamadas começariam a ser implementadas no final da década de 1880, com a reforma urbana de Buenos Aires.

No Rio de Janeiro, as principais preocupações higiênicas estavam voltadas para todos os pântanos; os morros que cercavam a região central da cidade impedindo circulação do ar; e os canos do sistema de esgoto instalados e administrados pela firma inglesa City Improvements.

Diferentemente de Buenos Aires, a febre amarela visitava com frequência o Rio de Janeiro. Os debates na Academia Imperial de Medicina tinham em mira tentar atenuar os desenvolvimentos da febre amarela, através do melhoramento das condições telúricas. Os médicos do Rio de Janeiro, em sua esmagadora maioria, acreditavam que a doença estava aclimatada (ar) e enraizada (solo) na cidade.

O Consejo de Higiene, a Asociación Médica Buenaerense, a Academia Imperial de Medicina e a Junta Central de Saúde Pública quase nunca conseguiam que suas recomendações fossem levadas à prática. A constituição meramente consultiva destes órgãos deixava nas mãos da Câmara Municipal de Buenos Aires; do Ministério dos

⁹⁷ Lei de 6 de setembro de 1871.

Negócios do Império e da Câmara Municipal do Rio de Janeiro⁹⁸, respectivamente a decisão final sobre as ações a serem tomadas contra as epidemias.

Isso gerava frustração tanto entre médicos brasileiros quanto entre argentinos. Em ambos os contextos reclamavam da inércia dos órgãos governamentais em colocar em prática as deliberações dos órgãos consultivos. Costa Ferraz exprime assim o malogro dos médicos para com seus governos:

“Se as medidas já foram tomadas pelo governo, inútil sem dúvida foi a reunião do corpo científico; se, porém, é insuficiente, como pretendo demonstrar, para minorar e muito menos debelar o terrível flagelo gerado no delta do Mississipi, por que só depois de ter ele assumido proporções tão grandes se veio pedir agora o concurso desta Academia criada, como preceitua o art. 15 dos seus estatutos, para ser consultada em tudo quanto interesse à saúde pública?” (Academia Imperial de Medicina, 1873b, p. 8)

Esta era a tônica do jogo: os “órgãos científicos” deliberavam as medidas racionais a tomar para que melhorassem as condições higiênicas das cidades e não ocorressem novas epidemias. Os órgãos governamentais, por falta de recursos financeiros ou vontade política postergavam ou sabotavam a execução daquelas deliberações. Quando novas epidemias eclodiam, os órgãos científicos eram novamente chamados a sugerir medidas emergenciais para mitigar a situação. Tanto em Buenos Aires quanto no Rio de Janeiro, os órgãos responsáveis pela higiene, o Consejo de Higiene, a Academia Imperial de Medicina e a Junta Central de Higiene Pública, clamavam por autonomia orçamentária e por poderes para executar suas deliberações.

As medidas emergenciais, enumeradas acima por Costa Ferraz, propagadas pela Academia Imperial de Medicina na década de 1870 não diferiam muito daquelas preferidas pela Junta de Higiene Pública sabendo-se que na época ambas eram presididas por Pereira Rego:

“1ª Medidas relativas ao melhoramento do estado higiênico atual da cidade no que diz respeito ao asseio e outras circunstâncias das condições higiênicas das ruas, praças e outros

⁹⁸ A Junta Central de Higiene Pública era subordinada ao Ministério dos Negócios do Império, órgão do poder federal que coordenava os investimentos dessa esfera na capital do Brasil. A Câmara Municipal do Rio de Janeiro era o órgão da esfera municipal responsável por conservar a cidade.

lugares públicos. 2ª Irrigação das ruas e praças públicas. 3ª Disseminação dos navios estacionados no porto desta capital, e dos que nele entrarem, ou em lugares afastados das praças anteriores da barra. 4ª Retirada dos emigrantes para fora da cidade e município, não se permitindo aos que chegam passarem aquém da Ilha e fortaleza Villegaignon e fazendo-os embarcar e conduzir fora da barra e outros pontos do litoral dela, d'onde depois sejam removidos e internados nas varias localidades da província. 5ª Nomeação de comissões médicas paroquiais para acudir aos acometidos pelo flagelo da epidemia, com os subsídios necessários, e especialmente os remédios. 6ª Abertura do hospital de Santa Izabel, principalmente destinado para a gente de mar acometida, afim de prevenir a sua acumulação nos hospitais da cidade. 7ª Inspeção dos cortiços existentes, sua remoção ou diminuição do número de moradores. 8ª Conselhos ao povo quanto ao seu regime ordinário e ao que lhe cumpre fazer na ocasião de ser acometido pela doença” (Academia Imperial de Medicina, 1873b, p. 5-6)

Além destas medidas, os médicos brasileiros pediam o aterro dos pântanos na parte central do Rio de Janeiro, e ao redor dela, o melhoramento do sistema de esgotos, inclusive melhor manejo e sua manutenção. O abastecimento de água e os cortiços também eram alvos de críticas contundentes. Em Buenos Aires, como no Rio de Janeiro, o conventillo ou habitação coletiva era tratado como grande vilão para o surgimento de epidemias. A remoção dos saladeros de Barracas, a implantação de um sistema de escoamento das águas pluviais; maior vigilância, sobre, os mercados públicos e o uso de melhores materiais para aterro de charcos e pântanos eram reivindicações importantes da corporação médica, buenairense.

No Rio de Janeiro não notei atritos mais sérios⁹⁹ entre a Academia Imperial de Medicina, a Junta Central de Higiene e o Ministério de Negócios do Império talvez pelo fato de que os dois primeiros órgãos dividiam o mesmo presidente. Existiram reclamações por parte da corporação médica¹⁰⁰ frente à inércia da Câmara Municipal do Rio de Janeiro em executar as recomendações da Academia Imperial de Medicina (Academia Imperial de Medicina, 1873b). Já em Buenos Aires, nos meses de abril de 1873 e fevereiro de 1877,

⁹⁹ Ao menos não como no caso de Buenos Aires onde ofícios institucionais com insultos foram trocados entre órgãos responsáveis pela higiene e poderes legislativo e executivo. Houve apenas reclamações por parte de alguns médicos nas seções da Academia Imperial de Medicina frente às medidas tomadas.

¹⁰⁰ O porta-voz foi o dr. Pires Ferreira.

verifiquei troca de farpas entre o Consejo de Higiene, a Junta de Sanidad del Puerto e a Municipalidade de Buenos Aires.

O Consejo de Higiene acusou esta de não seguir suas deliberações em abril de 1873 (Drago e Gutierrez, 1873, p. 5), o que colocava em risco a cidade de Buenos Aires pois havia o perigo iminente de invasão da febre amarela que grassava então no Rio de Janeiro.

O Consejo de Higiene tampouco confiava nas decisões da Junta de Sanidad del Puerto, que reforçou em nota, suas recomendações para evitar que a febre amarela chegasse novamente à cidade.

“Posteriormente convencida esta corporación [o Consejo de Higiene] de que las medidas recomendadas al Gobierno Nacional [Junta de Sanidad], caian en total olvido con peligro de la existencia del pais y viendo que el camino de la fiebre amarilla se perfilaba francamente a Montevideo, creyó llenar un deber sagrado proponiendo la clausura de nuestro puerto para las procedencias del Brasil, y una cuarentena de observacion de 15 dias para las de Montevideo” (Drago e Gutierrez, 1873, p. 7)

Em fevereiro de 1877 o Consejo de Higiene instou a Municipalidade de Buenos Aires a: *“desplegar la mayor energia en el fiel cumplimiento de las disposiciones sobre policía sanitária que esa Corporacion tiene dictadas”* (Asociación Médica Bonaerense, 1877, p. 580). Redarguiu a Municipalidade:

“considerando al Consejo de Higiene como un cuerpo puramente consultivo respecto a las medidas sanitárias que deben tomarse en el municipio y opinando que la nota que se le dirija invitandola a desplegar la mayor vigilancia en el cumplimiento de las disposiciones sobre higiene a causa de las noticias alarmantes, estaba redactada en terminos inconvenientes, destinó dicha nota al archivo” (Asociación Médica Bonaerense, 1877, p. 580).

Estas passagens ilustram o grau de conflito entre esses dois órgãos. No afã de ver suas deliberações executadas, o Consejo de Higiene tentou extrapolar seu papel meramente consultivo. Penso que o intuito aqui seria transferir responsabilidade por uma possível epidemia à ineficiência dos políticos, defendendo por consequência a categoria médica.

A defesa era necessária, pois durante a epidemia de 1871, houve, como disse, fuga em massa de médicos da cidade, fato que aliado ao grande número de doentes, sobrecarregou extremamente profissionais e práticos remanescentes na cidade.

Encontrei narrações de médicos de Buenos Aires sobre violência física (Scenna, 2009; Scoobie, 1974) que sofreram por não serem capazes de acudir a todos os doentes em um mesmo dia por falta de tempo. Houve também casos de chacota, deboches e palavras de desespero dirigidas por populares que interpelavam médicos nas ruas, cobrando tratamento ou solução para a epidemia (Scenna, 2009).

Na polêmica sobre as quarentenas a serem adotadas, além dos fatos citados acima, havia uma disputa de poder que extrapolava a questão médica, transbordando para o campo político. Como vimos anteriormente, em 1873, a província de Buenos Aires não havia aderido totalmente à Confederação Argentina. Havia muita tensão entre os dois entes. A Confederação era a responsável pela administração do porto da capital, inclusive por ditar as regras de higiene e quarentena através da Junta de Sanidad.

Penso que havia a intenção, por parte do órgão municipal: o Consejo de Higiene Municipal, de desacreditar o órgão federal, usando o terror gerado pela epidemia de 1871 politicamente contra a Confederação Argentina. Da mesma maneira procedeu Mitre no seu jornal *La Nación* para que a província e a cidade recuperassem sua autonomia política e, quem sabe, o controle sobre a arrecadação das alfândegas do porto.

Segundo já exposto, os médicos argentinos em sua maioria acreditavam que uma nova epidemia de febre amarela só aconteceria mediante importação da doença, assim como ocorrera em 1871. Em caso de nova epidemia, a Junta de Sanidad seria a culpada, por não impor e fiscalizar as quarentenas com o devido rigor.

A *Revista Médico-Quirúrgica*, nos textos veiculados na seção “Revista de La Quincena” mostrava-se extremamente contagionista. Ao longo de toda a década, o único debate acolhido pelo periódico dizia respeito a quando instalar as quarentenas e qual duração deveriam ter. Os redatores sugeriam sua necessidade ao menor sinal do aparecimento da febre amarela nos países vizinhos, principalmente no Brasil. A revista muitas vezes demonstrava-se precipitada e exagerada em suas posições. Pedia quarentenas com base apenas em rumores, como também em anos em que não havia epidemia no Brasil. Foi ao extremo de propor em fevereiro de 1873 o fechamento do porto de Buenos Aires a

todas as embarcações procedentes do Rio de Janeiro (Asociación Médica Bonaerense, 1873a).

Os médicos do porto de Buenos Aires, Eduardo Wilde e Pedro Mallo responderam que seria mantida a quarentena de 15 dias, pois: “*cerrar el puerto para los buques, cualquiera que sea el estado sanitario y procedencia, es un atentado contra el derecho de las naciones, contra las leyes humanitarias, contra la civilizacion de este siglo y contra los intereses comerciales*” (Wilde e Mallo, 1873, p.364).

Wilde e Mallo declararam que sua decisão apoiava-se em critérios científicos; em leis internacionais de quarentena, principalmente a francesa; deliberações de três congressos internacionais de higiene, que concordavam que o período máximo de quarentena deveria ser de quinze dias (Wilde e Mallo, 1873, p.364)¹⁰¹.

A revista continuou a ser durante toda a década, a principal porta voz das práticas, chegando a cogitar em 1878 novo fechamento do porto às embarcações procedentes do Rio de Janeiro. De 1870 a este ano, o debate sobre quarentenas girou em torno de sua duração, nunca de sua necessidade ou não; porém em agosto de 1878 apareceram as primeiras opiniões contrárias a esta prática na *Revista Médico-Quirúrgica*.

O primeiro artigo a defender a inutilidade das quarentenas foi escrito por Guillermo Nathaniel Hiron (1878): dizia que não havia provas suficientes de que a febre amarela fosse transmitida por contágio direto ou indireto. Apoiando-se em La Roche, declarou Hiron que as quarentenas eram inúteis contra a doença, que a melhor maneira de evitá-la era pela supressão das imundices.

O dr. Juliano Ledesma (Asociación Médica Bonaerense, 1873c, p.153) respondeu a Hiron: as quarentenas poderiam ser eficazes, desde que aplicadas em conjunto com outras medidas higiênicas. Baseando-se na obra de Sigismond Jacoud, professor de patologia interna da Academia Nacional de Ciências de Paris, afirma Ledesma que a doença podia ser transmitida através de contágio direto e que o germe ganhava força quando incubado no ser humano. Suas bagagens e roupas também podiam transportar o germe. Dessa maneira a quarentena bloqueava eficazmente a chegada da doença a Buenos Aires. A julgar por seus dados, Mallo foi o primeiro médico argentino a articular microbiologia, contágio e quarentenas:

¹⁰¹ Acreditava-se que nenhuma doença tinha período de incubação superior a quinze dias.

“Los vibriones y bacterios secados por Spallanzi y por Pasteur, después de uno y dos años, colocados en condiciones de calórico y humedad han vuelto a la vida, y se han multiplicado mas de una vez, las ropas guardadas, de personas falecidas de viruela, tras largos años, han determinado de nuevo la viruela; mas de una vez, las ropas de los fallecidos o enfermos de fiebre amarilla y de cólera, han comunicado el mismo mal y han dado origen a una epidemia.”. (Asociación Médica Bonaerense, 1878, p.192).

Deixa implícita a necessidade de algum tipo de bagagem difusora do mal, apesar de parecer estar familiarizado com as idéias de Pasteur, e era partidário ferrenho das quarentenas como podemos ver abaixo:

“Fué entonces que el gobierno de la República decretó la clausura de los puertos, medida a mi juicio altamente salvadora, siempre que se establecieran aquellas condiciones marítimas y terrestres que asegura toda la incomunicación, porque está probado que países como el nuestro no son jamás victimas de flagelos exóticos (fiebre amarilla e etc., etc.) sino por su importación; que esta medida [a quarentena ou fechamento total do porto] extrema se hacia indispensable, teniendo en vista los bien entendidos y verdaderos intereses del pais y luctuosos recuerdos que dejó esta terrible enfermedad en nuestra sociedad” (Mallo, 1878, p.283).

O dr. Pablo H. Quinche também interferiu na discussão, demonstrando contradição similar a de Mallo. Na opinião do primeiro, era impossível determinar o tempo de incubação de doenças como febre amarela, sarampão e cólera; sendo assim, *“apesar de ser contagionista considero las cuarentenas como poco útiles, sino inutiles”* (Ballester, 1878, p.319).

Nos *Anais Brasilienses de Medicina*, o debate sobre a profilaxia da febre amarela gira ao redor da higiene. Médicos brasileiros partilhavam a idéia de que a melhor prevenção consistia em neutralizar os fatores sócio-ambientais que favoreciam o aparecimento da doença. O único momento em que se discutiram as quarentenas foi no ano de 1871, quando houve a grande epidemia de Buenos Aires, e o Rio de Janeiro não foi atingido pela doença.

Os médicos brasileiros, no escasso debate por mim localizado nos periódicos, pensavam não ser de grande utilidade a quarentena para navios procedentes da Argentina, pois a doença já estaria radicada no Rio de Janeiro.

Em 1871, Argentina e Uruguai começaram negociações (Drago e Montes de Oca, 1871) visando a construção de um lazareto binacional, na Ilha de Flores, próxima a Montevideú. A construção seria financiada meio a meio por ambos os países. Era uma tentativa de bloquear a entrada de doenças epidêmicas, principalmente a febre amarela trazida do Rio de Janeiro, para o estuário do Prata. O projeto não saiu do papel, devido à recusa do governo uruguaio em dar sua parte no negócio.

A reclamação sobre a falta de lazaretos para a acomodação de passageiros em quarentena era recorrente nas duas cidades. Antes de 1871, Buenos Aires não contava com nenhuma instituição desse tipo. Devido à epidemia de febre amarela do mesmo ano, o hospital de San Roque, próximo ao porto, foi convertido em lazareto para receber os doentes de febre amarela, e posteriormente foi usado com o fim de receber passageiros doentes ou em quarentena.

O Rio de Janeiro contava desde 1853 com o Hospital Marítimo de Santa Isabel, em Jurujuba, Niterói, que fazia o papel de lazareto para os doentes que chegavam a bordo de navios ou cumpriam quarentena. Porém, segundo relatos dos *Anais Brasilienses de Medicina*, não se encontrava em boas condições e não comportava o grande número de doentes que lá davam entrada. A corporação médica carioca também pedia a construção de um novo lazareto.

Em 1873 houve nova tentativa de firmar de um convênio internacional, desta vez mais amplo em seus objetivos e no número de participantes. O Congresso Sanitário Internacional realizado em Montevideú, Uruguai:

“há sancionado dos convenciones: la 1 entre los 3 países [Brasil, Argentina, Uruguai] ; la 2 entre las dos Repúblicas.

Los puntos culminantes de la primera se referieren al establecimiento de las cuarentenas (de observacion y de rigor); a las condiciones para la admisión de buques; a los casos en que se consideran infestados los puertos; a la época en que se debe dar por terminada una epidemia ; á las medidas que deben tomarsé con los buques.

La segunda resuelve que el establecimiento de 3 lazaretos: el primero Internacional, para los buques de alta mar; el segundo cerca de Corrientes, para las procedencias del

Paraguay, de las provincias de Brasil vecinas y de los puertos argentinos cercanos; el tercero para las procedencias de los rios; de Buenos Aires y Montevideo.

El Congreso se ocupa actualmente de la discusión de un proyecto de Reglamento Sanitário Internacional, que le ha sido presentado por una Comisión nombrada al efecto y compuesta por los Dres. Wilde, Araujo Goes y Visca” (Asociación Médica Bonaerense, 1873b, p. 140).

O congresso após essas deliberações passaria a se dedicar a discutir um projeto de regulamento sanitário internacional, que buscaria uniformizar as medidas tomadas nessas três nações, com o objetivo final de diminuir a quantidade de epidemias nesses países. Infelizmente não consegui levantar maiores informações acerca deste convênio, se foi de fato celebrado algum acordo ou não, na *Revista Médico-Quirúrgica*, ou nos *Anais Brasilienses de Medicina*.

Ambas as resoluções coadunavam-se com o ponto fulcral do pensamento dos médicos da Argentina: a febre amarela não era radicada em Buenos Aires, era importada do Rio de Janeiro. Corroborava essa afirmação o despacho da Junta de Sanidad de novembro de 1879, onde se lê “*No teniendo donde construir lazaretos y estando amenazado todos los años por la posible importación de la fiebre amarilla de los puertos de Brasil en que hacen escalas los vapores transatlânticos...*” (Cordero e Sarmiento, 1879, p. 319).

Creio que se mergulhasse mais a fundo nesta questão, ela me levaria a um debate que envolve, além da saúde pública, uma questão de identidade. Levanto a hipótese de que havia um projeto político na Argentina de construção de uma identidade europeia. Nesse país “europeu” não caberiam doenças consideradas dos trópicos, na época sinônimo de atraso. Infelizmente não tive tempo suficiente durante o mestrado para desenvolver esta hipótese. Penso que pode ser um tópico para futura tese de doutorado.

A partir da análise das fontes, concluí que na *Revista Médico-Quirúrgica* prevalecia a publicação de trabalhos a maioria de estrangeiros, sobre a febre amarela; ao passo que nos *Anais Brasilienses*, porta-voz da Academia Nacional de Medicina, a discussão entre médicos nacionais preponderava. Colabora para essa assimetria o fato de o fórum de debate dos médicos de Buenos Aires, a Asociación Médica Bonaerense não se reunir por um longo tempo. Quando as reuniões voltaram a acontecer regularmente, a febre amarela já era encarada novamente como mal exógeno à cidade.

Encontramos nas fontes debate muito mais rico entre os brasileiros acerca das causas da doença. Nos artigos e trabalhos de médicos argentinos o tema é abordado a partir de concepções importadas, sem nenhuma produção regional de teorias sobre o miasma ou o germe da doença.

É notável também nos dois periódicos a influência do pensamento científico francês. Apesar de ambas as publicações estarem inseridas em intricada rede de conhecimentos, que envolvia periódicos de praticamente toda a Europa ocidental, as tomadas de posições nas polêmicas e o embasamento das proposições científicas eram baseadas, em larga maioria, em estudiosos franceses.

CONCLUSÃO

Durante essa dissertação conhecemos a face urbana e seguimos epidemias de febre amarela no Rio de Janeiro e em Buenos Aires. Investigamos também o discurso da corporação médica dessas cidades sobre a febre amarela. Essa doença que afetou o Rio de Janeiro por longo período de tempo, valendo à cidade a reputação de pestilenta, mostrou também que de uma só vez foi capaz de tirar muitas vidas em Buenos Aires.

Ambas as cidades possuíam estrutura higiênica deficiente. O Rio de Janeiro possuía um sistema de esgotos problemático e não havia sistema de abastecimento de água encanada; em Buenos Aires era o inverso, faltava o sistema de esgoto e havia apenas o fornecimento de água encanada à parte da cidade.

A partir da análise empreendida no primeiro capítulo dessa dissertação penso poder afirmar que, segundo os parâmetros da época, ambas as cidades se encontravam em pé de igualdade em aparatos higiênicos. Em ambos os sítios havia também a presença de regiões problemáticas do ponto de vista higiênico. Nesse quesito, porém, o Rio de Janeiro poderia ser considerado, segundo os padrões da época, em piores condições devido à maior quantidade de pântanos responsáveis por emanações pútridas ao redor da cidade, como também pelos morros que impediam a livre circulação do ar pela mesma região.

Em Buenos Aires o segundo problema não existia: o grande pântano da cidade, a região de Palermo, era considerada zona rural adjacente, longe do centro da cidade à época. Apesar disso em Buenos Aires haviam os saladeros e os aterros da parte baixa da cidade feitos com lixo, que eram considerados por médicos da época como fontes de emanações pútridas.

No segundo capítulo enxergamos as diferenças da ação da doença sobre a população do Rio de Janeiro e Buenos Aires, e notamos também como as populações reagiram perante o mal. Concluí que o maior contato de cariocas com a febre amarela levou a uma certa naturalização do mal no seio da população. Não parecia haver desespero tampouco desorganização das atividades da cidade, como no caso de Buenos Aires. Ao invés disso, no Rio de Janeiro, as classes mais altas da sociedade ausentavam-se da cidade sem porém deixar de voltar algumas vezes na semana para cuidar de seus negócios. As classes mais

baixas não possuíam muitas alternativas e continuavam a trabalhar, garantindo o funcionamento normal da cidade.

Em Buenos Aires, pela violência da epidemia e pela falta de familiaridade com o mal, a população entrou em desespero e a vida na cidade se desorganizou: a cidade foi abandonada por aproximadamente 50% da sua população, foi decretado feriado por um mês e meio, ou seja, houve desorganização geral das atividades. Concordo com a teoria já existente na época de que o número de mortos nessa cidade foi muito maior do que no Rio de Janeiro pela falta de contato prévio da população com a febre amarela. Esse fato, aliado à migração temporária da população do Rio de Janeiro no verão, colaborou para a diferença da quantidade de mortos nos dois casos.

É interessante notar que a falta de trato não estava restrita à população; as autoridades políticas lidaram com as epidemias de forma bastante diferente. O Imperador e a Câmara Municipal do Rio de Janeiro não suspenderam as atividades das repartições públicas, comércio, bancos e etc. Por outro lado, em Buenos Aires, foi decretado feriado por partes das três esferas de governo, incluindo a suspensão das obrigações bancárias. Além disso, o poder público incentivou e subsidiou o abandono da cidade pelas classes mais pobres, colaborando para o abandono e desorganização da cidade (Scoobie, 1974).

O terceiro capítulo nos levou pelo discurso das corporações médicas de Rio de Janeiro e Buenos Aires sobre a febre amarela. Foi interessante notar a diferença de percepção da febre amarela por brasileiros e argentinos: para os primeiros a doença estaria aclimatada na sua capital, enquanto que para os segundos ela seria um mal exógeno. As ocorrências das seguidas epidemias no Rio de Janeiro e as esporádicas visitas a Buenos Aires suportavam esses argumentos para os médicos da época. Além disso tinha peso importante a questão climática: o Rio de Janeiro era uma cidade de clima tropical e estava mais vulnerável às doenças ligadas aos climas quentes, dentre elas a febre amarela; enquanto que o clima temperado de Buenos Aires aproximaria seus problemas sanitários às capitais européias.

Por trás da questão climática encontravam-se interesses relacionados ao comércio, à economia e à construção de um projeto nacional. Havia intensa disputa entre Rio de Janeiro e Buenos Aires pela atração do imigrante europeu que vinha para a América. Esse imigrante era considerado fundamental para o sucesso econômico e social de ambos os

países por diferentes razões. A febre amarela era um mal que afastava, principalmente do Rio de Janeiro, o europeu, e por isso era tão importante controlar a doença (Chaloub, 1996).

A análise das fontes aliada ao dito anteriormente me levou a crer que os médicos brasileiros tinham maior conhecimento sobre a doença que os argentinos. Essa afirmação se estende aos campos do diagnóstico, da terapêutica e das discussões acerca do que se pensava ser o agente causador da doença. Esse contraste, em minha opinião, não é representativo de uma possível diferença de nível de conhecimento científico entre a medicina desses dois países. Para chegar a uma conclusão desse tipo seria necessário seguir uma doença que fosse endêmica nas duas nações, como a varíola por exemplo, e através dos estudos das técnicas de prevenção e de cura chegar à conclusão se havia diferenças no estágio de conhecimento científico no campo da medicina e higiene entre esses países.

A diferença de conhecimentos que essa doença particular apresenta, me parece justificada devido a maior produção de saber local por parte de brasileiros sobre a febre amarela. Provavelmente isso se deu devido a maior prática de médicos do Brasil com ela graças a maior quantidade de epidemias que ocorreram no nosso país, e não por algum tipo de atraso científico ou falta de participação nas redes internacionais de conhecimento por parte dos argentinos.

Pude concluir também que a relação entre os órgãos responsáveis pela higiene e os responsáveis por executar suas recomendações era atribulada, tanto no Rio de Janeiro quanto em Buenos Aires. Era reivindicação comum das duas corporações que suas recomendações fossem atendidas por completo pelos órgãos executivos, coisa que raramente acontecia. Notei também que havia um grande descontentamento por parte de médicos de ambas as cidades pelo caráter meramente consultivo da Academia Imperial de Medicina e do Consejo de Higiene Pública. Ambas as corporações reivindicavam que esses órgãos responsáveis pela higiene ganhassem poderes executivos.

As fontes apontaram para a conclusão final de que a febre amarela era encarada de maneira diferente por médicos do Rio de Janeiro e Buenos Aires. Para os primeiros tratava-se de controlar ou extinguir um mal que estava enraizado na cidade. Para os segundos era uma questão de se evitar a qualquer custo a sua importação. As estratégias adotadas variaram de acordo com o objetivo: os argentinos lançaram mão de quarentenas ao longo da

década para evitar a importação do mal, enquanto que os brasileiros eram preocupados em acabar com as condições sócio-ambientais que favoreciam a ação do miasma da doença.

FONTES E REFERÊNCIAS

Teses de doutoramento das faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e de Buenos Aires

ANDRADE, Paulo Cezar de. *Febre Amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia J.D. de Oliveira, 1882

CARVALHO, Primo Teixeira de. *Da febre amarella sob o ponto de vista de sua gênese e propagação. Quaes as medidas sanitárias que se devem aconselhar para impedir ou attenuar seu desenvolvimento e propagação*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Imprensa Industrial, 1876

CORREIA JUNIOR, Francisco Simões. *Da febre amarella sob o ponto de vista de sua genese e propagação. Quaes as medidas sanitárias que se devem aconselhar para impedir ou attenuar seu desenvolvimento e propagação*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Imprensa Industrial, 1876.

DONCEL, Salvador. *La fiebre amarilla del 1871 observada en el lazareto municipal San Roque*. Tese, Facultad de Medicina de Buenos Aires. Imprenta del Siglo, 1873

ECHEGARRAY, Miguel S. *Fiebre Amarilla del año 1871*. Tese, Facultad de Medicina de Buenos Aires. Imprenta de Pablo E. Coni, 1871

GUIMARAES, Antonio Constantino do Valle. *Febre Amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia Universal de Laemmert, 1873

LEAL, Lourenço Ferreira da Silva. *Da topographia e da climatologia da cidade do Rio de Janeiro e sua influencia sobre a salubridade publica*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia Acadêmica, 1872.

MANOEL, Jose Pereira da Silva. *Febre Amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia Dias da Silva, 1877

MAFRA, Norberto Alvarenga. *Febre amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia de Quirino, 1872.

MESQUITA, Durval Pereira De. *Diagnóstico da febre amarella e seu tratamento*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Typographia Estrella Fluminense, 1871.

MOREIRA, Affonso Carlos. *Diagnóstico da febre amarella e seu tratamento*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia Imparcial, 1872.

REIS, Joao Gomes dos. *Febre Amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia do Diário do Rio De Janeiro, 1872.

SCHERRER, Jacobo. *Estúdios sobre la fiebre amarilla del 1871*. Tese, Facultad de Medicina de Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni, 1872.

SILVA, Pedro Jose da. *Febre Amarella*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia Carioca, 1878

SERPA, João Aristides Soares. *Da febre amarella sob o ponto de vista de sua gênese e propagação*. Tese, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Typographia do Globo. 1876.

Periódicos da Academia Imperial de Medicina

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 31 de janeiro de 1870. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXII , p. 40-42 , julho 1870(a).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 28 de março de 1870. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXII , p. 44-54 , agosto 1870(b).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 4 de agosto de 1870. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. , p. , agosto 1870(c).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 3 de abril de 1871. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIII , p. 7-12 , junho 1871(d).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 17 de abril de 1871. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIII , p. 16-27 , junho 1871(e).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 20 de abril de 1871. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIII , p. 26-31 , junho 1871(f).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 24 de abril de 1871. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIII , p. 41-48, julho 1871(g).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 11 de novembro de 1872. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIV , p.245-248 , dezembro 1872.

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 16 de dezembro de 1872. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIV , p.441-446 , maio 1873(a).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 27 de janeiro de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXV , p. 4-31 , junho 1873(b).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 30 de janeiro de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXV , p. 43-57 , julho 1873(c).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 24 de fevereiro de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXV , p. 92-96 , agosto 1873(d).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 17 de março de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXV , p. 167-175 , outubro 1873(e).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 24 de março de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXV , p. 201-205, novembro-dezembro 1873(f).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 14 de abril de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIV , p. 211-213 , novembro-dezembro 1873(g).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 5 de maio de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIV , p. 214-216 , novembro-dezembro 1873(h).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão geral de 12 de maio de 1873. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIV , p. 216-217, novembro-dezembro 1873(i).

ACADEMIA IMPERIAL DE MEDICINA. Sessão extraordinária de 27 de janeiro de 1879. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXXII , p.124 , julho- agosto- setembro 1880.

AZEVEDO, Luiz Correa. Algumas idéias sobre a febre amarela, pelo dr. Luiz Correa de Azevedo, na sessão de 28 de março de 1870. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXII, p. 54-63 , agosto 1870.

COSTA FERRAZ, Fernando Francisco. A febre amarela de novo. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXXI, p. 307-310, janeiro-junho 1880.

REGO, José Pereira. Estudo das epidemias que tem grassado nesta Corte de 1871 até 1880. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXXIV, p. 359-622, janeiro-junho 1883.

REGO FILHO, Jose Pereira. Relatório dos trabalhos acadêmicos de 30 de junho de 1877 a 30 de junho de 1878, na sessão de 30 de julho de 1878. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXXI, p. 201-236, setembro-outubro-novembro 1879.

SILVA, João Damasceno Peçanha da. Higiene Pública. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXVIII, p. 41-43 , julho 1876.

SILVA, João Damasceno Peçanha da. Higiene Pública. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXVIII, p. 89-92, agosto 1876.

SILVA, João Damasceno Peçanha da. A ultima epidemia de febre amarela. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXVIII, p.129-133, setembro-outubro 1876.

SILVA, João Damasceno Peçanha da. Natureza da febre amarela. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXVIII, p. 293-360, janeiro-março 1877.

SILVA, João Damasceno Peçanha da. A atual epidemia. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXIX, p. 129-133, fevereiro 1878.

TEIXEIRA, Jose Maria. Estudos sobre a febre amarela em 1877, observada no Hospital Marítimo de Santa Isabel. *Anais Brasilienses de Medicina*, t. XXXI, p.31-60; 185-200; 326-349; 518-530 , junho-dezembro 1879.

Periódicos da Asociación Médica Bonaerense.

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de março de 1870. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 6, n.22, p. 389-390, março 1870(a).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de junho de 1870. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n.5, p. 87, junho 1870(b).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Acta de instalación del Consejo de Higiene Publica. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n. 9, p. 141-148, agosto 1870(c).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de janeiro de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n. 19, p. 97-98, janeiro 1871(a).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de fevereiro de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n. 21, p. 329-330, janeiro 1871(b).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de março de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n.23, p. 97-98, março 1871(c).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 23 de março de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n.24, p. 377-381, março 1871(d).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Disposición municipal contrária la higiene y al derecho médico. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n.23, p. 365-366, março 1871(e).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de abril de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.1, p. 1-3, abril 1871(f).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de maio de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.3, p. 33-35, maio 1871(g).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 23 de maio de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n. 4, p. 49-50, maio 1871(h).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. La fiebre amarilla bajo un ponto de vista médico-político. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.3, p. 36-44, maio 1871(i).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 8 de julho de 1871. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.7, p. 97-99, julho 1871(j).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. La fiebre. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.8, p. 121-22, julho 1871(k).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Cuarentenas y clausura de puertos. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 9, n.22, p. 356-357, fevereiro 1873(a)

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Congreso sanitario internacional. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 10, n.9, p. 140-141, agosto 1873(b).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 23 de agosto de 1873. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 10, n.10, p. 153, agosto 1873(c).

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 23 de março de 1877. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XIV, n.24, p. 579-580, março 1877.

ASOCIACIÓN MEDICA BONAERENSE. Revista de la quincena. 23 de julho de 1878. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XV, n.8, p. 191-194, julho 1878.

BALLESTER, A.T. Notas sobre las cuarentenas. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XV, n.14, p. 318-320, outubro 1878.

CORDEIRO, Mariano e SARMIENTO, Augusto Belin. Junta de Sanidad. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XVI, n.15, p. 318-320, novembro 1879.

DRAGO, Luis Maria e MONTES DE OCA, Leopoldo. Lazareto internacional en la isla de Flores. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.10, p. 152-153, agosto 1871.

DRAGO, Luis Maria e GUTIERREZ, Ricardo. Consejo de Higiene Publica. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 10, n.1, p. 5-7, abril 1873.

HIRON, Guillermo Natanael. La importancia de las cuarentenas. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XV, n.8, p. 191-194, julho 1878.

LA Republica. El manantial de la vida. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.6, p. 86-88, junho 1871.

MALLO, Pedro. Tratamiento de la fiebre amarilla. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 7, n. 4, p. 55-70, maio 1870.

MALLO, Pedro. Argumento contra las cuarentenas. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. XV, n.11, p. 254-260; 278-283, setembro 1878.

MOTTA-MAIA, Cláudio Velho da. Nota sobre el tratamiento de la fiebre amarilla en Rio de Janeiro. Buenos Aires, ano. 13, n.7, p. 159-162, julho 1876.

REGO, Jose Pereira. Bosquejo histórico de las epidemias que han reinado en la ciudad de Rio de Janeiro desde 1830 hasta 1870. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 10, n.1, p. 14-16, abril 1873.

WILDE, Eduardo e MALLO, Pedro. Memoria de la Junta de Sanidad. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.15, p. 360-364, fevereiro 1873.

WILDE, Eduardo e MALLO, Pedro. Informe de los médicos del puerto sobre aumento de las cuarentenas. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.13, p. 199-205, outubro 1871.

WILDE, Eduardo. La fiebre amarilla en Buenos Aires. *Revista Médico-Quirúrgica*, Buenos Aires, ano. 8, n.6, p. 88-92, junho 1871.

Periódicos de ampla circulação.

AGUIRRE, Cleto. Los periodistas. *La Nación*, Buenos Aires, 10/03/1871, p.3.

Anônimo. A pedidos: Agradecimento. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 21/4/1873, p.2

Apuntes Higiênicos. *La Prensa*, Buenos Aires 21/10/1871, p.2.

CARVALHO, Maximiliano Marques de. A pedidos: Para evitar a febre amarela. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 11/01/1873, p.2.(a)

_____. A pedidos: Tratamento da Febre Amarela. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 19/1/73 p.3.(b)

_____. A pedidos: A febre amarela e a potassa como desinfetante químico. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 26/1/1873 p. 2.(c)

CASTRO, Álvaro de. A pedidos: Febre amarella. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 8/2/1873 p. 2.

Correspondência do Jornal do Commercio: Buenos Aires. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 18/1/1873 p. 1.(a)

Correspondência do Jornal do Commercio: Buenos Aires. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 18/2/1873 p. 2.(b)

Correspondência do Jornal do Commercio: Buenos Aires. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 26/3/1873 p. 3.(c)

Correspondência do Jornal do Commercio: Buenos Aires. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 18/2/1873 p. 2.(b)

Desahogos imprudentes. *La Prensa*, Buenos Aires, 29/05/1871 p.1.

Editorial. *La Nación*, Buenos Aires, 16/02/1871, p.1.

Editorial. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 18/2/1873 p. 1.

Editorial. *La Nación*, Buenos Aires 16/04/1871, p.1.

Editorial. *La Nación*, Buenos Aires, 30/04/1871, p.1.

Editorial. *La Nación*, Buenos Aires, 07/05/1871, p.1.

Editorial. *La Prensa*, Buenos Aires, 05/05/1871, p.1.

Editorial. *La Prensa*, Buenos Aires, 11/05/1871, p.1.

El Juan de afuera. *La Nación*, Buenos Aires, 12/04/1871, p.1.

El sr. Puiggari, *La Nación*, Buenos Aires, 25/06/1871, p.1.

El gobierno federal, *La Nación*, Buenos Aires, 23/08/1871,p.1.

FARIA, Marques de. A pedidos: Febre amarella e seu tratamento. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 11/2/1873 p.4.

Gazetilha. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 03/3/1873 p. 2.(a)

Gazetilha. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 24/3/1873 p. 2.(b)

Gazetilha: Conselhos da Junta Central de Higiene ao povo. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 23/1/1873 p. 2.(c)

Nye. Febre amarela: testemunho do general Nye. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 2/2/1873 p. 2.

La tierra como fuente de nuestra salubridad. *La Prensa*, Buenos Aires, 29/10/1871, p.2.

Los médicos brasileños. *La Nación*, Buenos Aires, 04/05/1871, p.2.

Los médicos brasileños. *La Nación*, Buenos Aires, 05/05/1871, p.1.

Los inconvenientes de un mal paso. *La Prensa*, Buenos Aires, 30/05/1871, p.1.

Médicos brasileiros , *La Nación*, Buenos Aires 27/05/1871, p.2.

Médicos brasileños. *La Prensa*, Buenos Aires, 03/05/1871, p.2.

MORAES, Mello. A pedidos: Febre amarella e seu tratamento pela homeopatia. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 2/3/73 p.4.

O MEDICO HOMEOPATA. A pedidos. Febre amarella. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 4/2/73, p.2.

PICO, Pedro. El sistema de *water closets*. *La Nación*, Buenos Aires, 27/10/1871, p.4.

TAVARES, Bartolomeu Jose. A pedidos. Febre amarella. *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 10/2/73 p.1.

Relatórios do Ministério de Negócios do Império

REGO, Jose Pereira. Relatório do Presidente da Junta Central de Higiene Pública. In: BRASIL. *Relatório apresentado à assembléia geral na 3º sessão a 15º legislatura*. Tipografia Nacional: Rio de Janeiro, 1874.

SANTOS, Luiz Álvares dos. Relatório sobre a epidemia que reinou na cidade de Buenos Aires em 1871. In: BRASIL. *Relatório do ano de 1871 apresentado a assembléia geral na 4º sessão da 14º legislatura*. Tipografia Nacional: Rio de Janeiro, 1871.

FONTES SECUNDÁRIAS

Bibliografia citada

ALVAREZ, Adriana. Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires del 80. *História Ciencia Saúde-Manguinhos* Vol. 6 N. 2 , Rio de Janeiro, Julho/Outubro de 1999.

Andrews, George Reid. *Los Afroargentinos de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ediciones de la flor, 1989.

- AZEVEDO, André Nunes de. A capitalidade do Rio de Janeiro. Um exercício de reflexão histórica. In: AZEVEDO, André Nunes de (org). *Seminário Rio de Janeiro: capital e capitalidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.
- BARROS, José D'Assunção. História comparada – um novo modo de ver e fazer a história. *Revista de história comparada*. Vol.1 N. 1. Rio de Janeiro, junho de 2007
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Pereira Passos; um Haussmann tropical. A renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Divisão de Editoração Biblioteca Carioca V. 11, 1990.
- _____. *Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999.
- BERRUTI, Rafael. *La epidemia de fiebre amarilla de 1870*. Buenos Aires: Editorial Escolar, 2010.
- BESIO MORENO, Nicolas. *Historia de las epidemias de Buenos Aires*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1940.
- BUCICH ESCOBAR, Ismael. *Bajo el terror de la epidemia*. Buenos Aires: Imprenta Libre, 1932
- CANABRAVA, Alice Piffer. O comércio português no Rio da Prata (1580-1640). Belo Horizonte: Ed. Itatiaia, 1984.
- CHALOUB, Sydney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- DELAMARQUE, Elizabete Viana. *Junta Central de Higiene Pública. Vigilância e polícia sanitária (antecedentes e principais debates)*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado Casa de Oswaldo Cruz, 2011.
- DEVOTO, Fernando e FAUSTO, Boris. *Brasil e Argentina: um ensaio de história comparada (1850-2002)*. São Paulo: Editora 34, 2004.
- FLORENTINO, Manolo. *Em costas negras: uma história do tráfico de escravos entre a África e o Rio de Janeiro: séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.
- FRAGOSO, João e FLORENTINO, Manolo. *O arcaísmo como projeto – mercado atlântico sociedade agrária e elite mercantil no Rio de Janeiro (1790-1840)*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1998.
- FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: GB, 1969

- GALEANO, Diego. “Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871)”. *Salud colectiva*, Lanús, v. 5, n. 1, abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100007&lng=es&nrm=iso>. acesso em 20 jun. 2012.
- González Leandri, Ricardo. *Curar, persuadir, gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Biblioteca de Historia de América/ CSIC, Madrid 1999.
- HOWLIN, Diego. “Vómito Negro Historia de la fiebre amarilla, en Buenos Aires de 1871”. *Revista Electrónica Mensual de derechos existenciales*, Nº 34, octubre de 2004.
- LAMARÃO, Sérgio Tadeu de Niemeyer. *Dos Trapiches ao porto: um estudo sobre a área portuária do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Divisão de Editoração Biblioteca Carioca V. 17, 1991.
- MARCÍLIO, Maria Luiza. “Mortalidade e morbidade da cidade do Rio de Janeiro imperial”. *Revista de História*, nº.127-128. São Paulo, julho de 1993. Disponível em: http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S003483091993000100004&script=sci_arttext. Acesso em 18 de junho de 2012.
- PRADO, Maria Ligia Coelho. Repensando a história comparada da América latina. *Revista de História*, N. 153, São Paulo. Julho/Dezembro de 2005.
- PENNA, José. “Estúdio sobre las epidemias de fiebre amarilla en el Rio de la Plata”. *Anales del Departamento Nacional de Higiene*. Buenos Aires, ano V, nº1, novembro de 1895.
- PUIGGARI, Miguel: *Sobre la inocuidad de los saladeros: ó sea la refutación de los cargos hechos a estos establecimientos como instrumentos de insalubridad y prueba de las preocupaciones que dominan sobre las condiciones sanitarias de las industrias análogas*. Buenos Aires: Imprenta de la tribuna, 1871.
- RADOVANOVIC, Elisa. *Buenos Aires: ciudad moderna 1880-1910*. Buenos Aires: Ed. Turistica, 2001.
- RAWSON, Guillermo. *Estadística vital de la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Imprenta de La Nación, 1876.

RODRIGUES, Antonio Edmilson M. Em algum lugar do passado. Cultura e história na cidade do Rio de Janeiro. In: AZEVEDO, André Nunes de (org). *Seminário Rio de Janeiro: capital e capitalidade*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

RUIZ MORENO, Leandro. *La peste histórica de 1871. Fiebre amarilla en Corrientes y en Buenos Aires (1870-1871)*. Paraná: Nueva Impresora, 1949.

SANTOS, Corcino Medeiros dos. *O Rio de Janeiro e a Conjuntura Atlântica*. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1993.

SCENNA, Miguel Angel. *Cuando murió Buenos Aires (1871)*. Buenos Aires: Cantaro, 2009.

SCOBIE, James. *Buenos Aires: Plaza to suburb, 1870-1910*. New York: Oxford University Press, 1974.

APÊNDICE 1

MORTALIDADE EM BUENOS AIRES NO ANO DE 1871*

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
FEBRE AMARELA	6	318	4.992	7.564	845								13.725
VARÍOLA													1.656
TOTAL													

* Infelizmente não tive acesso ao número de mortes mensais por varíola em Buenos Aires, esses dados foram baseados em Scenna (2009) e Rawson (1876)

MORTALIDADE NO RIO DE JANEIRO NO ANO DE 1873*

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
FEBRE AMARELA	889	1.087	908	275	180	83	20	3	2	5	2	13	3.467
VARÍOLA	185	104	86	51	60	72	107	139	246	255	200	124	1.629
TOTAL	1.074	1.191	994	326	240	155	127	142	248	260	202	137	5.096

* Esses dados foram retirados do Relatório do Presidente da Junta Central de Higiene Pública do ano de 1873 (Rego, 1874)

APÊNDICE 2

Estadística de <i>Mardoqueo Navarro</i>															
	Enero		Febrero		Marzo		Abril		Mayo		Junio		Sub totales		Totales generales
	Fiebre amarilla	Otras enfermedades													
Argentinos	2	610	90	456	1 312	424	1 762	258	238	297	3	263	3 397	2 308	5 705
Italianos	4	79	167	86	2 280	173	3 365	108	364	58	21	64	6 201	568	6 769
Espanoles	-	36	25	34	552	42	935	24	88	34	8	21	1 608	191	1 799
Franceses	-	28	5	13	407	29	879	24	91	21	2	17	1 384	132	1 516
Ingleses	-	5	2	6	112	7	95	8	11	5	-	3	220	34	254
Alemanes	-	3	1	4	87	3	132	6	12	4	1	1	233	21	254
Varios	-	27	8	29	145	46	367	43	48	39	3	32	571	216	787
Totales	6	788	298	628	4 895	724	7 535	471	842	458	38	401	13 614	3 470	17 084

Quadro de mortalidade no primeiro semestre de 1871 em Buenos Aires segundo Mardoqueo Navarro. Fonte: SCENNA, Miguel Angel. *Cuando murió Buenos Aires (1871)*. Buenos Aires: Cantaro, 2009, p.404.

Iconografia



Centro do Rio de Janeiro visto desde o morro do Castelo em 1885. Fonte: FERREZ, Gilberto. O Rio antigo do fotógrafo Marc Ferrez: paisagens e tipos humanos do Rio de Janeiro, 1865-1918. Rio de Janeiro: Ex Libris, 1984. Disponível em: disponível em: <http://www.slideshare.net/LuGoyaz39/o-rio-de-janeiro-imperial-3-pelas-lentes>. Acesso em 9 de julho de 2012.



Centro de Buenos Aires em 1877. Fonte: HENRIQUES JUNIOR, José Cristiano de Freitas. Colección Witcomb. Disponível em: http://galerias.educ.ar/main.php?g2_view=keyalbum.KeywordAlbum&g2_keyword=Christiano+Junior. Acesso em 9 de Julho de 2012.



Morro do Castelo e o cais Pharoux em 1877. Fonte: FERREZ, Gilberto. O Rio antigo do fotógrafo Marc Ferrez: paisagens e tipos humanos do Rio de Janeiro, 1865-1918. Rio de Janeiro: Ex Libris, 1984. Disponível em: disponível em: <http://www.slideshare.net/LuGoyaz39/o-rio-de-janeiro-imperial-3-pelas-lentes>. Acesso em 9 de julho de 2012.



Buenos Aires vista do Rio da Prata em 1877. Fonte: HENRIQUES JUNIOR, José Cristiano de Freitas. Colección Witcomb. Disponível em: em: http://galerias.educ.ar/main.php?g2_view=keyalbum.KeywordAlbum&g2_keyword=Christiano+Junior. Acesso em 9 de Julho de 2012.



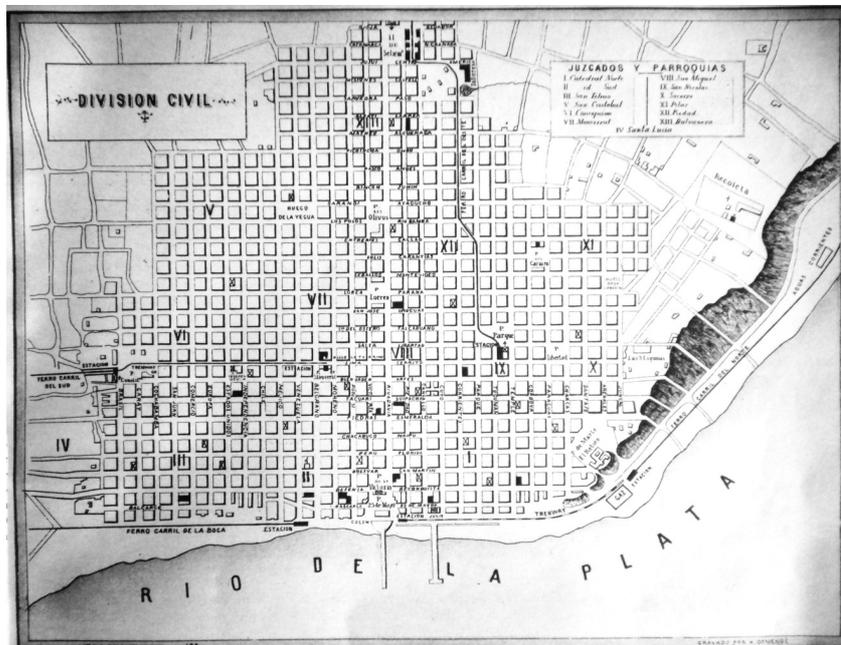
Terminal marítimo da Gamboa 1880. Fonte: FERREZ, Gilberto. O Rio antigo do fotógrafo Marc Ferrez: paisagens e tipos humanos do Rio de Janeiro, 1865-1918. Rio de Janeiro: Ex Libris, 1984. Disponível em: disponível em: <http://www.slideshare.net/LuGoyaz39/o-rio-de-janeiro-imperial-3-pelas-lentes>. Acesso em 9 de julho de 2012.



Boca do Riachuelo (La Boca) em 1877. Fonte: HENRIQUES JUNIOR, José Cristiano de Freitas. Colección Witcomb. Disponível em: http://galerias.educ.ar/main.php?g2_view=keyalbum.KeywordAlbum&g2_keyword=Christiano+Junior. Acesso em 9 de Julho de 2012.



Planta da cidade do Rio de Janeiro no ano de 1879. Fonte: SCHREINER, Luiz. Planta da cidade do Rio de Janeiro com o seu traçado urbano, em 1879, mostrando os principais prédios públicos em vermelho e as igrejas em preto. Disponível em: <http://hemi.nyu.edu/unirio/studentwork/imperio/projects/RicardoBrugger/BruggerWork.htm>. Acesso em 23/04/2011



Mapa da cidade de Buenos Aires em 1870. Fonte: GRONDONA, Nicolas. *La Nación, Un siglo en sus columnas*. Buenos Aires: La Nación, 1970. Disponível em: <http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:PlanoBUE1870.JPG>. Acesso em 22/04/2011.