

As descrições do médico Leocádio José Correia sobre os sintomas, etiologia e fases de evolução da febre amarela

João Pedro Dolinski¹

Resumo: Leocádio José Correia (1848-1886) foi um dos principais médicos a exercer as artes de curar na cidade de Paranaguá- Paraná durante a segunda metade do século XIX. Formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1868-1873), teve como professor o médico João Vicente Torres Homem (1837-1887), que estudou os diversos tipos de febres que grassaram no Rio de Janeiro durante o século XIX. Espinha dorsal da economia da província do Paraná, a cidade portuária de Paranaguá também vivenciou flagelos epidêmicos de febre amarela que geraram tensões e conflitos em sua população, demandando intensos esforços por parte de médicos que lá atuaram na tentativa de combater os surtos e compreender a doença. Portanto, a proposta deste trabalho é discutir as observações inferidas por Leocádio Correia a respeito da febre amarela, contribuindo, dessa forma, para o avanço do debate em torno da história da saúde, das doenças e das práticas médicas no Paraná, cuja produção historiográfica ainda é muito tímida. As principais fontes utilizadas são os relatórios sanitários enviados por Correia aos presidentes de Província e que estão preservados na memória do Arquivo Público do Estado do Paraná e do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Os conteúdos desses relatórios serão analisados e articulados com algumas das principais teorias científicas do século XIX e também com os trabalhos desenvolvidos por Torres Homem.

Palavras- chave: Leocádio José Correia, Febre amarela, Paranaguá/PR, Práticas médicas.

Abstract: Leocádio José Correia (1848-1886) was a leading doctors to practice the healing arts in the city of Paranguá- Paraná during the second half of the nineteenth century. Graduated from Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1868-1873), had as professore the physician João Vicente Torres Homem (1837-1887) that studied the various types of fevers developed in Rio de Janeiro during the nineteenth century. Main axis of the economy of the province of Parana, the port city of Paranaguá also experienced yellow fever epidemic scourges that have generated tensions and conflicts in the population, demanding intensive efforts on the part of doctors who worked there in an attempt to combat the outbreaks and understand the disease. Therefore, the goal of this paper is discuss the observations inferred by Leocádio Correia about yellow fever, contributing to the debate on the history of health, disease and medical practices in Paraná, whose historical production still is very shy. The main sources used are sanitary reports sent by Leocádio Correia to the presidents of province and which are preserved in the memory of the Arquivo Público do Estado do Paraná and in the Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. The contents of these reports will be discussed and articulated with some of the main scientific theories of the nineteenth century and with the surveys conducted by Torres Homem.

Keywords: Leocádio José Correia, Yellow fever, Paranaguá/PR, Medical practices.

Descriptions of medical Leocádio José Correia on symptoms, etiology and evolution phases of yellow fever

¹ Licenciado em História pela Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), mestre em História das ciências pela Casa de Oswaldo Cruz- FIOCRUZ e doutorando em História pela Universidade Federal do Paraná.

A proposta deste trabalho é discutir as observações inferidas pelo médico paranaguense Leocádio José Correia (1848-1886) a respeito da febre amarela, doença que grassou esporadicamente na cidade de Paranaguá na segunda metade do século XIX². A principal epidemia ocorreu em 1878. A história das doenças e da saúde em Paranaguá ainda ocupa um espaço tímido na historiografia local, portanto, busca-se contribuir para o avanço desse debate, demonstrando a existência de práticas médicas e, portanto, científicas, assim como, uma circulação de saberes em uma cidade portuária como Paranaguá, espinha dorsal da economia da província paranense no século XIX, mas que, no entanto, inserida em contexto mais amplo do império brasileiro, tinha importância secundária. Este trabalho também nos permite conhecer outra faceta da vida de Leocádio Correia, até então pouco discutida, tanto pelos trabalhos que enfatizam sua relação com o espiritismo, como pelas tradicionais abordagens memorialistas que narram sua história de vida sob a perspectiva de uma cronologia rasa e edificante.

Apesar de residir e exercer as artes de curar em uma cidade e província periféricas, Leocádio Correia, conforme será explicitado ao longo do trabalho, empreendeu esforço para manter-se a par do que seus pares produziam nos principais centros nacionais e mundiais a respeito da febre amarela. Esses esforços de análise foram registrados nos relatórios sanitários que enviou aos presidentes de Província e que estão preservados na memória do Arquivo Público do Estado do Paraná e do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Os conteúdos desses relatórios serão analisados e articulados com algumas das principais teorias científicas do século XIX e também com os trabalhos desenvolvidos por Torres Homem.

O artigo está dividido em três partes. Na primeira reconstituo brevemente a trajetória de vida de Leocádio Correia. Em seguida discuto os apontamentos de João Vicente Torres Homem sobre a febre amarela. Por fim, analiso as observações feitas por Leocádio Correia em torno dessa doença.

Um esboço biográfico

Leocádio José Correia nasceu em Paranaguá no dia 16 de fevereiro de 1848. Foi o terceiro filho do casal Manoel José Correia, próspero comerciante, e Gertrudes Pereira

² A fundação da Vila de Paranaguá data de 1648. Suas fronteiras no início do século XIX, eram, ao norte, o distrito de Cananéia; ao sul, o território de Guaratuba; a leste, o Oceano Atlântico; e a oeste, os distritos de Antonina e Morretes. Segundo o censo de 1872, Paranaguá contava com uma população de 8.228 pessoas (DGE, 1872). Em 1842 tanto Paranaguá como Curitiba, foram elevadas à categoria de cidade. A principal atividade econômica provinha do porto, que, durante boa parte do século XIX esteve situado entre a foz do rio Itiberê e o Colégio dos Jesuítas.

Correia. Teve seis irmãos, além dos cinco que morreram prematuramente. Desde cedo interessou-se por literatura e poesia. Fez estudos de aperfeiçoamento no Colégio Episcopal de São Pedro D'Alcântara, no Rio de Janeiro, porém, não queria ser padre. Optou pela medicina, assim, em 1868, retornou novamente à Corte para cursar a faculdade. Teve como professores, entre outros: Mello Castro Mascarenhas; Moraes e Valle; Souza Fontes e João Vicente Torres Homem, à época professor de clínica dos 5º e 6º anos (CORRÊA, 1989; JUNIOR, 1979).

Durante o período em que Leocádio Correia frequentou a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1868-1873) seu diretor era o Conselheiro Barão de Santa Isabel. O vice-diretor e o secretário eram, respectivamente, o dr. Francisco Ferreira de Abreu e dr. Carlos Ferreira de Sousa Fernandes³.

Leocádio Correia doutorou-se em 1873, com tese sobre a *litotricia*, operação que consiste em triturar cálculos na bexiga ou na uretra. Seu trabalho de conclusão de curso estava dividido em quatro partes. A primeira, dedicada à litotricia, exigiu esforço maior de análise, pois era o cerne da dissertação. As demais partes apresentaram proposições mais gerais relacionadas a determinadas áreas: ciências médicas, ciências cirúrgicas e ciências acessórias (JUNIOR, 1979). Correia tratou aí do tema febre amarela, doença que o acompanharia ao longo de sua trajetória profissional.

Após concluir a faculdade, retornou a Paranaguá e começou a trabalhar em sua clínica particular na Praça da Matriz. Passou também a escrever para um jornal local o "Conservador" (JUNIOR, 1979). Oriundo de família prestigiada na sociedade paranaguense, Correia declarava-se monarquista e propugnava o abolicionismo⁴, ainda que fosse proprietário de alguns escravos, fato pouco explorado pelas narrativas históricas convencionais que abordam sua trajetória de vida.

Sobrinho de Manoel Euphrasio Correia, afilhado de Manoel Antonio Guimarães, o Visconde de Nacar, e primo de Ildefonso Pereira Correia, o Barão do Serro Azul, foi inevitável que Leocádio Correia trilhasse os caminhos da política. Influenciado pelo tio, candidatou-se a deputado provincial e foi eleito para o biênio 1876/1877, reelegendo-se para 1878/1879. Assumiu também uma cadeira na Câmara Municipal de Paranaguá. Foi por duas vezes inspetor paroquial das escolas. Assumiu também em 1874 o cargo de inspetor sanitário dos portos de Paranaguá e Antonina onde enfrentou as epidemias de febre amarela, especialmente a de 1878.

³ Sobre a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ver: Ferreira; Fonseca; Edler, 2001.

⁴ Apesar de abolicionista, em toda a sua vida política, Correia foi fiel ao Partido Conservador, fato que o fez vivenciar algumas rugas com os republicanos de Paranaguá.

Durante o período em que esteve à frente da Inspetoria de Saúde (1874-1886), pôde colocar em prática os ensinamentos adquiridos com o mestre João Vicente Torres Homem. Alguns relatórios escritos de próprio punho foram preservados e revelam informações importantes a respeito do desenvolvimento da febre amarela na região litorânea do Paraná sob diversos aspectos: etiológicos, terapêuticos e epidemiológicos.

João Vicente Torres Homem

Após um longo intervalo, durante o qual ficou restrita a surtos esporádicos, a febre amarela eclodiu epidemicamente em diversas regiões do Brasil no verão de 1849-1850. Os primeiros casos surgiram na Bahia em outubro de 1849, e foram associados à chegada do brigue *Brazil*, procedente do porto de Nova Orleans, cidade onde o mal amarílico reinava com grande intensidade. Em 27 de dezembro a doença desembarcou na Capital do Império. Dois casos haviam sido identificados em uma barca americana denominada *Navarre*. Quatro foram trazidos pelo vapor *D. Pedro* e mais quatro casos foram constatados numa hospedaria de um certo Frank. O *Navarre* e o *D. Pedro* haviam feito escalas na Bahia (TORRES HOMEM, 1885).

Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 1850 a epidemia atingiu proporções alarmantes no Rio de Janeiro, ceifando a vida de mais de noventa pessoas por dia. Segundo Torres Homem (1885), foram mais de 9.600 vítimas, das quais, 4.160 fatais. A maioria dos infectados eram estrangeiros.

Para Torres Homem, as ações antrópicas e a apatia do governo em resolver os problemas sanitários da capital do império não eram as únicas causas da febre amarela. Problemas de ordem física ou ambiental tinham relação direta com os surtos epidêmicos. As observações do médico fluminense levaram à conclusão de que o calor intenso, por si só, não exercia influência no surgimento e na intensidade das epidemias. As altas temperaturas precisavam estar aliadas à umidade. Após um período de dias muito quentes, seguido de chuva fraca, os casos de febre amarela e a gravidade das infecções sofriam aumento considerável. Inversamente, se depois de um período de dias tórridos houvesse fortes chuvas com tempestades, os casos da doença diminuían. O mesmo efeito era constatado caso uma queda brusca de temperatura sucedesse dias chuvosos. Quanto aos ventos, conforme a sua direção, poderia insuflar ou atenuar as manifestações epidêmicas da febre amarela (TORRES HOMEM, 1885).

As trovoadas, com suas descargas elétricas, aumentavam a quantidade de ozônio no ar tornando mais densos os vapores. Esse fenômeno, de acordo com Torres Homem (1885), não permitia o desenvolvimento da febre amarela. É importante perceber a explicação que o médico dava ao fato de a doença ter permanecido latente desde o século XVII até o ano de 1850. Durante esse intervalo de tempo, as tempestades eram frequentes, característica que teria mudado com o desequilíbrio ecológico ocasionado pelas transformações econômicas e sociais ocorridas ao longo dos séculos XVIII e XIX, sobretudo, o desmatamento das florestas para abertura de estradas e construção de ferrovias. Em virtude dessas alterações no meio ambiente, a febre amarela teria despertado de seu sono profundo e surgido em proporções epidêmicas catastróficas.

A febre amarela não era contagiosa na opinião de Torres Homem. Segundo os contagionistas, o mal amarílico teria sido importado pelo Brasil, e teria a propriedade de se propagar fora de seu foco de origem. Porém, Torres Homem observou, durante as epidemias de 1873 e 1876, que a doença diminuía de intensidade à medida que se afastava de seu ponto inicial de eclosão: “Se esta moléstia fosse contagiosa, os habitantes de certas localidades elevadas e salubres não ficariam dela isentos desde que para lá fossem doentes atacados do mal epidêmico” (TORRES HOMEM, 1885: 385). Locais atingidos pela febre amarela ficavam depois imunes, de acordo com as observações do médico, que ressaltava, ainda, a existência de focos de infecção de onde se desprendiam os agentes infecciosos que contaminavam a atmosfera. Caso o veneno ficasse limitado a uma área específica, os sintomas seriam mais nocivos, porém sua ação permaneceria restrita aos indivíduos em contato com o foco infeccioso. Os primeiros surtos epidêmicos observados por Torres Homem não ocasionaram um só caso de febre amarela além de determinados limites geográficos. Pessoas contaminadas que estabeleceram contato com regiões adjacentes à cidade do Rio de Janeiro não transmitiram a doença (TORRES HOMEM, 1885).

Uma das principais reações da população nesses momentos de crise era a fuga. Nos anos de 1850, 1873 e 1876 não foi diferente. No entanto, somente aqueles que gozavam de confortável situação financeira podiam por em prática essa reação de defesa. Assim, muitas pessoas fugiram do Rio de Janeiro para lugares serranos como Petrópolis, Teresópolis, Nova Friburgo e Tijuca, na tentativa de permanecer à salvo da doença. Porém, tal medida não surtiu efeito, uma vez que, afirma Torres Homem, a epidemia desenvolveu-se nessas regiões, inclusive com casos de óbitos (TORRES HOMEM, 1885).

Acreditava-se que em latitudes mais elevadas inexistia ambiente favorável ao germe da febre amarela. Outro fator de prevenção relacionado a condições climáticas dizia respeito à adaptação do organismo humano ao clima abrasador das regiões tropicais. Segundo Löwi (2006), antes da medicina tropical, a abordagem médica dominante nas colônias era a chamada “medicina dos climas quentes”. De acordo com essa abordagem a “resistência racial” só poderia ser adquirida pelo “homem branco” de forma gradual e em conjunto com hábitos de vida saudáveis (principalmente em relação ao consumo de alimentos e bebidas) aliados à miscigenação, que permitiria a adaptação dos estrangeiros aos climas tropicais. A não aclimação era considerada uma das principais predisposições à febre amarela. Aclimatação, conforme explica Flávio Edler (2010), seria um processo natural de adaptação a um novo ambiente climático, podendo também significar medidas higiênicas postas em prática para estabelecer um equilíbrio entre organismo e clima circundante. A influência exercida pelas condições atmosféricas no processo de adaptação dos europeus recém- chegados ao Brasil estava relacionada às idiossincrasias de cada organismo, e à origem geográfica e étnica do emigrante. Para o saber médico do século XIX, o contato de europeus com a intensa luminosidade e o calor de ambientes tropicais ocasionava uma “superexcitação singular”, tornando a pessoa menos apta às atividades intelectuais, com predisposição à indolência e fraqueza: “Em uma palavra, o indivíduo apresentaria um estado conhecido como *caquexia*, *hipoemia* ou *anemia tropical*, que o predisponha a adquirir todas as afecções endêmicas e epidêmicas próprias ao lugar onde ele se encontrava” (EDLER, 2010: 344). O clima tropical agia sobre o organismo humano mediante uma alteração sanguínea que repercutia em todos os órgãos. A mudança climática também modificava a fisiologia do indivíduo (EDLER, 2010). Para alguns médicos, quando o emigrante atingisse tal estado estaria aclimatado.

Mas não foram somente os estrangeiros que sofreram os flagelos da febre amarela. Brasileiros que migravam das províncias do Sul do país para o Rio de Janeiro também formavam grupo de risco aos ataques severos da doença, uma vez que, como os europeus, não estavam acostumados ao calor inclemente que reverberava na cidade do Rio de Janeiro. Porém, conforme Torres Homem (1885), quando atacava os nacionais aclimatados, a febre amarela tinha predileção por crianças na faixa etária entre dois a dez anos. O médico Leocádio José Correia afirmava que as crianças sofriam ataques benignos. Freire acreditava ainda que os ataques benignos conferiam imunidade a elas. A historiadora Mariola Espinosa (2009) também diz isso quando trata dos surtos da doença em Cuba durante os séculos XIX e

XX. Torres Homem contradizia tal opinião ao afirmar que os casos verificados em pessoas com idade inferior a dez anos geralmente eram fatais. Para o clínico fluminense, as crianças e os não aclimatados formavam um único grupo de risco por possuírem predisposições semelhantes, e também pelo fato de a aclimação de um indivíduo a determinado ambiente ser um processo que, acreditava-se à época, levava aproximadamente cinco anos para consumir-se.

O clima era um dos principais elos do processo etiológico da febre amarela que começou a ser quebrado com a ascensão de um novo paradigma cujos pressupostos teórico-metodológicos se fundamentavam nos trabalhos realizados por Louis Pasteur (1822-1895), Heinrich Hermann Robert Koch (1843-1910) e muitos outros investigadores. Eles pavimentaram o caminho pelo qual a bacteriologia se desenvolveu em fins do século XIX, e que a consolidaria como um saber especializado no século seguinte. Um dos pioneiros dessa nova ciência no Brasil foi Domingos José Freire, médico e professor de química que almejava o título de “Pasteur brasileiro” e o reconhecimento internacional por meio da elucidação de um dos principais enigmas da saúde pública daquele tempo: um imunizante capaz de prevenir a febre amarela.

Febre amarela: suas causas, seus sintomas

Em suas preleções, Torres Homem distinguia três estágios sintomáticos da doença. No primeiro, denominado período de reação, o doente apresentava febre intensa acompanhada de congestões, inflamações e irritações em diversos órgãos. Durava aproximadamente 24 a 36 horas. Durante essa fase, outros sintomas eram: cefalalgia; dores lombares e dos membros inferiores (dores nevralgias e contusivas); albuminúria; calor febril e em alguns casos, cor ictérica. Em seguida, ocorria uma remissão dos sintomas. Esse estágio, também conhecido como “período de quinina”, prolongava-se apenas por algumas horas. O terceiro e último estágio, conhecido como “ataxo-adinâmico”, seria marcado por hemorragias e por uma das manifestações mais características da moléstia: o vômito negro. Durava cerca de um a dois dias. Contudo, os três estágios nem sempre seguiam uma lógica linear, muitos eram os casos em que ao primeiro período seguia-se diretamente o terceiro. Os sintomas também confundiam os médicos, pois muitas vezes não se manifestavam de forma bem distinta (TORRES HOMEM, 1885).

Na opinião deste clínico, a febre amarela geralmente atacava de súbito indivíduos que estavam em perfeito estado de saúde. A doença raras vezes apresentava os chamados sintomas

prodromicos. Algumas vezes, antes do doente manifestar os primeiros sintomas, era acometido por acessos de febre intermitente do tipo quotidiano. Após os sintomas iniciais da doença, sobrevinha calafrio com duração e intensidade variadas, depois fortes enxaquecas. Às vezes observavam-se suores copiosos e generalizados que podiam coincidir com a cessação ou diminuição da febre. Estes casos, para Torres Homem (1885), assemelhavam-se à febre remitente paludosa. Em seguida uma febre intensa vinha acompanhada de dores lombares, nos membros inferiores e às vezes superiores. Os olhos lacrimejavam e ficavam sensíveis à luz. O doente passava então a apresentar aspecto lânguido, de prostração. A língua tornava-se saburrosa, a sede intensa e a anorexia absoluta. Dores epigástricas lancinantes afligiam o enfermo. A urina não era mais secretada (anúria), sobrevindo delírios e muitas vezes o coma

A cor amarela das conjuntivas era um sintoma frequente do primeiro estágio da doença. Contudo, a cor icterica da pele era mais comum no segundo e terceiro períodos. A icterícia cutânea, revelada no primeiro ciclo do quadro sintomático, não estava relacionada a princípios corantes da bÍlis, segundo Torres Homem (1885), mas à elaboração sofrida pelo sangue nas redes capilares do derma: “A estase sanguínea favorece a alteração dos glóbulos vermelhos do sangue, a hemoglobina contida nestes glóbulos se decompõe, e fornece o princípio corante vermelho amarelado que tinga a superfície cutânea” (TORRES HOMEM, 1885: 414). O amarelão intenso, próprio do terceiro estágio da doença, não se devia apenas às modificações sanguíneas, mas também ao “embaraço” da bÍlis no interior da glândula hepática e à retenção no sangue dos princípios responsáveis pela secreção biliar (TORRES HOMEM, 1885).

Para Torres Homem (1885), a febre amarela estava associada a uma *discrasia* (deficiência na constituição física) no sangue, determinada pelo miasma infectante do organismo, considerado a causa da doença. A *discrasia* afetaria a fibrina⁵ e os glóbulos vermelhos que sofreriam alterações em suas características morfológicas. Assim, a fibrina perderia parte de sua plasticidade, tornando-se tenra, friável e dificilmente coagulável. Na opinião do clínico, as manifestações hemorrágicas do terceiro período da enfermidade seriam explicadas pela *discrasia*. Em Benchimol, encontramos a seguinte análise dessa abordagem físico-patológica:

Acreditava-se que nesta doença ocorria um desequilíbrio profundo das partes constituintes do sangue, na ‘crase’ do sangue, dizia-se, o que, por sua vez, ocasionava a degeneração de diversos órgãos- degeneração gordurosa,

⁵ Segundo o Dicionário Houaiss (2001), *fibrina* seria uma proteína formada no plasma sanguíneo a partir da ação da trombina sobre o fibrinogênio. Ela seria a principal componente dos coágulos sanguíneos.

afirmavam os microscopistas. A forma como se manifestava a doença dependia dos órgãos mais lesionados, sabendo-se que danificava de preferência o fígado. (1999 p.185)

No terceiro estágio do quadro sintomático da febre amarela, quando ocorria perda de albumina pela urina, Torres Homem fazia referência a duas condições patogênicas: lesão renal e alteração sanguínea. A lesão renal fornecia a base anatômica, enquanto a alteração do sangue, a base químico-fisiológica desse processo mórbido. Seguindo a interpretação de seu mestre, Manuel de Valadão Pimentel (1812-1882), o Barão de Petrópolis, Torres Homem diagnosticava febre amarela quando detectava albumina na urina do doente. Durante as epidemias de 1850 a 1869, foram sintoma frequente durante o primeiro estágio do mal amarílico. A partir da década de 1870, afirma Torres Homem (1885), esteve presente apenas em poucos casos da doença.

Para José Pereira Rego, a febre amarela era uma pirexia contínua ou remitente relacionada a uma gastro-entero-hepato-encefalite devido à intoxicação miasmática, semelhante ao *tifo europeu*, mas alterada por circunstâncias climatéricas e topográficas específicas ao Rio de Janeiro. Manuel de Valadão Pimentel vira na epidemia de 1850 duas características distintas: a primeira, as manifestações de febres remitentes ou intermitentes benignas e perniciosas; a segunda os casos reais de febre amarela, em que o Barão de Petrópolis encontrava semelhança com o tifo da Europa. De acordo com o Barão, o *tifo icteróide* seria o *tifo europeu*, modificado por influências climáticas locais. Após sofrer alterações, produzia as febres intermitentes perniciosas. A febre amarela seria então uma espécie de modalidade dessa febre, resultante de modificações produzidas a partir de miasmas tíficos. Agora, vejamos a definição que Torres Homem atribuía à febre amarela:

Para mim, 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 tifo. 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 ataxo-adinâmicos (TORRES HOMEM, 1885, p.468).

Os sintomas da febre amarela podiam ser confundidos com os da febre tifoide, pois a ataxia e a adinamia eram sintomas comuns nesta última doença também. Contudo, uma característica da febre tifoide era a formação de abscessos em várias regiões do corpo, além de parótides que supuravam e escaras gangrenosas nos pontos onde havia saliência óssea.

Estes sinais clínicos vinham acompanhados por abundante e fétida diarreia. Outra doença muito semelhante à febre amarela era a febre remitente biliosa dos países quentes. Entre seus sintomas característicos incluíam-se vômito negro; hemorragias; albuminúria; fenômenos ataxo-adinâmicos e icterícia. Portanto, na opinião de Torres Homem, a febre amarela seria uma doença que reunia tanto os sintomas provenientes da infecção paludosa como tífica: “Mesmo que a marcha da moléstia seja análoga à da febre remitente, encontram-se fenômenos típicos mais ou menos pronunciados no quadro sintomático, e ainda mesmo que a forma tifoide se manifeste francamente, observa-se no começo a marcha própria das febres remitentes palustres” (TORRES HOMEM, 1885, p.469).

Na tentativa de reconstituir um quadro mais amplo a respeito da febre amarela no século XIX, utilizei como fonte primária, a obra “Estudos clínicos sobre as febres do Rio de Janeiro” de João Vicente Torres Homem. O médico fluminense fazia minuciosa descrição da moléstia estabelecendo algumas comparações com manifestações características de outras pirexias, como a febre biliosa, por exemplo. Vejamos agora como Leocádio Correia interpretou e descreveu os sintomas, a etiologia e as fases de evolução da febre amarela.

Leocádio Correia: a tentativa de compreender uma doença

Leocádio Correia foi nomeado inspetor de saúde do porto de Paranaguá e Antonina pelo decreto de 28 de fevereiro de 1874, assumindo o cargo em 14 de março do mesmo ano. Correia tratou logo de esclarecer à Junta Central de Higiene Pública que não seriam de sua alçada a coleta de informações nas diversas localidades da província, deixando entrever um percurso profissional marcado por constantes atritos no campo da saúde pública em Paranaguá (Arquivo Público do Estado do Paraná⁶, 1875, AP 459, Arquivo IJIP Vol. 4, Ofícios).

Existem evidências da presença da febre amarela, ao menos na América Latina, desde o século XVII. Odair Franco (1969) afirma que ela se manifestou epidemicamente pela primeira vez no Brasil no ano de 1685, mais precisamente na cidade de Recife. No entanto, para Benchimol (2001), a febre amarela tornar-se-ia um problema sanitário nacional somente no século XIX. Ainda segundo Odair Franco (1969), após atingir o Rio de Janeiro em 1849-1850 a doença eclodiu no porto de Santos em maio do ano seguinte. Seguindo seu caminho rumo ao sul do país, fez suas primeiras vítimas no porto de Paranaguá em maio de 1852. Os casos foram considerados esporádicos, e os sintomas muitas vezes confundidos com os de

⁶ Daqui em diante: APEP.

outras *pirexias*⁷, termo utilizado na época para classificar diversos tipos e subtipos de *febres*, conceito que, durante o século XIX, não designava o sintoma, mas a doença em si.

Correia também denominava a febre amarela *tifo icteróide*. Os primeiros casos tratados pelo médico, à frente da Inspetoria de Saúde, datam de 1876, quando estrangeiros recém-chegados a Paranaguá sucumbiram à moléstia. Posteriormente, moradores locais foram atingidos pelo veneno amarílico que, na opinião de Correia, tinha predileção por indivíduos de cor parda⁸. Contudo, o número de infectados foi baixo e um dos problemas a ser resolvido dizia respeito à relação disso com os serviços prestados pela comissão sanitária e pela municipalidade. Outro problema consistia em saber se a moléstia era importada ou se o seu germe era oriundo da própria cidade. Esta questão tinha fundamental importância para se estabelecer um prognóstico a respeito de epidemias futuras. Segundo Correia, havia quem contestasse os seus diagnósticos e afirmasse que a doença não tinha se manifestado em 1876 (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Em meados do século XIX grande parte da população da cidade de Paranaguá estava concentrada à margem esquerda do rio Itiberê, cujo leito, durante as marés baixas, deixava exposta extensa planície de lama. Para os saberes da época, exalava um odor peculiar e vapores infectos que tornavam insalubre o ar. Matérias fecais e outros tipos de dejeções eram despejados na praia defronte à cidade. Matas, charcos, pântanos, águas estagnadas e mangues, quando submetidos aos raios solares, também contribuía para as fermentações pútridas. Para Vieira dos Santos (2001), outro fator que colaborava para o precário estado de salubridade de Paranaguá era a Ilha da Cotinga, por barrar a circulação dos ventos purificadores no interior da cidade. Leocádio Correia qualificava esses problemas como naturais e físicos. As ações antrópicas também exerciam grande influência sobre a insalubridade de Paranaguá,

⁷ Conforme observa Löwi (2006), durante os séculos XVIII e XIX a febre amarela não tinha uma identidade teórica específica em razão de ser confundida com outras doenças. Em meados do século XIX emergiu a ideia de uma entidade “febres”, formada por unidades mórbidas distintas, possibilitando a diferenciação, por exemplo, entre a febre tifoide e a difteria. Até então, a singularidade das diversas patologias era compreendida a partir das perturbações dos mesmos sistemas fisiológicos de base. A febre amarela, que apresenta os mesmos sintomas clínicos da leptospirose, só foi dissociada dessa enfermidade no final dos anos 1920. Portanto, os sintomas da febre amarela (febre alta, icterícia, vômito negro) não são específicos. No entanto, se por um lado os médicos reconheceram a especificidade de certas doenças como a varíola, por outro, eles tiveram dificuldade em admitir que febres “sazonais”, como gripe, pneumonia e febre tifoide, classificadas àquela época como febres intermitentes, remitentes ou estacionárias, não eram a manifestação causada pela ação do mesmo agente causal em indivíduos de constituições diferentes. Porém, já era consenso entre alguns médicos daquele período (segunda metade do século XIX) que manifestações epidêmicas de determinadas moléstias tinham como causa uma unidade mórbida distinta. A ideia de que as doenças infecciosas são induzidas por um microrganismo específico, postulada pela bacteriologia no final do século XIX, deu origem à definição da febre amarela conhecida atualmente (LÖWI, 2006).

⁸ Nos relatórios enviados ao presidente da Província em 1878, Correia afirma que a febre amarela tinha predileção pelas crianças, no entanto, a manifestação da doença durante a infância assumia caráter benigno. (APEP, 1879, AP 566, Arquivo IJIP Vol. 5, Ofícios; AN, 1878, SS IS 4 15 REL. 15 FUNDO BF).

principalmente o matadouro, onde não se observava nenhum preceito higiênico; os cemitérios públicos situados no centro da cidade; o lixo nas ruas, praias e campos; as cloacas imundas construídas nas vias públicas; estrebarias e chiqueiros muito comuns nos quintais das casas e o despejo de matérias fecais e águas servidas em locais impróprios. Leiamos o que escreveu Correia em relatório sobre o estado sanitário da província do Paraná durante os anos de 1875 e 1876:

quando não bastassem essas fontes, ricas de miasmas, sobretudo o célebre matadouro, cujas emanações pútridas são lançadas por toda a cidade, o lixo das ruas, praias e campos bastaria para tornar Paranaguá uma cidade pestífera.

[...] Se tais condições de solo e atmosfera, saturada de miasmas e princípios morbígenicos, não são suficientes apelando ainda para um germen importado e com tantos elementos para mediar e ser poderosamente alimentado para explicar o aparecimento desses casos esporádicos de febre amarela? (sic) (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios)⁹.

Na concepção de Correia, o ar recebia as emanações das matérias orgânicas animais e vegetais em estado de fermentação, o que dava origem às moléstias pestilenciais. O sueco Jöns Jakob Berzelius (1779-1848) e os químicos alemães Friedrich Wöhler (1800-1882) e Justus Von Liebig (1803-1873) reduziram os processos de fermentação à interação de forças químicas e físicas, à luz das hipóteses de Lavoisier e em oposição a todas as formas de vitalismo. Para Liebig, fermentação e putrefação eram instabilidades químicas provocadas pela presença de matéria orgânica em decomposição, em um estado de vibração molecular interna que podia comunicar-se a outras matérias orgânicas ou inorgânicas, fazendo com que se desagregassem também. Já na concepção de Berzelius, os processos fermentativos requeriam a intervenção de uma substância particular que agia mediante uma força denominada catalítica, provocando a decomposição do corpo com o qual entrava em contato. No entanto, permanecia intacta, sem participar da troca química, conforme admitia Liebig (BENCHIMOL, 1999).

Em 1830 os franceses Cagniard de Latour (1777-1859), Theodor Schwann (1810-1882) e o alemão Friedrich Traugott Kützing (1807-1893) supuseram que a fermentação da cerveja e do vinho era o resultado da atividade de células ou corpúsculos vivos que Latour incluiu no reino vegetal. Por sua vez, Schwann classificou tais microrganismos como fungos, e Kützing, como algas dotadas de acentuado polimorfismo:

⁹ O segundo parágrafo da citação forma uma frase truncada, mas foi transcrita conforme consta na fonte primária.

A ocorrência constante e a multiplicação dos corpúsculos durante o processo de fermentação, e a interrupção destes processos quando expostos a influências capazes de destruir os corpúsculos eram provas de que o fermento era um ser vivo, e a fermentação, um processo vital. Para Liebig e outros quimiaristas, a presença de animálculos nos líquidos fermentados era tão-somente a consequência de sua decomposição, que resultava na formação de um meio alterado com os elementos moleculares adequados à nutrição destes seres (BENCHIMOL, 1999, p.59-60).

A aplicação das ideias de Justus Von Liebig à febre amarela tinha muitos adeptos entre os médicos brasileiros. Segundo o químico alemão, as doenças infecciosas tinham como princípios os eflúvios, miasmas e os vírus, que naquele contexto tinha o significado de *veneno*, diferente da acepção que a palavra tem atualmente. Muitos clínicos e higienistas do século XIX viam a febre amarela como o resultado de um envenenamento ocasionado por um miasma oriundo do meio externo e que agia sob determinadas condições climáticas e telúricas. Os processos químicos que o veneno desencadeava no interior do organismo causavam um desequilíbrio das partes constituintes do sangue e conseqüentemente a degeneração de diversos órgãos, principalmente o fígado. Portanto, as condições atmosféricas teriam um importante papel não só em relação à doença como também à higiene, exercendo influência inclusive sobre a fisiologia do corpo humano.

Para o médico e cientista cubano Carlos Juan Finlay (1833-1915), cujo interesse pela febre amarela remontava ao ano de 1858, as epidemias tinham relação com o grau de alcalinidade da atmosfera. Na ótica dos médicos da época, Havana, Veracruz e Rio de Janeiro formavam os três principais focos de onde emergiam as epidemias de febre amarela que assolavam o Sul dos Estados Unidos. Em 1878 este país sofreu um dos piores flagelos epidêmicos de sua história. No ano seguinte, a primeira de três comissões que visitariam Cuba no século XIX desembarcou na Ilha com o intuito de estudar a doença. As conclusões das investigações realizadas foram as seguintes:

o meio externo desempenhava papel importante na transmissão da febre amarela, ao colocar em atividade ou dormência, por processos de natureza química e física ainda obscuros, a virulência do agente patogênico, que devia ser um micróbio [...] Os termos básicos da incógnita- meio físico externo e meio orgânico interno- formaram o eixo das discussões entre ‘quimiaristas’ e ‘parasitistas’ na fase inaugural das investigações bacteriológicas sobre a febre amarela (BENCHIMOL, 1999, p.153-154).

O médico e cientista brasileiro, João Batista de Lacerda (1846-1915) também supôs que o germe da febre amarela estava suspenso na atmosfera. Lacerda sugeria que as buscas

fossem feitas nos porões dos navios, cuja atmosfera era mais densa¹⁰, e também pelo fato de que o contato por algumas horas com o interior das embarcações impregnado de germes bastava para contaminar uma pessoa: “Numa concessão à teoria da geração espontânea, considerava ‘não destituída de fundamento’ a opinião partilhada por muitos de que o germe se originava da decomposição das madeiras do navio, sob a ação do calor úmido dos trópicos” (BENCHIMOL, 1999: 179).

Contudo, não seriam suficientes uma atmosfera e um solo saturados de miasmas e princípios morbigênicos para o desenvolvimento de uma moléstia como a febre amarela. Seria necessária a existência de um germe específico que encontraria nesse ambiente as condições propícias para o seu amadurecimento. A ideia de que o agente causal das diversas febres (entre elas a amarela) era um microrganismo já era partilhada por alguns médicos no final da década de 1870, entre eles Leocádio Correia.

Os documentos primários que consultei mostram que Correia recorria à teoria miasmática para explicar o aparecimento da febre amarela em Paranaguá e ao conceito de germe para referir-se à importação da doença de portos infectados. Apesar de não haver referência explícita ao higienista bávaro Max Von Pettenkofer (1818-1901), essa maneira de ver o problema coaduna-se bem com sua teoria. Pettenkofer, mediante a teoria do solo, utilizada para explicar tanto a transmissão do cólera como da febre tifóide e da febre amarela, dava uma explicação para a ocorrência de epidemias que teve larga aceitação no século XX. Seriam quatro os fatores necessários para seu desenvolvimento: um germe, condições climáticas, condições ambientais referentes a determinado local e a suscetibilidade de cada indivíduo em contrair a doença, ou seja, questões de ordem idiossincráticas. O germe não agia isoladamente. Para que pudesse maturar e adquirir capacidade de induzir doenças, seria preciso que o solo onde estivesse armazenado apresentasse umidade adequada e matéria orgânica em decomposição. Após o seu completo amadurecimento, o germe deslocava-se para a atmosfera, imiscuía-se em outros eflúvios, penetrava o organismo humano pelas vias respiratórias. Pettenkofer intitulava-se “localista” para diferenciar-se dos contagionistas, pois em sua concepção as condições locais eram condição indispensável ao surgimento de uma epidemia. A teoria do solo rivalizava com a teoria hídrica defendida por Koch¹¹. A primeira, muito difundida na comunidade médica da segunda metade do século XIX, não ignorou os

¹⁰ Em uma conferência realizada em Havana no ano de 1888, o cientista francês, Paul Gibier (1851-1900) justificaria a preferência da febre amarela pelos portos em virtude da facilidade com que se reproduzia em águas salinas saturadas de matéria orgânica (BENCHIMOL, 1999).

¹¹ Max Von Pettenkofer era a principal autoridade invocada no Brasil por aqueles que se contrapunham à especificidade do bacilo de Koch (BENCHIMOL, 1999).

novos conceitos da microbiologia, mas tampouco descartou aqueles relacionados à teoria ambiental (BENCHIMOL, 1999). Mediante essa teoria era possível explicar o caráter sazonal e a especificidade geográfica da febre amarela (BENCHIMOL, 2004). Clima e solo agiam sobre o germe que amadurecia e transformava-se em matéria infectante nos verões quentes e chuvosos de zonas litorâneas tropicais.

De acordo com Leocádio Correia, Paranaguá reunia todas as condições necessárias para o desenvolvimento de moléstias pestilenciais. Em relatório enviado ao governo da província do Paraná em 1877, o médico afirmou que a cidade não tinha vivenciado ainda uma grande epidemia em virtude da atmosfera: fortes descargas elétricas que podiam ser observadas quase que diariamente durante a estação calma; as chuvas torrenciais e as *exalações salutareas* que emanavam das matas. Esses fatores climáticos e ambientais impediam a eclosão de uma epidemia, porém, na opinião de Correia dificultavam o diagnóstico e a terapêutica de outras enfermidades como, por exemplo, a febre paludosa (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Um fator que contribuía para o desenvolvimento da febre amarela, na concepção do médico paranaguense, era a não aclimação de indivíduos oriundos de outras regiões, principalmente a Europa e Ásia. Essas pessoas compunham o grupo mais suscetível à doença, mas, sob uma condição: a enfermidade teria de ser endêmica ou tinha de se manifestar de forma epidêmica na região onde os estrangeiros estivessem residindo. Além da não aclimação, argumentava Correia, o modo de vida dos imigrantes também influía na transmissão da febre amarela. Muitos se alimentavam de forma precária, vestiam andrajos e habitavam tugúrios. Aqueles que não conseguiam serviço nas colônias, vagueavam pelas ruas de Paranaguá competindo com os escravos nos trabalhos braçais. Portanto, para Correia, a ocorrência da febre amarela na cidade se devia, entre outros fatores, à presença de imigrantes, que foram, de fato, os mais afetados pelo mal (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

No século XIX, os médicos consideravam a febre amarela uma doença característica das zonas litorâneas, tórridas e úmidas. Segundo Benchimol (1999), eram quatro os critérios para traçar o perfil preferencial de suas vítimas: estrangeiros não aclimatados; brasileiros que vinham do interior para o litoral; a preferência da doença por habitações coletivas insalubres e a faixa etária das vítimas, que oscilava entre dezesseis a trinta anos. Naquela época, muitos médicos supunham que a febre amarela rejeitava os negros e mulatos, fato este relacionado à raça ou à cor da pele. Em relação aos demais indivíduos nativos dos focos epidêmicos,

justificava-se a reduzida incidência com base na imunidade que esse grupo adquiria por “aclimatação”, isto é, tempo de convivência com o princípio mórbido da doença, fosse químico ou biológico, mas sempre residente na atmosfera (BENCHIMOL, 1999). Portanto, dois grupos distintos tinham imunidade à febre amarela, os afrodescendentes e os aclimatados¹²: “A distinção reflete os preconceitos de uma sociedade escravocrata e tem a sua consistência garantida pela ignorância dos mecanismos que produziam, em qualquer caso, a resistência natural a esta e a outras doenças infecciosas. Havia exceções, é claro, mas serviam apenas para confirmar a regra” (BENCHIMOL, 1999: 108).

Alguns médicos conhecidos de Leocádio Correia ou consultados por ele consideravam a febre amarela uma doença infecciosa; outros, contagiosa; e para outro grupo ainda, seria tanto infecciosa como contagiosa. Ainda de acordo com Correia:

Uns e outros em abono de sua opinião apresentam centenas de exemplos para demonstrar a sua natureza infecciosa, contagiosa ou infectocontagiosa [...] Se fatos há positivos e que a razão logo aceita para abraçar a opinião dos anticontagionistas, outros, em maior número patenteiam o contágio da moléstia, e não devem por conseguinte ser desprezadas as medidas que a prudência recomenda (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios)¹³.

Para médicos como Alfredo da Graça Couto, o termo *infectocontagioso* representava o compromisso entre as duas teorias em debate (contagionismo e anticontagionismo) e era usada para designar qualquer doença passível de notificação compulsória, desinfecções e isolamentos (BENCHIMOL, 1999). Segundo Marta de Almeida (2003), durante o século XIX diferentes teorias médicas fundamentavam os diagnósticos, a identificação das causas e as recomendações para a profilaxia da febre amarela. Na perspectiva desta autora, a historiografia procurou agrupar essas diversas concepções médicas de forma genérica, em dois grandes referenciais teóricos: contagionismo e infeccionismo (teoria miasmática). Uma doença infecciosa poderia ser transmitida de um indivíduo doente para outro são mesmo que a enfermidade não fosse considerada contagiosa, devido à mudança causada pelo doente infectado nas propriedades do ar circundante.

As dificuldades enfrentadas pelos médicos no diagnóstico da doença não tinham consequências só para a terapêutica, mas também para questões de ordem social, uma vez que

¹² O médico e cientista brasileiro, José Domingos Freire (1843-1899), argumentava que as crianças também compartilhavam da mesma imunidade dos nativos, “em razão de uma vacinação inconsciente que se opera desde os primeiros tempos da vida, na primeira e na segunda infância” (BENCHIMOL, 1999: 108).

¹³ A respeito do debate suscitado por autoridades políticas e sanitárias europeias em torno dessas duas teorias (contágio e infecção) no decorrer do século XIX ver: Ackerknecht, 1948. Sobre miasmas, semiologia e classificações olfativas ver: Corbin, 1987.

a constatação de um único caso de febre amarela já seria o suficiente para deixar toda a população em polvorosa, criando atritos entre autoridades políticas e sanitárias. No século XIX, o alarme despertado pelo anúncio de uma pessoa contaminada pelo veneno amarílico ocasionava pânico e as pessoas com mais posses debandavam da cidade o mais rápido que podiam. Além dos distúrbios decorrentes disso, os prejuízos econômicos causados pelas quarentenas e até mesmo o fechamento do porto para determinadas regiões do país e do mundo representavam um problema dos mais sérios, principalmente quando a atividade portuária era a espinha dorsal da economia urbana.

A autoridade médica era em geral contestada nesses períodos de crise epidêmica. As semelhanças entre os sintomas dos diversos tipos e subtipos de febres levavam os mais céti cos a desconfiarem da palavra final do facultativo. Um diagnóstico de febre amarela podia ser contestado por outro médico, para quem tratava-se de uma simples febre biliosa, por exemplo.

Para distinguir a febre amarela das demais *febres*, Leocádio Correia organizou uma descrição sintomatológica dos casos observados por ele. O vômito e a anuria (diminuição da secreção urinária) eram sintomas considerados típicos; se viessem a se manifestar conjuntamente em determinado enfermo, o prognóstico era negativo, o paciente com muita probabilidade viria a falecer. Porém, o prognóstico poderia ser positivo caso os dois sintomas se manifestassem separadamente. As epistaxes (hemorragias nasais) também eram comuns nos casos observados por Correia. Em um marinheiro espanhol o médico observou hemorragia ocular. Raros foram os casos em que a doença não apresentou os três períodos distintos: inicial ou de invasão; transição e grave. Nos casos benignos a doença não atingia o terceiro período. Durante o segundo, a anuria e o calor epigástrico podiam persistir, assim como as febres, porém em menor intensidade do que no estágio anterior¹⁴. Algumas vezes o vômito negro manifestava-se logo no primeiro período da doença (APEP, 1877, AP 512, Arquivo IJIP Vol. 2, Ofícios).

Segundo Benchimol (1999), no decorrer da segunda metade do século XIX o grau de consenso em relação à terapêutica, aos sintomas, às lesões características e às fases de evolução da febre amarela era baixo. Reinava à época um ambiente denominado pelo autor como “ceticismo terapêutico”, marcado por ausência de consenso que dificultava tanto os diagnósticos como os prognósticos dos casos tratados, bem como as ações e medidas a serem tomadas em relação à prevenção da moléstia.

¹⁴ Importante observar que nas descrições realizadas por Correia não foi mencionada a icterícia, tão comum entre os sintomas clínicos da febre amarela.

Os microrganismos considerados ora como causa ora como efeito de doenças como a febre amarela, eram classificados pelos médicos ora no reino animal, ora no reino vegetal, gerando conflitos no interior da comunidade científica, onde leigos e profanos eram rechaçados e especialistas competiam entre si, formando alianças para validar suas teorias. Apesar de o debate, a partir de fins da década de 1870, dizer respeito às relações de causa e efeito entre microrganismos e doenças, Benchimol (1999) mostra que naquele contexto estava em jogo também a possibilidade de desenvolvimento de uma vacina capaz de prevenir e às vezes curar a enfermidade (febre amarela). Os médicos passaram a recorrer a diversos antissépticos para neutralização dos sintomas e a eliminação do veneno amarílico pelas secreções do organismo: “para ser coerente com seus pressupostos teóricos e com as críticas à terapêutica empírica, o valor da substância devia residir, principalmente, na propriedade antisséptica e na ação fisiológica sobre o sangue, onde se encontravam os germes causadores da febre amarela” (BENCHIMOL, 1999, p.63).

Mas se os médicos divergiam quanto ao desenvolvimento da doença no meio interno (organismo humano), o mesmo não ocorria em relação ao meio externo. Segundo Benchimol (1999), existia mais consenso a esse respeito em virtude das condições rigorosamente estabelecidas das manifestações epidêmicas, o que permitia aos médicos uma série de induções ligadas ao agente causal. O germe era sensível às influências climáticas, portanto tinha característica sazonal. O ambiente propício a sua germinação deveria apresentar uma combinação de temperaturas e umidade do ar elevadas com matérias azotadas e hidrocarbonadas, substâncias originárias da decomposição de material orgânico, abundantes em cidades como Rio de Janeiro e Paranaguá. Vejamos nas palavras de João Batista de Lacerda como se dava esse processo: “São os detritos orgânicos que formam a camada superficial do solo, os resíduos excrementícios da vida humana, os excrementos dos animais, essa podridão acumulada de toda sorte de dejetos provenientes de uma população aglomerada e negligente do asseio e da higiene, que contribuem com a matéria-prima para a nutrição do germe” (LACERDA, 1891, p.329-30, 333-4 *apud* BENCHIMOL, p.1999: 214).

Portanto, a associação entre clima, ambiente e germe era invocada na tentativa de explicar a etiologia da febre amarela. Tanto Torres Homem como Leocádio Correia compartilhavam a mesma concepção médica da teoria miasmática. Ambos viam como fatores desencadeantes de surtos epidêmicos os problemas de origem natural, física e antrópica. Esses fatores ambientais e climatológicos, no entanto, exerciam influência positiva ou negativa, podendo agravar ou diminuir os riscos de infecção e de eclosão de novas epidemias, como é o

caso da não aclimatação (predisposição ao veneno amarílico), das chuvas fortes e tempestades (que diminuía e/ou mesmo impediam o surgimento da doença) e do modo de vida dos imigrantes (hábitos que favoreciam o desenvolvimento da moléstia).

Conclusão

Leocádio Correia, em sintonia com os conhecimentos que circulavam pelo Império brasileiro, admitia a existência de um agente causal responsável pela febre amarela, o que, conforme vimos ao longo do trabalho, pouca influência tinha para a diferenciação sintomatológica de outras pirexias e, portanto, para a afirmação precisa do diagnóstico. Os diversos tipos de febres que grassaram em Paranaguá na segunda metade do século XIX apresentaram sintomas clínicos semelhantes entre si, dificultando a formação de identidades teóricas específicas. Muitas dessas febres, provavelmente eram manifestações do que mais tarde viria a ser denominado “impaludismo”. As fontes revelaram os esforços empreendidos por Correia para distinguir a febre amarela das infecções palustres e de outras febres como a perniciosa. Foram identificadas ainda as semelhanças não só entre as observações e inferências de Correia com as Torres Homem, como também, com as de outros cientistas não menos importantes, entre eles, por exemplo, o higienista bávaro Max Von Pettenkofer. Assim, foi possível perceber que a cidade de Paranaguá também sofreu flagelos epidêmicos de uma das doenças mais temidas do século XIX e que, apesar da sua distância em relação aos principais centros do Império brasileiro, elaborou medidas sanitárias fundamentadas nos pressupostos da ciência médica daquele tempo para combater o mal. Médicos como Leocádio Correia, que lá exerceram suas artes, não apenas lutaram contra os avanços da doença sobre uma população aflita e em polvorosa como também empreenderam esforços para compreendê-la, demonstrando, dessa forma, que Paranaguá não foi palco somente das peripécias de “homens ilustres”, mas também de práticas científicas, até então eclipsadas pela historiografia local.

Referências

1. Bibliografia

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

- ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis. As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB *et al.* (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. **Dos micróbios aos mosquitos**: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999.
- _____. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto (org). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. p. 57-97.
- _____. (coord). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- CORBIN, Alain. **Saberes e odores**: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das letras, 1987.
- CORRÊA, Rubens. **Brumas do Passado**: Doutor Leocádio, médico de homens e de almas, 1989.
- EDLER, Flavio. **Medicina tropical**: uma ciência entre a Nação e o Império. In: HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antonio Augusto Passos. (org.). **Ciência, civilização e república nos trópicos**. Rio de Janeiro: Mauad X: FAPERJ, 2010.
- ESPINOSA, Mariola. **Epidemic Invasions**: Yellow fever and the limits of Cuban independence 1878-1930. Chicago: The University of Chicago Press, 2009.
- FERREIRA, Luiz Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da; EDLER, Flávio Coelho. A faculdade de medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, Maria Amélia M. (org.). **Espaços da Ciência no Brasil: 1800—930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FRANCO, Odair. **História da febre amarela no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Departamento Nacional de Endemias Rurais, DNER/ Div. de Cooperação e Divulgação, 1969.
- HOUAISS, Antonio. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa**. Editora Objetiva, 2001.
- JUNIOR, Valério Hoerner. **A vida do Dr. Leocádio**. Paranaguá: Prefeitura Municipal de Paranaguá, 1979.
- LÖWI, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

2. Fontes primárias manuscritas

Arquivo Nacional do Rio de Janeiro
Série Saúde IS 4 15 rel.15 Fundo BF
Arquivo Público do Estado do Paraná
AP 459- Arquivo IJIP vol.4, Ofícios.
AP 512- Arquivo IJIP vol.2, Ofícios.
AP 535- Arquivo IJIP vol.2, Ofícios.

3. Fontes primárias impressas

DGE- Diretoria Geral de Estatística. **Recenseamento geral do império de 1872**. Rio de Janeiro: Typ. Leuzinger; Tip. Comercial, 1876. 23v. < <http://www.nphed.cedeplar.ufmg.br/>> Acesso em: 14 jan. 2013.

SANTOS, Antonio Vieira dos. **Memória Histórica de Paranaguá**. vol. I. Curitiba: Vicentina, 2001.

TORRES HOMEM, João Vicente. **Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro**. 2 ed. Rio de Janeiro: Lopes do Couto & C., Editores, 1885.

Recebido em: *01 de maio de 2013*
Aprovado em: *15 de agosto de 2013*