

MÁRCIA TERESINHA ANDREATTA DALLEDONE SIQUEIRA

SAÚDE E DOENÇA NA PROVÍNCIA DO PARANÁ
(1853-1889)

Tese de Doutorado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em História
Demográfica do Setor de Ciências Hu-
manas da Universidade Federal do Pa-
raná.

CURITIBA

1989

AGRADECIMENTOS

Nossos agradecimentos a todos que contribuíram com sugestões, leituras, discussões, críticas e incentivos para a realização desta pesquisa, ao professor Jayme Antônio Cardoso – orientador deste trabalho – e aos familiares que comigo compartilharam todos os momentos.

SUMÁRIO

Lista de quadros	iii
Resumo	iv
Résumé	vi
Summary	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 AS FONTES	16
2.1 Fontes: apresentação e crítica	16
2.2 Metodologia e técnicas	24
3 A SAÚDE NA PRÁTICA	33
3.1 Da "sujeira" à medicina social	34
3.2 O saber e a prática médica	39
3.3 Contradições e acertos: a saúde no Paraná Pro- vincial	45
3.4 Saúde & Estado	90
4 DOENÇAS EPIDÊMICAS NO PARANÁ PROVINCIAL	92
4.1 Endemia & epidemia	92
4.1.1 Incertezas do contágio	98
4.1.2 População & território	105
4.1.3 Geografia médica provincial	112
4.1.4 Freqüência, extensão e medo	120
4.2 Quadro epidêmico patológico da população do Paraná Provincial: aspectos médicos e surtos epidêmicos	123
4.2.1 Febre amarela	123
4.2.2 Febre perniciososa e febre puerperal	189
4.2.3 Catarro brônquico	190
4.2.4 Coqueluche	191
4.2.5 Escarlatina	198
4.2.6 Febre intermitente	199
4.2.7 Afecções gastrointestinais	209
4.2.8 Disenteria	213
4.2.9 Febre tifóide	229
4.2.10 Sarampo	238
4.2.11 Varíola	248
4.2.12 Carbúnculo	267
4.2.13 Coqueluche	174
4.2.14 Beribéri	302
4.2.15 Sarnas e caxumba	303
4.3 Panorama epidemiológico provincial: frequên- cia, extensão	305
4.3.1 Medo: atitudes da sociedade	310
4.3.2 Higiene pública	315
5 CONCLUSÃO	320
ANEXOS	327
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	381

LISTA DE QUADROS

1	Febre amarela no Brasil - Paraná - 1849-1889...	144
2	Incidências de febre amarela na Província do Paraná - 1854-1889	186
3	Incidências de coqueluche na Província do Paraná - 1854-1889	197
4	Incidências de febre intermitente na Província do Paraná - 1854-1889	207
5	Incidências de disenteria na Província do Paraná - 1854-1889	226
6	Incidências de febre tifóide na Província do Paraná - 1854-1889	236
7	Incidências de sarampo na Província do Paraná - 1854-1889	246
8	Incidências de varíola na Província do Paraná - 1854-1889	264
9	Freqüência por sazonalidade das doenças epidêmicas no Paraná (1853-1889)	309

RESUMO

Este estudo analisa saúde e doença na Província do Paraná (1853-1889), sob a ótica da relação Estado-sociedade. Para tanto, privilegia o discurso teórico do século XIX, a ação efetiva do Estado e a reação da sociedade, sobretudo durante os surtos epidêmicos, quando a doença domina de forma mais intensa. A pesquisa vale-se do exame da documentação oficial, que se submete, no período estudado, a um padrão unificador imposto pelo governo imperial.

Para o desenvolvimento dessa análise, optou-se pela reconstrução do quadro epidêmico-patológico provincial, deixando de lado as doenças endêmicas. Procurou-se, também, abranger as transformações ocorridas no setor da saúde pública, bem como demonstrar a inter-relação do "saber científico" e das atitudes da população face às particularidades dos problemas de ordem epidêmica.

O plano de trabalho estabelecido obedece a uma distribuição em três capítulos:

a) O primeiro refere-se à questão das fontes, constituindo-se no instrumento a partir do qual é possível o estudo das políticas de saúde e das doenças epidêmicas provinciais.

b) O segundo capítulo parte da noção de saúde na época, sua manifestação a nível institucional na Província e como o Estado assume a organização da saúde na prática.

c) O terceiro capítulo é específico sobre as doenças epidêmicas que grassam no Paraná Provincial e suas múltiplas relações na prática social cotidiana.

As respostas obtidas pela análise realizada mostram dois momentos distintos no comportamento patológico da população paranaense, responsáveis por mudanças na postura do Estado face ao confronto das questões entre saber e prática médica. Observa-se ainda, sobre os flagelos epidêmicos que mais freqüentemente dizimaram a população, que estes não levaram a crises demográficas. Constata-se, finalmente, a interação das políticas de saúde adotadas pelo Estado e as atitudes da população frente às doenças epidêmicas.

RÉSUMÉ

Cette recherche analyse santé et maladie à la Province du Parana (1853-1889) sous l'optique de la relation Etat-société. Dans ce but, elle privilégie le discours théorique du XIX^e siècle, l'action effective de l'Etat et la réaction de la société, surtout à l'époque des essors épidémiques où la maladie domine de façon plus intense. L'étude examine la documentation officielle qui est soumise, à la période en question, à un patron d'unification imposé par le gouvernement impérial.

Pour le développement de cette analyse, le choix pour la reconstruction du cadre épidémique-pathologique a été fait, sans prendre en considération les maladies endémiques. Les transformations du secteur de la santé publique ainsi que la démonstration du rapport entre le "savoir scientifique" et les attitudes de la population face aux particularités des problèmes d'ordre épidémique ont été étudiées.

Le plan de travail établi obéit à une distribution en trois chapitres:

a) Le premier sur la question des sources qui constitue l'instrument à partir duquel l'étude des politiques de santé et des maladies épidémiques provinciales est possible.

b) Le deuxième chapitre part de la notion de santé à l'époque, sa manifestation au niveau institutionnel dans la Province et la manière dont l'Etat a effectivement assumé l'organisation de la santé.

c) Le troisième chapitre porte spécifiquement sur les maladies épidémiques qui se propagent au Parana Provincial et leurs multiples relations dans la pratique sociale quotidienne.

Les analyses ont fourni à cette étude des réponses qui montrent deux moments différents dans le comportement pathologique de la population du Parana, responsables pour les changements de la position de l'Etat quant aux questions entre le savoir et la pratique médicale. Il est possible d'observer aussi que les fléaux épidémiques qui plus fréquemment ont décimé la population n'ont pas amené de crises démographiques. Finalement, il apparait l'intéraction entre les politiques de santé adoptées par l'Etat et les attitudes de la population dès qu'il y a des maladies épidémiques.

SUMMARY

This study analyses health and disease in the Province of Paraná (1853-1889), by the angle of the relation State-society. For this, it benefits from the theoretical discourse from the nineteenth century, the effective action of the State and the reaction of society, mainly at the time of the epidemic outbreaks, when the disease dominates more intensively. The research is based on the official documentation that is submitted, in the period studied, to a unifying pattern imposed by the imperial government.

For the development of this analysis, the reconstruction of the provincial epidemic-pathological situation has been chosen, leaving endemic diseases aside. This research has tried to include the transformations occurred in the public health sector, as well as to demonstrate an inter-relation of the "scientific knowledge" and of the attitudes of the population towards the particularity of epidemic problems.

The work is divided into three chapters:

a) The first refers to the sources. It is the instrument to start the study of the health policy and the provincial epidemic diseases.

b) The second chapter focuses on the notion of health at that time, its manifestation at an institutional level in the Province, and also how the State deals with the organization of health in practice.

c) The third chapter is specific about the epidemic diseases that existed in the Provincial Paraná and their multiple relations in the everyday social practice.

The answers obtained through the analysis made show two distinct moments in the pathological behaviour of the population of Paraná. These movements are responsible by changes in the position that the State took in relation to the confront between the questions of knowledge and medical practice. It has also been observed that the epidemic outbreaks that more frequently diminished the population did not lead to a demographic crisis. Finally, the interaction of the health policies adopted by te State and the attitudes of the population regarding the epidemic diseases has been observed.

I INTRODUÇÃO

A aplicação de adequadas medidas profiláticas e a conseqüente sobrevivência humana estão na dependência direta dos fatores biopsicossociais de interação dos organismos com o meio em que vivem. Quando há equilíbrio nessa interação, os organismos conseguem viver plena e saudavelmente. Se, ao contrário, essa relação for prejudicada, sobrevém a doença e, no seu limite, a morte. No âmbito desse mecanismo vital em que todos os seres vivos se inserem, o aspecto social, cumpre um papel fundamental ao orientar as formas de adaptação do homem à natureza.

Saúde e doença são, portanto, noções que caminham juntas, refletem e são reflexo das estruturas de uma dada sociedade, modificando-se no tempo e no espaço. Nesse contexto, as estruturas sociais podem tanto levar a melhores condições de saúde-educação, alimentação, habitação, bem como salário e transporte, além de favorecer as condições de trabalho, de participação política ou então provocar direta ou indiretamente a expansão de doenças.

A relação saúde-doença passa, por isso, por um conjunto de conhecimentos e práticas com que os homens, embora limitados por suas condições concretas e históricas de sobrevivência, lutam pela preservação da vida. Tal conjunto

sofre contínuas adaptações que acompanham as próprias mudanças das sociedades.

Logo, as questões relativas a esse processo têm sido direta ou indiretamente, tanto no campo teórico como prático, objeto de análise das Ciências Sociais, cuja produção científica vem apresentando um considerável volume nos últimos anos, relacionando questões de saúde-doença às condições estruturais e conjunturais. Tal preocupação dos estudiosos se dá à medida que a atenção à saúde da população passa a ser uma análise político-econômica ligada diretamente ao Estado, comprovando um caráter social e histórico dos problemas relacionados à saúde.

Com o estabelecimento do capitalismo, um número cada vez maior de pesquisadores tem-se preocupado com a análise dos muitos elementos contraditórios que compõem seu quadro sócio-econômico. Em vista disso, a análise teórica da questão saúde-doença das populações do passado leva sempre em consideração os vários momentos históricos. Iniciando com as sociedades pré-industriais européias, os teóricos contemporâneos de tal processo partiram de duas questões primordiais: as relações entre o homem e seu meio ambiente, e a ação do Estado no campo da saúde. Embora estas questões tenham sido lançadas há alguns séculos, fazem parte hoje da vanguarda do conhecimento e da prática social voltada à saúde.

Entre as contribuições mais significativas, antes do século XIX, estão os estudos de William Petty e Edwin Chad-

wick na Inglaterra,¹ Meynne, na Bélgica² e Emil Behring e Ruldof Virchow, na Alemanha³. De maneira geral, tais autores mostram que as preocupações com a saúde da população traduzem-se naquele período por medidas políticas aplicadas ao binômio saúde-doença. Tais medidas consistem na organização de estatísticas e de atuações médico-sanitárias junto às populações.

Com o advento das sociedades industriais surgem novas questões diretamente relacionadas ao capitalismo e indiretamente revelando problemas relativos à saúde das populações. Tais questões estão atreladas à força de trabalho, às massas marginalizadas e desempregadas, bem como à organização da vida nas sociedades industriais urbanas. Pela primeira vez, essas sociedades conscientizam-se da precariedade das condições de vida das massas populares, dos serviços de saúde e atendimento da população.

Juntamente com esta conscientização, vêm à tona propostas aparentemente revolucionárias para a época, como o direito de todos a receber assistência médica do Estado, a organização de um sistema que permita o controle da saúde das classes subalternas visando ao trabalho e à preservação da riqueza das classes dominantes. São lançadas, nesse mo-

¹PETTY, W. **Some unpublished writings of Sir William Petty**. Ed. Bowood Papers by the Marquis of Lansdowne. London, Constable, 1927. CHADWICK, E. **Economical results of different principles of legislation and administration in Europe**. *Journal of the Statistical Society of London*, Sept. 1859.

²MEYNNE, A.J. **Topographie médicale de la Belgique**. Bruxelles, H. Manceaux, 1865.

³BEHRING, E. **Gesammelte abhandlungen zur atiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten**. Stuttgart, G. Thieme Verlag, 1893. VIRCHOW, R. **Die Epidemien von 1848**. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, 3:3-12, 1851.

mento, as bases que sustentam a teoria e a prática da Saúde Pública até hoje, enfatizando-se a medicina preventiva e dispensando-se atenção especial à higiene e ao saneamento do meio. A prática desta proposta teórica reflete-se diretamente nos serviços de saúde então oferecidos, especificados em três níveis estratificados: medicina privada, medicina administrativa de controle do Estado e, finalmente, medicina assistencial aos mais pobres.

Embora os teóricos clássicos deste período não tivessem refletido de modo direto a questão da saúde ao analisar a ciência econômica emergente, forneceram instrumentos importantes para a análise sobre a economia e a saúde das populações. Isso se dá porque no pensamento econômico era considerado globalmente todo o quadro social. Esse enfoque pode ser apreciado nas obras de Malthus, David Ricardo e, decisivamente, em Marx e Engels.⁴ Ao analisar metodologicamente a classe operária e a sociedade como um todo, os autores levam em consideração temas como a jornada de trabalho, o padrão de vida da população, a reprodução da força de trabalho e o crescimento populacional. Fornecem, portanto, elementos relevantes para o estudo da morbidade e da mortalidade das classes populares.

Atualmente, engajam-se nestas propostas autores como Michel Foucault, Roberto Machado, Madel Terezinha Luz, Hésio Cordeiro, Cristina Possas, George Rosen,⁵ apresentando um discurso bastante crítico sobre o processo saúde-doença.

⁴MALTHUS, T.R. *Essai sur le principe de population*. Paris, INED, 1980. MARX, K. *O capital*. São Paulo, Cultura, 1944.

⁵FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1979. FOUCAULT, M. *Naissance de la clinique*. Paris, P.U.F., 1974. MACHADO, R. et alii. *Danação da norma*.

Após a Segunda Guerra Mundial, surge uma nova contribuição com os neo-clássicos que vão debruçar-se diretamente com seus estudos sobre as questões de saúde. Entretanto, ocorrem problemas nessas análises, pois os neo-clássicos não mais avaliam a sociedade em sua globalidade, mas restringem seu estudo à visão de saúde, adotando raciocínios etnocêntricos, cujo modelo é aplicado indiretamente a qualquer sociedade e em qualquer tempo, sem considerar os fatores histórico-culturais. A partir desta postura, estudiosos de diferentes escolas tentam explicar o processo como, por exemplo, os técnicos da CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina), que, ao falar da América Latina, propõem o desenvolvimento da infra-estrutura, a formulação de políticas educacionais e de saúde, além da aplicação do planejamento. Ou, então, a OMS (Organização Mundial da Saúde) e a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) que partem da premissa de que doença e pobreza caminham juntas.⁶ Estas teses, surgidas com o pós-guerra, são criticadas por autores como Illich e Berlinger,⁷ ao afirmarem que a questão deve ser vista primeiramente em sua existência social e cultural, para depois considerar-se seu efeito sobre o desenvolvimento econômico e social.

Rio de Janeiro, Graal, 1978. LUZ, M.T. **Medicina e ordem política brasileira**; políticas e instituições de saúde (1850-1950). Rio de Janeiro, Graal, 1982. LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. CORDEIRO, H. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1980. POSSAS, C. **Saúde e trabalho**. Rio de Janeiro, Graal, 1981. ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

⁶ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina**. Washington, D.C., 1974. OPS. **Sistemas de salud**. Washington, D.C., 1972.

⁷ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. BERLINGER, G. **Medicina e política**. São Paulo, Hucitec, 1987.

Nessa linha de análise, situa-se a obra de Foucault, por mostrar claramente que as teorias se constroem sobre um conjunto de práticas que são ora normativas, ora jurídicas, constituindo as malhas do poder da ordem capitalista. **Naissance de la Clinique**⁸ é um marco nos estudos sobre o corpo doente. Para o autor, o desenvolvimento das relações sociais interage diretamente nas condições biológicas e, conseqüentemente, na sobrevivência do homem.

(...) contrariamente à visão enfatizadora das questões da fisiologia e da microbiologia que, a partir do século XIX, se erige em única forma legítima, científica, e que tinha no corpo humano, e só nele, seu objeto de exame - o saber médico anterior ao nascimento da clínica via a questão da saúde não apenas como um problema do corpo em si, mas como uma conseqüência da interação entre o corpo e o mundo que o cercava.⁹

Ainda, neste sentido, destacam-se os estudos de Luc Boltanski¹⁰ ao mostrar que existe uma percepção diferencial de doença e de corpo que variam de acordo com o grupo e suas condições culturais. Outros autores, Paim, Singer, Leser, Yunes, Guimarães,¹¹ procuram explicar saúde-doença em rela-

⁸FOUCAULT, **Naissance de la clinique**.

⁹BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e previdência**. São Paulo, Hucitec, 1986. p.4.

¹⁰BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro, Graal, 1984.

¹¹PAIM, J.S. Indicadores de saúde no Brasil. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, 2(2):39-63, abr./jun.1975. SINGER, P. et alii. **Prevenir e curar**. Rio de Janeiro, Universitária, 1978. LESER, W. Crescimento da população da cidade de São Paulo entre 1950 e 1970 e seu reflexo nas condições de saúde pública. In: ANDRADE, M.C. et alii. **Meio ambiente, desenvolvimento e subdesenvolvimento**. São Paulo, Hucitec, 1975. YUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 8:3-48, 1974. Suplemento. GUIMARÃES, R. et alii. **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

ção à política econômica, valendo-se de indicadores, tais como: PIB, salário, educação, saneamento, produção, mostrando que esses índices são tão importantes para melhorar as condições de vida e de saúde da população quanto os serviços de saúde e concluindo que as doenças são produzidas em decorrência de fatores tanto ambientais como biológicos.

Também importantes para a presente pesquisa foram os trabalhos de Sornia, Biraben e Imhof,¹² analisando o processo saúde-doença numa visão antropológica e histórico-demográfica.

São poucas as obras que remetem à realidade do século XIX brasileiro, no que concerne às relações de saúde. Entre elas, a obra de Lycurgo Santos Filho erige-se num clássico. Ao trabalhar com documentação inédita, o autor traça uma história da medicina brasileira enfatizando vários momentos que compreendem desde a medicina indígena até a medicina científica do século XIX, indo dos profissionais habilitados até a medicina oficial.¹³ Contribuiu também, nesse sentido, o trabalho de Roberto Machado e sua equipe, apresentando um rigor documental impecável ao apontar novas relações entre o saber e o poder médico na medicina social do século XIX e suas implicações prático-teóricas relacionadas com o nascimento da psiquiatria brasileira.¹⁴

¹²SOURNIA, J.C. *Histoire et médecine*. Paris, Fayard, 1982. BIRABEN, J.N. *Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens*. Paris, Mouton, 1975. IMHOF, A.F. Mortality problems in Brasil and in Germany. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 19(3):233-50, 1985.

¹³SANTOS FILHO, L. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo, Hucitec, 1977. v.1.

¹⁴MACHADO et alii.

Madel Terezinha Luz, ao analisar concretamente a trajetória das instituições médicas desde meados do século passado até a constituição do Estado Nacional Brasileiro, trabalha o papel político do Estado e a institucionalização da ciência médica intimamente comprometida com a consolidação do Estado, estabelecendo uma relação de múltiplos interesses.¹⁵

No caso do Paraná, raras são as obras que abordam questões de saúde-doença, seja na atualidade, seja nos séculos passados. É de grande relevância nesse contexto da bibliografia paranaense a **História da Medicina Paranaense**, de Júlio Estrela Moreira, que retrata questões de saúde desde os primeiros povoamentos até o momento da Independência, utilizando como base fontes primárias e inéditas.¹⁶ O trabalho de Jayme Antonio Cardoso é também bastante singular, pela construção de tábuas de mortalidade para Curitiba, no período de 1862-1870, com base em listas eleitorais.¹⁷ Finalmente, o trabalho recente, a nível de mestrado, da autora desta pesquisa, refere-se às condições sanitárias e às manifestações de varíola que atingiram a Província do Paraná, no século XIX.¹⁸ Portanto, se a análise do fenômeno saúde-doença no século XIX no Paraná é um campo fértil e reve-

¹⁵LUZ, **Medicina e ordem política brasileira.**

¹⁶MOREIRA, J.E. **História da medicina no Paraná: 1654-1882.** Curitiba, Associação Médica do Paraná, 1953.

¹⁷CARDOSO, J.A. **Essai d'utilisation des listes electorales dans l'étude de la population du Paraná (Brésil) vers 1870.** Paris, 1977. Thèse, Doctorat du 3^{ème} Cycle École des Hautes Études en Sciences Sociales.

¹⁸DALLEDONE, M.T.A. **Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889).** Curitiba, 1980. Dissertação, Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

lador para a percepção das suas múltiplas relações, no Brasil seu alcance é ainda maior, pela escassez de trabalhos.

A nível internacional, existe uma preocupação crescente de especialistas em rever as condições de saúde e os comportamentos patológicos de suas populações passadas, através de uma análise integrada dos múltiplos aspectos históricos, sociais e biológicos.

A problemática de saúde a nível de Brasil é vista pelos autores citados, em três momentos diferentes.¹⁹ O primeiro período, **anterior à mudança**, vai do Descobrimento até o final do século XIX. Suas características básicas estão centradas na predominância das doenças pestilenciais e transmissíveis, especialmente a varíola, cólera e febre amarela, que levaram, em momentos epidêmicos, a um aumento da mortalidade. Também caracteriza o período uma organização precária dos serviços de saúde, concentrados em grande parte na cidade do Rio de Janeiro, cuja assistência médico-sanitária à população está moldada no sistema existente em Portugal. Finalmente, a prática médica assenta-se sobre conhecimentos tradicionais, considerados, portanto, **não científicos**.

O segundo período de **mudanças** corresponde aos últimos anos do século XIX até 1920. Nesse período, ocorre, de um lado, o enriquecimento da sociedade brasileira como consequência da expansão da cultura do café e do comércio internacional, além da inserção no panorama brasileiro da

¹⁹SINGER et alii, p.88-135.

mão-de-obra de imigrantes europeus após a Abolição, provocando isso novas relações de trabalho. De outro, na Europa, assiste-se ao surgimento da **medicina científica**, que levou a progressos da química e da física. Trata-se da era bacteriológica iniciada com Pasteur e Koch, advindo daí toda uma nova interpretação da doença. Tal época tem por características marcantes a queda dos coeficientes de mortalidade, o aparecimento das **doenças de massa**, como tuberculose, malária, doença de Chagas, lepra, doenças venéreas, doenças gastro-intestinais e a desnutrição, ligadas às condições de vida e de trabalho da população. Marca também a expansão dos serviços de saúde e de suas atividades sanitárias com sua reorganização e a tendência à centralização. Finalmente, a evolução dos conhecimentos médico-sanitários levou à criação de institutos de pesquisa, de novas escolas médicas e à prática da higiene-pública.

O terceiro período vem de 1920 até os dias atuais. Além da presença das doenças pestilenciais e de massa, apresenta o grupo das **doenças degenerativas** (cárdio-vasculares, do sistema nervoso central, endócrinas, neoplasias). Percebe-se que as condições de vida da população brasileira, nas diversas regiões, determinam o tipo de doença que incide predominantemente sobre sua população. A organização dos serviços de saúde passa a apresentar duas características básicas: na primeira, a sua expansão crescente atinge uma parcela cada vez maior da população e de espaço nacional; na segunda, o seu caráter autoritário, com o direito de interferir direta e amplamente na vida da população. Contribuiu

também para o avanço dos conhecimentos médico-sanitários o crescente aumento de escolas de medicina e de especialização.

O presente trabalho focaliza o primeiro momento das práticas e serviços de saúde, no qual as doenças transmissíveis assumem um papel importante. No Brasil, é a partir do século XIX que a saúde passa a ser vista como **negócio do Estado**, concretizada na **higiene pública**. Trata-se de novo tipo de saber enquanto prática social, que leva à estatização e ao controle nas diversas regiões do Império. O Paraná, enquanto província, também passa por esse processo.

Tendo em vista esse quadro, o trabalho tem como tema central a questão saúde-doença no Paraná provincial, sob a ótica da relação Estado-Sociedade. Nesse enfoque, pretende-se privilegiar o discurso teórico do século XIX, a ação efetiva do Estado e a reação da sociedade, sobretudo em períodos de surtos epidêmicos, ocasião em que a doença domina a sociedade de forma mais intensa.

Para tanto, estabeleceu-se a análise do período compreendido entre 1853 - data da emancipação política da Província do Paraná - e 1889 - data da proclamação da República. Trata-se de uma demarcação de tempo de caráter administrativo e político, pois nesse período a documentação produzida obedece a um padrão unificador estipulado pelo governo imperial. A pesquisa abrange também toda a Província do Paraná, por entender que só assim seria possível uma visão geral do quadro epidêmico e da prática da saúde em suas múltiplas implicações.

Dentro desta problemática, optou-se pela reconstrução do quadro epidêmico-patológico provincial, deixando-se de lado as doenças endêmicas. Visa-se, igualmente, a abranger as transformações ocorridas no setor da saúde pública, bem como a demonstrar a inter-relação do saber científico e das atitudes da população face às particularidades dos problemas de ordem epidêmica.

A percepção das múltiplas relações entre saúde e doença no Paraná provincial levou à formulação das seguintes hipóteses que nortearam o trabalho:

1. Frente às situações de saúde-doença, no Paraná provincial, havia efetiva ação do Estado de um lado e, de outro, uma ação diversa desenvolvida pela sociedade.
2. Em períodos de surtos epidêmicos, a relação teoria-prática da ação estatal alterava-se.
3. A sociedade não apresentava elevadas taxas de mortalidade nos períodos de crises epidêmicas.
4. As atitudes da população evidenciavam alterações emocionais diante das doenças pestilenciais.

Assim, a pesquisa tem por objetivo o estudo das doenças epidêmicas que grassaram na Província do Paraná, procurando retratar em que medida as disposições legais referentes à saúde se efetivaram na prática do cotidiano. O estudo visa, igualmente, à trajetória da doença e sua articulação com as políticas de saúde adotadas, bem como a demonstração da inter-relação **saber científico** e **saber popular**. Neste

trabalho há a preocupação constante de abordar alguns aspectos originais, de forma a contribuir para o estudo da história sócio-demográfico-sanitária no Paraná. Por outro lado, o estudo do próprio doente não foi possível precisar, dada a precariedade de fontes a esse respeito.

Considerando-se esses aspectos, o plano de trabalho estabelecido obedece à seqüência de três capítulos, assim discriminados:

O primeiro refere-se às questões das fontes, consistindo num instrumento a partir do qual será possível a análise das políticas de saúde e das doenças epidêmicas provinciais. A documentação arrolada é bem diversa e, embora se trate de documentos produzidos para diferentes fins, fornecem dados para o estudo do comportamento demográfico-social da população paranaense provincial, face às questões relativas à saúde-doença. Privilegiaram-se na análise as fontes elaboradas a partir da ótica oficial ou da classe dominante, contemporâneas ao período estudado, por melhor servirem à reconstituição da trajetória da doença e à sua articulação com as políticas de saúde. Trata-se de dados praticamente completos, cujas lacunas existentes, quer pela ação do tempo, quer pela má conservação, foram sanadas com a utilização simultânea de diferentes fontes.

Não se pode negligenciar, de outra forma, o papel das políticas de saúde no equacionamento do quadro patológico, ao apontar caminhos de ordem médica à população, através de posturas e regulamentos, os quais impunham aos indivíduos e à sociedade o selo da sujeição.

Tomando por base estas questões, estabeleceu-se o segundo capítulo a partir da noção de saúde na época – pensada muito mais em função da doença e de como evitar a morte. Procurou-se saber, ademais, como a saúde se manifesta a nível institucional na Província, estudando-se também a forma como o Estado assume a organização da saúde.

Num primeiro nível de análise, fez-se necessário investigar a maneira como a questão da doença era equacionada pelo Estado, tendo em vista suas propostas teóricas. Observou-se, por outro lado, a prática das soluções propostas pelo governo, que evidencia o processo de articulação Estado-Sociedade pela subordinação dos serviços de saúde. A documentação referente a esse tema é constituída por leis, posturas e regulamentos provinciais destinados às realidades sócio-econômicas existentes, deixando transparecer as contradições entre a lei e os resultados de sua aplicação prática. Portanto a pesquisa não se limita a uma abordagem intensa, mas pretende refletir sobre esses saberes como prática social.

O terceiro capítulo é específico sobre as doenças epidêmicas que grassaram na Província do Paraná e suas múltiplas relações na prática social. Embora se tenha trabalhado com diferentes tipos de fontes, a análise parte inicialmente da ótica oficial, deixando, sempre que possível, transparecer a visão dos vários segmentos sociais. Procura-se, por um lado, reconstruir o quadro epidêmico-patológico provincial em suas diversas implicações, bem como as ações da sociedade face às doenças epidêmicas.

Graças à análise histórica da saúde-doença na Província do Paraná, foi possível penetrar nas estruturas sociais do passado e nas mudanças que elas sofreram. Assim, é bem mais amplo o índice de compreensão do processo de desenvolvimento que conduziu ao presente, atribuindo-lhe um significado que seria bastante limitado, caso estivesse restrito aos aspectos contemporâneos.

2 AS FONTES

Os documentos consultados com a finalidade de fazer a reconstituição da saúde-doença no Paraná provincial provêm de diferentes origens e podem fornecer dados sobre as políticas de saúde e as epidemias que predominaram entre 1853 e 1889, bem como demonstrar as reações da sociedade a esse respeito. Trata-se de fontes oficiais e não oficiais expressas em leis, decretos, regulamentos, ofícios, relatórios, teses, artigos, periódicos e atas, enfim todo tipo de documentos capazes de fornecer elementos sobre o quadro epidêmico-patológico da Província do Paraná, no período abordado.

2.1 FONTES: APRESENTAÇÃO E CRÍTICA

A documentação analisada encontra-se dispersa em várias instituições. Dentre elas:

- . Departamento de Arquivo e Microfilmagem do Estado do Paraná,
- . Biblioteca Pública do Estado do Paraná,
- . Museu Paranaense,
- . Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico do Paraná,

- . Círculo de Estudos Bandeirantes,
- . Câmara Municipal de Curitiba,
- . Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná,
- . Departamento de História da Universidade Federal do Paraná,
- . Casa da Memória,
- . Casa Romário Martins,
- . Fundação Cultural de Curitiba,
- . Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

Para o estudo das políticas de saúde no Paraná provincial foi imprescindível a análise da legislação e das medidas preventivas no combate às epidemias, bem como das posturas e dos regulamentos produzidos pelos governos em suas diferentes esferas. Assim, sempre que necessário no decorrer da pesquisa, consultou-se a coleção de Leis do Império, sob a guarda da Biblioteca Pública do Estado do Paraná, contendo as leis e as determinações do governo central, aplicáveis a todo o Império. Tais leis, elaboradas pela Câmara de Deputados na Corte e referendadas pelo próprio Imperador, fornecem rica documentação oficial, toda ela impressa.

Já a **legislação provincial** encontra-se na coleção de leis, decretos, deliberações, atos e regulamentos da Província, elaborada pela Assembléia Legislativa para ser aplicada em todo o Paraná. Totaliza 41 volumes, que contêm 971 leis para o período correspondente a 1853-1889. A documentação

acha-se também totalmente impressa e pode ser encontrada tanto na Biblioteca Pública do Estado do Paraná, como no Museu Paranaense.

Para Curitiba, especificamente, pôde-se complementar a legislação municipal com as **atas de vereança**, produzidas pela Câmara Municipal da Capital, desde 1729. Elas trazem o registro das sessões da Câmara de Vereadores, especificando os assuntos apresentados e debatidos em plenário. A documentação encontra-se publicada no Boletim do Arquivo Municipal de Curitiba.

Cabe ainda lembrar que toda essa legislação expressa apenas as determinações previstas pelo Governo, o que não significa sua execução na íntegra ou, mesmo, a preocupação em proporcionar uma infra-estrutura que levasse à sua aplicação prática.

O estudo da legislação correspondente ao período estudado, em seus diferentes níveis, levou à compreensão do quadro administrativo oficial, que foi melhor evidenciado na consulta aos relatórios oficiais.

Dentre estes, documentação de valor relevante por suas informações, destacam-se os relatórios presidenciais, relatórios médicos e relatórios das instituições ligadas aos serviços de saúde.

Os **relatórios presidenciais** aparecem também sob o título de **breves notícias, falas e exposições presidenciais**, perfazendo um total de 72 volumes impressos, e abrangem todo o período provincial. Eram apresentados pelos respectivos

presidentes ou vice-presidentes em exercício na abertura da Assembléia Legislativa Provincial e tinham por finalidade a prestação de contas do período administrativo findo e a determinação de diretrizes para o ano seguinte. Os relatórios faziam a discriminação dos diversos setores: político, social e econômico. Eles vinham também acompanhados por documentos comprobatórios, como: estatísticas, gráficos, balanços, etc. Em muitas ocasiões, o relatório inicial trazia outros especializados, produzidos por pessoas ligadas diretamente às áreas de educação, segurança, saúde, imigração, colonização etc.

Na área da saúde, os relatórios eram produzidos pela Inspetoria de Saúde do Porto de Paranaguá, pelo Serviço de Vacinação Provincial, pela Santa Casa de Misericórdia de Curitiba e pelos médicos ligados diretamente a cargos públicos. Embora dispersa em diversas instituições, a coleção foi reunida e microfilmada pelo Arquivo Público, e sua conservação apresenta-se em bom estado. No entanto, alguns relatórios se encontram danificados, ou pela má conservação e manuseio, ou pela ação do tempo.

Os **relatórios médicos** (médico da cadeia, do exército, do porto, vinculados ao governo) e os **relatórios produzidos pelas instituições de saúde** (Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, Paranaguá, Antonina; Inspetoria do Porto e Serviço de Vacinação) só por vezes figuram nos relatórios presidenciais. Os demais eram incluídos na **correspondência presidencial**.

A coleção da **correspondência presidencial** relacionada ao período é completa e está guardada no Arquivo Público, totalizando 881 volumes manuscritos e originais, divididos e 719 **ofícios** e 163 **requerimentos**. Neles está contida toda a correspondência ativa e passiva da presidência da Província, incluindo de telegramas, cartas, pareceres, ofícios, notificações, até relatórios específicos e apresentando um elenco variadíssimo de informantes: munícipes, políticos, presidentes de outras províncias, médicos, policiais, vigários, autoridades locais, entre outros. Esta documentação é relevante por evidenciar os problemas, aspirações e anseios da população paranaense provincial, bem como as determinações governamentais face a tais expectativas.

Mas, para melhor perceber as ações e reações da população quanto aos problemas de saúde em seu cotidiano, as informações foram complementadas pela consulta a periódicos, que são, sem dúvida, uma rica fonte de pesquisa histórica. Dentre eles destaca-se, no Paraná provincial, o jornal **Dezenove de Dezembro**, sob a direção da família Cândido Martins Lopes, o qual a princípio era semanal, passando depois a ser bi-semanal, até finalmente chegar à condição de diário, a partir de 1884.

O **Dezenove de Dezembro** assumia duas posições distintas: de um lado, era veículo de crônicas, noticiários, comentários pessoais, críticas, novelas, transcrições de correspondentes internacionais. De outro, era o jornal oficial, onde eram publicados os atos e as decisões oficiais do go-

verno, tanto provincial como imperial. A coleção encontra-se sob a guarda do Museu Paranaense, da Biblioteca Pública e de algumas coleções particulares. Os números pertencentes ao acervo da Biblioteca Pública acham-se microfilmados, perfazendo, atualmente, um total de 3.965 fascículos.

Já para compreender o saber médico **científico** produzido no século XIX, tornou-se imprescindível conhecer as teses de doutorado apresentadas à Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro e à Faculdade de Medicina da Bahia. Essas teses tinham por objetivo a conclusão do curso e a obtenção do diploma médico. Elas constituem um verdadeiro retrato da ciência do século passado, trazendo comentários sobre as doenças e as terapêuticas adotadas. As teses apresentadas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, particularmente, posicionam-se conforme a Academia Imperial de Medicina, que era a instituição responsável pelo comportamento relativo à saúde em âmbito nacional. Esta documentação está sujeita a guarda e foi consultada na Biblioteca do Setor de Saúde da UFPR, bem como na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro.

Para o presente trabalho foram consultadas também as teses seguintes, que estão centradas no tema presente:

Febre amarela. (1872) - Norberto de Alvarenga Mafra;
Do diagnóstico e tratamento das molésticas paludosas.
(1873) - Guilherme Pereira da Silva Belmonte;
Da vacinação e revaccinação. (1874) - Manoel da Matta Leite de Araujo;

Das grandes epidemias pestilenciais e das regras de preceitos hygiênicos, que se devem observar no intuito de obstar o seu desenvolvimento ou propagação.

(1875) - M.Vieira;

Do diagnóstico e tratamento das diversas formas de febres perniciosas no Rio de Janeiro. (1880) - Francisco Gomes de Carvalho Rocha;

A primeira página da história da vaccina no Brazil. (1881) - Alfredo Piragibe;

Da cremação de cadáveres. (1883 - Carlos Adalberto de Campos Loudares;

Febres perniciosas do Rio de Janeiro. (1883) - Guilherme Caetano do Valle;

Natureza e tratamento da febre amarella. (1886) - João de Menezes Doria;

Febre amarella. (1886) - Joaquim Caminhoã;

Estudo graphico da febre. (1896) - A.G.Penna;

Considerações elementares acerca da variola e do seu diagnóstico precoce. (1903) - Joaquim de Carvalho Ramos.

Tratando especificamente da realidade do Paraná, a tese **Das principais endemias e epidemias de Curityba**, de Jayme Dormund dos Reis (1898), apresentada à Faculdade de Medicina e Pharmacia do Rio de Janeiro.

Nessa tese são estudados, de modo particular, os males que afligiam a população de Curitiba nos anos de

1876-1898. A pesquisa se inicia com a conceituação de célula, microorganismos patogênicos e suas funções e as reações biológicas do ser humano. Depois é elaborada uma descrição do quadro nosológico da capital paranaense, abordando tanto as doenças endêmicas como as epidêmicas - entre elas, tétano, coqueluche, disenteria, febre tífica, tifo exantemático, influenza, pneumonia, tuberculose, erisipela, febres, paludismo, sarampão, varíola, escarlatina e difteria. Para cada doença o autor procura apresentar a profilaxia correspondente, bem como as medidas que deveriam ser tomadas em prol da higiene pública.

Além dessas teses contemporâneas ao período analisado, são pertinentes outros trabalhos de época, como relatórios, artigos, publicações, trabalhos apresentados à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro e ao Ministério do Império, que trazem estudos, determinações e discussões acerca das políticas de saúde e das doenças epidêmicas.

Além da documentação citada, foram utilizadas como fontes auxiliares as **obras gerais**, relatos dos cronistas e viajantes nacionais e estrangeiros que percorreram o Paraná, mapas de população e a coleção dos **Documentos interessantes do arquivo de São Paulo**.

Essas diferentes fontes aqui apresentadas foram selecionadas criteriosamente de modo a melhor servirem à análise das políticas de saúde e das doenças epidêmicas provinciais, fornecendo dados capazes de remeter ao quadro demográfico-social da população paranaense e capazes de retratar o processo saúde-doença.

Trata-se, sem dúvida, de documentos produzidos para diferentes fins, nem sempre consistindo em séries completas. Foram, portanto, utilizados simultaneamente, visando a suprir, de um lado, as lacunas existentes e tentando perceber, de outro, o processo da saúde em suas múltiplas implicações.

Assim, o trabalho, após definir a problemática e as hipóteses de pesquisa, partiu da escolha das fontes e do seu estudo, comparando, sempre que possível, o global e o específico, no que tange à saúde no Paraná do século XIX, com uma perspectiva histórico-demográfica. Nesse processo, a meta era atingir uma compreensão mais profunda das concepções e práticas de saúde da época, buscando fazer uma ponte de ligação entre o passado, o presente e o futuro, levando em consideração as permanências e as alterações.

2.2 METODOLOGIA E TÉCNICAS

Diante do quadro até aqui apresentado, procurou-se estabelecer uma identidade da saúde enquanto **negócio de Estado**, em que, inicialmente, mereceu maior preocupação a posição oficial desse mesmo Estado diante da problemática da saúde. A partir dessa preocupação primeira, chegou-se a outra questão, ou seja, como se dava a prática das determinações governamentais no cotidiano da população. O estudo dessa particularidade levou à compreensão de que as contradições do sistema seriam percebidas com maior nitidez justa-

mente durante os momentos de crise e, entre estes, optou-se pelas crises epidêmicas. Por sua vez, a análise das manifestações epidêmicas na província do Paraná permitiu a elaboração de um quadro epidêmico-patológico da população paranaense na segunda metade do século XIX.

Assim, com base na documentação arrolada, privilegiou-se sobremaneira a visão oficial da saúde na Província, bem como a análise do século XIX através do saber produzido pelos teóricos, em seu tempo, suas colocações, terminologias e a própria interpretação por eles apresentada.

Tendo em vista os diferentes tipos de fontes arroladas, foram necessários procedimentos metodológicos e técnicos diversos. A pesquisa, por sua vez, enquadrou-se rigorosamente nas operações do método histórico, desde a formulação da problemática e das hipóteses, passando pela localização das fontes, pela coleta dos dados, pela ordenação das informações, até a avaliação final das hipóteses.

Na primeira etapa de trabalho, relativa ao levantamento documental e bibliográfico, foram utilizadas fichas bibliográficas, tanto para documentos impressos, como manuscritos. No caso de documentos impressos, as fichas continham informações quanto ao nome do autor, título, local, editora, edição, ano, páginas, instituições e observações; no caso de documentos manuscritos, especificavam: nome do arquivo, coleção, série, volume, número de classificação, página, ano, autor, observações. Essa primeira etapa de trabalho visou à construção das listas de fontes e de bibliografia geral que

serviriam de mola mestra para o desenvolvimento do trabalho. Assim, num segundo momento, o material coletado foi arrolado e ordenado em fichas de conteúdo. Trata-se de folhas, pastas e arquivos contendo o resumo ou cópia parcial ou total de livros, artigos, notícias, relatórios etc., com a finalidade de permitir a utilização ordenada do material, de maneira dinâmica, dispondo-o ora cronologicamente, ora por assunto.

A partir do cumprimento dessas fases, foi possível estabelecer a terceira etapa, relacionada com a classificação e análise do material. Em termos de classificação, a documentação trabalhada apresenta uma natureza muito mais qualitativa que quantitativa. Segundo classificação de Adeline Daumard,¹ entendem-se por dados qualitativos aqueles que fornecem testemunhos contemporâneos ao período e ao tema estudado, a exemplo de relatórios, ofícios e requerimentos, artigos e crônicas, leis e decretos, discursos e falas. A documentação quantitativa refere-se a dados estatísticos ou séries estatísticas, como tabelas, mapas, relações de doentes e de óbitos. Deste modo, os documentos selecionados foram enquadrados primeiramente numa análise temática do tipo qualitativo e usados de modo instrumental.

Os dados quantitativos que demonstraram homogeneidade e coerência interna das séries e dos dados arrolados receberam o tratamento segundo as técnicas de análise demográfica. Referem-se à mortalidade e morbidade, listas de enfermos,

¹DAUMARD, A. **Cinco aulas de história social.** Salvador, Universidade Federal da Bahia, 1978. p.10-5.

mapas da população e de vacinação e número de afetados em contágios epidêmicos. Tais dados estão relacionados com o número total da população, sua distribuição por sexo, bem como por idade e sazonalidade, entre outros aspectos.

A presente pesquisa, por tratar diretamente das doenças epidêmicas que grassaram no Paraná no século passado, valeu-se também do método epidemiológico utilizado pelas Ciências da Saúde, cujo estudo específico da saúde se detém nos indicadores de saúde e salubridade: alimentação, habitação, salário, médicos, hospitais, água, esgoto, transporte, entre outros. Estes elementos são necessários para determinar o diagnóstico sanitário de uma determinada área e época. Associaram-se a essas informações as estatísticas sanitárias iniciadas sistematicamente a partir da Medicina Social, por fornecerem dados sobre as doenças epidêmicas no que tange à infecção, contaminação, processo de infestação, incubação, mecanismos de transmissão, desinfecção, quarentena, vigilância e medidas sanitárias.

O método demográfico e o método epidemiológico vieram a completar-se, uma vez que no nível da saúde os dois trabalham com dados vitais em suas estatísticas demográfico-sanitárias.

Finalmente, foram utilizadas as técnicas de análise da semiologia gráfica que vê a independência da linguagem gráfica em relação aos domínios de sua aplicação, traduzindo-se assim numa linguagem simples e aberta a todas as disciplinas. Enfim, trata-se de um meio de tratamento gráfico

de dados que se torna visível ao olho humano, capaz de captar os conjuntos.

De maneira geral, a pesquisa defrontou-se com três grandes obstáculos:

- A) a ambigüidade das definições das espécies de doenças;
- B) as dificuldades práticas de um diagnóstico correto;
- C) a impossibilidade de um recenseamento completo das doenças.

A) A primeira questão relaciona-se diretamente aos termos médicos empregados, que não correspondem aos termos atuais. Sendo assim, não foi possível a análise dos dados em função de classificações recentes, mas daquela relativa ao período estudado, ou seja, o século XIX. Tal imprecisão lingüística também foi sentida no trabalho com a documentação referente à questão de saúde que era, por vezes, produzida por leigos, desconhecedores da terminologia médica.

B) Um segundo ponto a ser observado é o que se refere ao diagnóstico médico, quanto às doenças epidêmicas. Surgem aí dois problemas:

- 1º) as doenças infecciosas apresentavam-se ao médico em estágios diferentes de desenvolvimento. Por exemplo, uma infecção com perturbações imperceptíveis ao indivíduo, ou incubada como

em um estágio oculto da doença, ou ainda com manifestações aparentes. Sem mencionar o portador são, que não apresentava nenhum sintoma e era contagiado. Essas diferentes fases das doenças nem sempre eram diferenciadas pelo facultativo. Cabe lembrar ainda que muitas doenças têm ciclos distintos, sendo alguns inteiramente incomuns.

2º) Outra dificuldade refere-se ao pluralismo dos sintomas, a exemplo das afecções intestinais, que têm na diarréia um dos primeiros sintomas. Já a febre tifóide, por provocar erupções cutâneas avermelhadas, confundia-se com outras doenças infecciosas cuja vermelhidão é o caráter mais marcante, como o sarampo, a rubéola, a catapora.

C) O terceiro obstáculo toca na questão dos recenseamentos dos doentes, doenças e óbitos, como pode ser demonstrado: Se determinar o número de sífilíticos no Paraná é hoje uma tarefa difícil e arriscada, no século XIX era ainda mais penosa, quando a sífilis, além de mal definida nos registros da época, era confundida com outras moléstias venéreas. Por outro lado, muitas pessoas eram portadoras, ou mesmo doentes, e nunca se deram conta disso, quer por ignorância, quer por não saberem a quem recorrer.

Ocorria também, por vezes, que condições do meio facilitavam o aparecimento de duas ou mais doenças ao mesmo tempo, em determinada população. Tais casos são numerosos e conhecidos da literatura médica. Na década de 1850, no Brasil, manifestaram-se duas epidemias dramáticas: a febre amarela e o cólera, que levaram a grande mortalidade.

Em Morretes, em 1875, além da colerina e rubéola, manifestou-se também uma moléstia caracterizada pela inflamação das glândulas do pescoço e conhecida vulgarmente por cachumba. Apresentava em sua manifestação sintomas diversos. Dr. Leocádio Corrêa (médico de Paranaguá) comenta o assunto, surpreendendo-se porque, na maior parte dos doentes tratados, a doença habitualmente cedia, sendo sucedida por uma nova moléstia, "espécie de hernia, acompanhada de dores nas partes próximas ao osso pubis, estendendo-se até o pélvis". Em determinadas circunstâncias, a **segunda** doença poderia ser considerada como uma manifestação particular, decorrente da **primeira** doença. Esta nem sempre era revelada nas estatísticas de morbidade, como as anemias e o tifo, presentes tanto a nível social como individual.

Também poderia ocorrer a situação inversa, quando uma dada doença não tinha condições de conviver com outra por antagonismos bacteriológicos ou ecológicos. Os médicos do século XIX acreditavam numa incompatibilidade entre o paludismo e a tuberculose. Enviavam então os pacientes tuberculosos para as regiões palustres, mas o sucesso nem sempre era alcançado. Quanto a esse particular, o interesse do es-

tudo não se resume simplesmente ao resultado obtido por uma terapia individual: deve-se antes tentar compreender e explicar o fenômeno epidemiológico.

Existem ainda imprecisões nos dados quanto aos contágios e, conseqüentemente, quanto aos óbitos do passado, mais complexos ainda quando se referem aos doentes que obtiveram cura. Soma-se à imprecisão da mortalidade a ignorância quase total da morbidade.

Se esses obstáculos merecem destaque na época atual, assumem um intrincado papel no retrato do passado. Dispõem-se apenas de documentos em número restrito, donde se conclui que os resultados obtidos não representam mais do que certas características essenciais da realidade estudada, já que por sua insuficiência os dados não são capazes de fornecer estatísticas válidas. Por isso, certas discrepâncias são inevitáveis, pois algumas parcelas da sociedade são melhor conhecidas do que a população global. Soma-se a todos esses fatos a escassez de pesquisas históricas sobre o assunto, impedindo o fornecimento de pormenores que facilitem a reconstituição do quadro nosológico provincial.

Na medida do possível, a análise histórica deve abranger diversos níveis: o individual, o social, o oficial, entre outros tipos. Infelizmente, as fontes não são igualmente fartas em relação a todos estes níveis. Por essa razão, surgiram dificuldades no decorrer da pesquisa, em função das lacunas existentes nas fontes, tanto por insuficiência de dados como pela não conservação e até mesmo produção

das mesmas, além do elevado número de sub-registros. Tornou-se, assim, necessária a utilização de tipos diferentes de fontes, contendo informações similares que, por sua vez, são complementares, com o fim de suprir as possíveis falhas que pudessem existir.

Finalmente, cada documento tem características próprias, a exemplo da documentação oficial produzida pelo governo provincial e as informações obtidas por leigos. Já a documentação não oficial, elaborada pelos munícipes, tende a aumentar suas proporções. Ela é mais rica em detalhes do cotidiano, quanto à prática da saúde, podendo-se perceber questões que vão do campo pessoal, político e cultural, até as crendices, misticismos e empirismos.

Embora a documentação trabalhada seja vasta, tem por vantagem oferecer fontes de origens diversas, levando à compreensão do assunto sob múltiplos aspectos. Para se ter uma noção do teor das fontes, podem-se consultar os Anexos, no sentido de conhecer uma amostragem do material pesquisado.

3 A SAÚDE NA PRÁTICA

A doença se apresenta como um problema do processo vital que ocorre em todas as sociedades. Enquanto entidade mórbida, gera alterações tanto a nível biológico quanto a nível social dos indivíduos. O doente necessita de cuidados gerais e específicos, como remédios e abrigo, além de amparo sócio-psicológico.

Nas sociedades capitalistas ocidentais, a prática curativa no sentido de restabelecer a saúde tem sido uma característica constante. Nesse contexto, a saúde do indivíduo interessa à sociedade enquanto instrumento necessário à manutenção do sistema. Portanto eliminar a doença ou evitá-la é uma questão que passa do enfoque individual ao coletivo e requer ação da sociedade como um todo. Nessa perspectiva, o Estado, enquanto representante da coletividade, cria mecanismos e fornece serviços que julga necessários para atingir tal propósito. A partir disso, a compreensão das políticas de saúde pode ser obtida através da análise dos procedimentos profiláticos e terapêuticos desenvolvidos pelo Estado.

Historicamente, a tendência é de que, à medida que ocorram variações conjunturais, apareçam também alterações nos procedimentos relativos à área sanitária. Nesse processo

amplo e dialético, as variações conjunturais no modelo político-econômico significam variações no tocante ao setor de saúde. As políticas de saúde formuladas pelo Estado revelam direta ou indiretamente, a partir do modelo político-econômico adotado, a maneira como é conduzido este problema social.

3.1 DA "SUJEIRA" À MEDICINA SOCIAL

Os diferentes períodos históricos apresentam perspectivas variadas em relação à interpretação das questões relativas à saúde-doença. Nesse sentido, pôde-se observar que, no século XIX, concomitantemente a uma evolução no conhecimento científico, houve uma associação desse saber a posturas governamentais.

No Brasil colonial, no binômio saúde-doença, estava embutida a idéia de **sujeira**. Essa derivação prende-se ao facto de que para se atingir a saúde era necessário cuidar da limpeza, no caso dos centros urbanos. Tal tarefa competia às municipalidades, responsáveis tanto pela coleta de esterco e de lixo, quanto pela supervisão dos mercados, comércio e portos e também pelos cuidados relativos a animais e águas. Assim, o que deveria ser evitado nessa sociedade era a sujeira e a doença.

No entanto, a relação saúde e sociedade não era explícita, de forma que a sociedade colonial não se atinha ao

planejamento e ao combate às causas das doenças. O seu objetivo final era o de **evitar a morte**. Nesse sentido, a própria prevenção estava ausente e a saúde não era pensada como algo a ser trabalhado e conservado. O próprio conhecimento científico desse período deixava muito a desejar e questões relativas à higiene ainda não eram consideradas.

As instituições sanitárias da época tinham a função de fiscalizar o exercício legal da medicina, dos seus facultativos, das boticas e boticários e das condições de higiene.

Quanto aos responsáveis pela saúde, encontravam-se de mãos atadas, pois não tinham autoridade para atender às necessidades da população. A organização da atuação desses profissionais estava ligada às instituições que, por suas próprias prioridades, restringiam sua ação. Dessa forma, embora conceitualmente se pudesse falar em **higiene pública**, o único objetivo de ação visava à luta contra a doença.

Tais instituições fiscalizadoras tinham também a atribuição de suspender as licenças concedidas, uma vez que ficasse provado que o licenciado não tinha competência suficiente para curar ou que seu comportamento desse margem a comentários.

Em exemplo frizante das prerrogativas que tinha a câmara da fiscalização e controle do exercício da medicina, é o de André Francisco Coimbra que depois de ter recebido autorização para exercer o ofício de *Surgião (sic)* teve sua licença cassada afim de que não curasse pessoa alguma nem vendesse medicamentos alguns compostos por sua mão (...).¹

¹MOREIRA, J.E. **História da medicina no Paraná: 1654-1822**. Curitiba, Associação Médica do Paraná, 1953. p.44.

No quadro político, a percepção não ia além de responsabilizar a sujeira urbana pela doença.

Foi no princípio do século XIX que a situação começou a mudar. A própria ciência biológica passou a propor justificativas para a sua atuação na sociedade, tendo inicialmente como proposta a **higiene pública**. Isso, embora pudesse parecer uma continuidade retomada e aperfeiçoada de alguns antigos projetos, representava, na verdade, um período no qual a saúde passaria a receber um novo tipo de consideração, tanto como saber, quanto como prática social. Nesse sentido é que ela se diferenciava das formas passadas, às quais se opunha.

Esta nova postura da saúde no século XIX associava-se, intimamente, ao modo como a própria sociedade estava sendo articulada pelo governo central. A presença da Corte propiciou a criação de condições concretas e objetivas para a construção de uma política visando à unidade nacional que culminou com a Independência. Isso tudo implicou mudanças do Estado com relação à produção, à segurança, à saúde, à população, ditando resultados e ampliando sua atuação.

Nesse contexto de transformações sociais, a saúde, em sua perspectiva social, nasceu como fruto de sua época, dada a maneira como foi tematizada. Tais mudanças atingiram também a medicina que, com seu aparato científico, introduziu novas práticas de controle do quadro sanitário. Assim, desloca-se o objetivo político anterior, centrado na saúde, para a doença, gerando a preocupação com a prevenção, que se

traduzia não só na busca da cura do paciente, mas em meios de dificultar ou impedir a presença do mal.

No Brasil, este processo é característico do século XIX, ocorrendo juntamente com o início da Medicina Social. Esta deve ser entendida como a culminância de um processo iniciado na Europa desde o século XVIII, coincidindo com o avanço do capitalismo. Segundo Foucault, é neste enfoque que o corpo, enquanto força-de-trabalho, tornou-se alvo de medicalização: o corpo como uma realidade bio-política. Mas foi só a partir da segunda metade do século XIX que de fato se colocou o problema do "corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos" ².

Três etapas se destacaram no processo de formação da Medicina Social: Medicina de Estado, na Alemanha, Medicina Urbana, na França, e Medicina da Força-de-Trabalho, na Inglaterra.

No princípio do século XVIII, na Alemanha, surgiu a **ciência do Estado**, onde todo conhecimento deveria ter por objeto o próprio Estado, assegurando assim o seu melhor funcionamento. ³ Neste sentido, os Estados passaram a se preocupar com o nível de saúde de sua população e, para tanto, passaram a desenvolver e melhorar a prática médica. Tal prática foi assegurada por um conjunto de regulamentos e insti-

²FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.79-98.

³FOUCAULT, p.80.

tuições, conhecidos por **polícia médica**. Esta, por sua vez, objetivava o cumprimento das regras impostas, tais como: estatísticas de morbidade em diferentes regiões ou cidades onde ocorressem os fenômenos tanto epidêmicos, como endêmicos; a normalização do ensino e regulamentação da prática médica. Essa medicina de Estado não tinha interesse na formação de uma força de trabalho útil, mas o corpo dos indivíduos constituídos globalmente enquanto força estatal, abraçando funções tanto econômicas quanto políticas.

A medicina urbana surgiu na França no final do século XVIII. Tinha por preocupação direta o processo de urbanização e, indireta, razões econômicas e políticas. Visava a controlar um poder político forte, de um lado, e uma população urbana proletária, de outro. Em sua estratégia de atuação, não propunha a exclusão dos indivíduos de seu meio, mas seu isolamento, vigilância e internamento, mantendo assim um controle permanente. Alguns pontos foram privilegiados por essa medicina, a discriminação no espaço urbano dos locais salubres e insalubres e o controle do meio social. A medicina urbana não foi uma medicina dos corpos, mas das coisas e das condições de vida.

Finalmente, a terceira etapa desse processo refere-se à medicina dos pobres, da força-de-trabalho, surgida na Inglaterra. "Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização"⁴. Esta medicina queria, pois, atender os operá-

⁴FOUCAULT, p.93.

rios enquanto força de trabalho. Objetivando o controle das classes populares, o Estado passou a preocupar-se e a intervir em locais insalubres, controlar vacinas e elaborar uma estatística sanitária.

No Brasil, a medicina social do século XIX apresentou dois grandes objetivos fundamentais: a higiene pública e a normalização da ciência médica. Segundo Roberto Machado, esse procedimento significava a busca de um novo projeto teórico e prático de medicina, com o qual o conceito de saúde ganhava clareza. Teve como ponto de partida não apenas o homem enfermo, mas o social. Tais propostas não apresentavam, entretanto, homogeneidade: eram produzidas por intelectuais vinculados a diferentes grupos sociais, apresentando também diferenças em seu discurso científico e político.

3.2 O SABER E A PRÁTICA MÉDICA

No Brasil do século XIX, os projetos de medicina social foram um produto histórico das relações entre o saber e a prática. Várias propostas se evidenciaram, mas apenas duas se impuseram de maneira significativa. Uma se referia à Academia Nacional de Medicina, do Rio de Janeiro; outra, à Escola Tropicalista Bahiana. Embora os dois grupos partissem de pressupostos conceituais idênticos, chegaram a elaborar diferentes projetos:

(...) clima, habitação, costumes, condições sociais, condições geográficas - delineiam objetos e desenvolvem teorias bastante diversas, a partir de pressupostos teóricos diversos. A própria diferença na escolha desses pressupostos já mostra por si só uma diferença da visão de um mundo e, assim, a oposição, em certos momentos, frontal existente entre essas duas instituições é, a nosso ver, indicativa do antagonismo que existe em suas bases sociais.⁵

Caberia aqui observar alguns pontos destas questões, propostos pelas duas correntes científicas, que podem ser percebidas através dos discursos médicos contemporâneos ao século XIX.

A Academia Imperial de Medicina era inicialmente a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Sua proposta representava o pensamento da elite agro-exportadora, preocupada com o operariado, e traduzia-se no discurso oficial. Baseada na escola francesa, em que **descrever era conhecer**, ofereciam detalhada descrição das causas das doenças, acompanhada por análise de relação causa-efeito. A preocupação central da saúde não girava em torno do indivíduo, mas da cidade, que deveria ser organizada através de ação no meio ambiente, do esquadramento social, do controle da população e até mesmo da modificação de seus usos e costumes. A sua ação justificava-se no sentido de zelar pela ordem social e assim também ordenar a segurança do Estado. Suas discussões giravam em torno de miasmas,⁶ pântanos, instituições, enfim, do meio urbano.

⁵LUZ, M.T. **Medicina e ordem política brasileira**. Rio de Janeiro, Graal, 1982. p.103-4.

⁶Miasmas - emanação doentia produzida por matérias orgânicas em decomposição (século XIX).

A Escola Tropicalista Bahiana foi formada inicialmente por três médicos estrangeiros, sanitaristas, clínicos e pesquisadores: Antonio Silva Lima (português), James Patterson (inglês) e Otto Wücherer (alemão). Esta escola nunca teve acesso ao discurso ou à prática política. Propunha outra articulação do saber-prática, inteirando-se mais diretamente das questões sociais e objetivando o escravo enquanto força-de-trabalho. Seu saber baseava-se na observação direta da doença e das autópsias, conforme o modelo alemão. Partia da análise do efeito da doença para atingir a causa, afirmando que os exames e os sintomas variavam de acordo com a causa da doença. Conseqüentemente, variava também a interpretação patológica dos sinais e dos sintomas apresentados, a fim de estabelecer um diagnóstico diferencial e um tratamento específico. Em conseqüência, procurava estudar o caso individual em todos os seus detalhes: dados pessoais, costumes, habitação, alimentação e condições sócio-ambientais. Partindo da análise explicativa desses elementos individuais, pretendia atingir toda a sociedade, através de observações experimentais. Neste modelo etiológico proposto, a produção e a reprodução da doença não eram apenas biológicas, mas sociais.

As duas correntes científicas se diferenciavam em vários pontos, que vão desde a maneira de explicar a doença até as questões sociais voltadas para a **higiene**. Na Escola Tropicalista, dada a sua orientação teórica, a atenção, que inicialmente visava à **higiene**, partiu em direção à **medicina legal**, devido à ênfase que dava às autópsias. Já para a So-

cidade de Medicina do Rio de Janeiro, o caminho vai ser inverso: partindo da **medicina legal**, assiste-se ao longo do século ao aumento da ênfase dedicada à **higiene pública** e, conseqüentemente, à **medicina preventiva**. Isso em virtude de uma postura política surgida com a medicina social.

Torna-se importante salientar que, embora existissem padrões e posturas diferentes em relação ao saber e à prática científica, foi o modelo proposto pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro que se impôs. Ele orientou as políticas de saúde em âmbito nacional. Seus valores e sua atuação só foram revistos no início do século seguinte, ocasião em que as velhas propostas da Escola Tropicalista seriam retomadas.

Dessa forma, também no Paraná Provincial, o modelo seguido foi o equacionado, dimensionado e previsto no Rio de Janeiro. Este modelo foi repassado e homogeneizado em todo o Império, pelos ministérios, através de seus atos, decretos, leis, regulamentos e determinações oficiais. Embora se tratasse de um saber científico, fruto da ciência do século XIX, apresentava uma série de divergências entre o saber e a prática. É justamente nos períodos epidêmicos que mais se evidenciam essas dissonâncias. Neles apareciam, de um lado, o Estado, tentando impor uma prática visando à normalização, à higienização e ao controle social. De outro, a sociedade agindo e reagindo de maneiras diversas diante das propostas governamentais. O saber-prática de saúde assume, na realidade, múltiplas formas que se evidenciam mais nitidamente nos períodos epidêmicos.

A compreensão dessas divergências torna-se possível, primeiro, a partir da análise das propostas oficiais e de suas práticas ao longo das manifestações epidêmicas; segundo, pela compreensão do conhecimento **científico** do século XIX e de como organizavam suas instituições de saúde.

Desde a Colônia, até 1828, o modelo sanitário utilizado era imposto por Portugal, onde a intervenção do Estado era limitada. Tal organização, a princípio, baseava-se em determinados cargos que eram ocupados tanto por nacionais como por estrangeiros e se foram hierarquizando ao longo dos anos:

. **Cirurgião-Mor** - ligado ao exército, encarregava-se da supervisão do ensino e do exercício da cirurgia. Atuava na sociedade juntamente com as parteiras, sangradores, dentistas, barbeiros; enfim, todos aqueles que se propunham, de alguma forma, o exercício da medicina;

. **Físico-Mor** - atuava através de seus delegados nas diversas regiões. Encarregava-se do ensino e do exercício da medicina, das questões relativas a médicos e clientes; das botidas e seu funcionamento, do saneamento das cidades, entre outros fins;

. **Provedor de Saúde** - cargo criado nas diversas províncias, a exemplo da Corte, após a vinda da família real ao Brasil. Ocupava-se, principalmente, da vigilância sanitária dos portos, da criação de lazaretos, do controle dos alimentos e do exercício da profissão;

. **Autoridades Locais** - responsabilizadas direta ou indiretamente pelos problemas de higiene, obrigadas a tomar medidas referentes à ordem pública.

Esta precária organização de saúde pública deixou de vigorar quando os cargos de cirurgião-mor, físico-mor e provedor de saúde foram abolidos em 1828. A partir daí, os serviços de saúde ficaram a cargo direto das municipalidades através de suas Câmaras Municipais. A deficiência da organização da saúde foi sentida sobremaneira com a manifestação da febre amarela que se alastrou por todo o Brasil desde 1849, além dos quadros endêmicos sempre presentes. A descentralização durou pouco e, em meados do século XIX, coube ao Ministério do Império responder também pela saúde.

O governo imperial, ao assumir para si a responsabilidade da saúde pública, orientava-se pelas propostas da Imperial Academia de Medicina, que propunha a criação de uma Comissão Central de Saúde Pública de âmbito nacional. A Academia criou uma Junta Central de Higiene Pública, bem como as Comissões Paroquiais. No Paraná, surge o cargo de Provedor de Saúde Pública, como desmembramento da Junta Central e a ela subordinado, além das Comissões.

Tal organização persistiu por mais duas décadas até 1876, quando uma junta avaliou a ineficiência dos órgãos ligados à saúde para debelar doenças epidêmicas e propôs a reorganização dos serviços.

Mas só em 1885 o Barão de Mamoré, enquanto Ministro de Estado dos Negócios do Império, efetivou reformas. Ele criou

a Inspetoria Geral de Higiene, responsável pelos serviços terrestres, e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, para os serviços marítimos. Tratava-se de órgãos centralizados, com sede no Rio de Janeiro, mas com desdobramento nas várias províncias do Império. Nesta ocasião, ocuparam-se, também, com a proteção do trabalho dos menores nas fábricas, dos doentes mentais e das escolas.

3.3 CONTRADIÇÕES E ACERTOS: A SAÚDE NO PARANÁ PROVINCIAL

Tendo em mente questões referentes à relação entre o saber e a prática das políticas de saúde – tais como: Em que medida os conhecimentos científicos produzidos pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro eram postos em prática na Província do Paraná? De que maneira o governo, os especialistas e a população vivenciavam esse saber na prática durante os períodos epidêmicos? –, recorreu-se a um documento divulgado em todas as províncias do Império, elaborado pela Junta Central de Higiene Pública, composta pelo Barão do Lavradio, um de seus expoentes máximos, vinculado à escola do Rio de Janeiro – o Conselheiro Santos –, Luiz Bandeira de Gouvêa e o Secretário Pedro Affonso de Carvalho. São apresentados nesse documentos conselhos higiênicos a serem adotados quando da presença de epidemias, cujas principais medidas constituem um alerta à população durante as épocas de crise, uma vez

que o governo imperial precisava contar com o apoio de todos os habitantes para manter a salubridade pública.

A medicina preventiva proposta pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e adotada pelo governo tanto nacional como provincial tinha por objeto a higienização da população em geral, além de normalizar as posturas médicas a serem adotadas a nível nacional. Neste sentido, a junta expõe os cuidados a serem adotados, dividindo-os em preventivos e ocasionais. Trata-se de um dos documentos mais completos sobre o assunto, destinado não só aos profissionais da saúde e às autoridades locais, mas à população em geral.⁷

Apesar de ser culturalmente pouco reconhecida a prática popular no tratamento dos doentes, ficava evidente a necessidade de tomá-la para a ação oficial, uma vez que esses conhecimentos estão aliados às posturas sanitárias da conjuntura.

Na verdade, o grande objetivo era atingir não só as autoridades competentes nas municipalidades, mas, sobretudo, as propriedades privadas, ainda porque na maioria das províncias não havia médicos suficientes para atender a população. Tornava-se necessário, pois, alertar os leigos, a fim de aliar a postura governamental às práticas da medicina popular.

Na Província do Paraná, nem todas as localidades contavam com facultativos da área de saúde. Em relatório presidencial de 1855, o então presidente Zacarias de Góes e Vas-

⁷LAVRADIO, B. et alii. Transcrição. **Dezenove de Dezembro**, Curitiba, 31 out.1878. n.1942, p.2-3. (Ver Anexo 1.)

concellos afirma que na Província havia apenas três médicos em situação legal para exercer a profissão. Eram eles: José Maurício Faivre, José Francisco Corrêa e José Cândido da Silva Murici. Prossegue o presidente esclarecendo que, afora esses três indivíduos,

(...) não consta-me que haja mais pessoa alguma autorizada legalmente a curar: são os que por ahí receitão, medicos nacionaes ou estrangeiros, que ainda não satisfizerão as clausulas da legislação do paiz, para pôderem usar de sua arte, ou verdadeiros charlatães, que abusando da credulidade publica, vão sacrificando aquelles que depositão na sua sabedoria, adquirida sem trabalho nas faceis indicações de mestres, as vezes tão sabios como elles, depois de terem, uns e outros dado ao publico, em outras profissões menos árduas provas inequívocas de sua ineptidão.⁸

Anos após, o então presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes refere-se ao quadro médico provincial afirmando que os habitantes de Curitiba, quando atacados de moléstia grave que excedesse a capacidade dos **experiêntes**, podiam contar com um único médico, o do exército, e com os medicamentos do Hospital Militar. Quanto às populações do interior, estas sequer poderiam contar com tal recurso, pois eram abandonadas à própria sorte.⁹

⁸PARANÁ. Governo. 1855 (Vasconcellos). **Relatório do presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Goes e Vasconcellos na abertura da Assembleia Legislativa Provincial em 8 fev.1855.** Curityba, Typ.Lopes, 1855. p.40-1.

⁹PARANÁ. Governo, 1857 (Carvalhaes). **Relatorio apresentado a Assembléa Legislativa da Provincia do Paraná no dia 7 jan.1857 pelo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes.** Curityba, Typ.Lopes, 1857. p.41.

Diante da situação, mesmo a postura governamental aceitava as práticas da medicina popular, já que o número de médicos formados e demais profissionais da área de saúde disponíveis para o atendimento da população era irrisório, não excedendo a três. Também se observa ao longo do período analisado que os profissionais que de fato se estabeleceram na Província eram aqueles que ocupavam cargo público como médico da cadeia, do município, do corpo fixo da guarnição do exército, inspetor de higiene pública, inspetor de saúde do porto de Paranaguá e, a partir de 1886, os delegados de higiene. Geralmente o médico acumulava mais de uma função. No período em apreço, apenas algumas localidades puderam contar com médicos residentes, como no caso de Curitiba, Antonina, Campo Largo, Paranaguá, Lapa, Ponta Grossa e Palmas, ainda que esporadicamente.

Às vésperas da Proclamação da República, de acordo com o então delegado de higiene Trajano Joaquim dos Reis, para uma população aproximada de 249.491 habitantes, o número de médicos disponíveis não era superior a dezenove e o de farmacêuticos não ultrapassava dezoito.¹⁰

A falta de profissionais era tanta, que muitas vezes o médico era solicitado a comparecer em localidades do interior para acorrer à população quando da presença de algum flagelo. Após tomar as medidas necessárias, ele retornava, geralmente à sua cidade de origem, deixando no local leigos

¹⁰INSPETORIA de Hygiene da Província do Parahá. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 17 jul.1889. n.63, p.3.

responsáveis pelos serviços de saúde. Exemplo disso é o caso do médico Joaquim Dias da Rocha, que, em 1868, após atender alguns quarteirões nos arrabaldes de Curitiba, onde grassava a disenteria, deixou encarregado do atendimento aos doentes o tenente Joaquim Marques dos Santos, quando se retirou do lugar. O problema da falta de profissionais médicos pode ser observado no relatório de Alexandre Bousquet, médico de Paranaguá, ao atribuir o aumento do foco epidêmico de varíola (1863) à presença de leigos e curandeiros. Nesse relatório, ele comenta que, tanto nos subúrbios como na cidade, havia muitos curandeiros com **clínicas**. Acrescenta o médico que o inconveniente era irremediável em tempo epidêmico, pois nas camadas pobres da população quem tinha um doente de bexiga tratava os demais com o auxílio dos curandeiros.

Conseqüentemente, a medicina institucionalizada sempre conviveu com o **charlatanismo** praticado por curandeiros, curiosos e entendidos, livres para agir, sobretudo pela falta de médicos em várias regiões rurais. Favorecia tal situação o fato de a própria prática médica legal fundamentar-se em sangrias, purgativos, vomitórios, infusões e no conhecimento da prática popular. Só com a era microbiana foi possível de fato mudar, aprimorar e diversificar os tratamentos, que se tornaram específicos para cada moléstia.

Foi uma longa luta travada entre a medicina legal, oficializada, institucionalizada e a medicina exercida por curiosos e práticos. O conhecimento da população não se modificou embora houvesse revolução na ciência ou alterações

na política da saúde. As camadas menos favorecidas da população continuavam procurando o serviço dos práticos, pois sua condição social e cultural não fora alterada. Muito tempo ainda decorreria para que a medicina social ou preventiva pudesse ocorrer na prática. Como tentativa, foi implantado um serviço, ainda que precário, de atendimento aos pobres.

Na capital, os doutores Bonilha, Murici, Rocha e Cabussu, em sua Casa de Saúde (1861), faziam a cobrança dos seus serviços de acordo com a seguinte tabela:

Cada doente pagará por dia 6\$000
Sendo escravo 3\$000

O doente pagando a quantia que lhe é marcada tem direito à cama, dieta, medicamentos, serviço interno, e visita diária de um ou todos os médicos, quando a gravidade da moléstia exigir. Logo que o número dos doentes que pagam exceder a cinco, a casa receberá por sua conta um pobre, e assim por diante na razão de 5 por um (...).¹¹

Nem assim os profissionais conseguiam conter a prática de **entendidos**, que se acentuava nos períodos epidêmicos.

Cabia às Câmaras Municipais e demais autoridades denunciar o charlatanismo. Isto é comprovado em correspondências oficiais, denúncias e artigos nos periódicos locais acusando a presença de curandeiros. Na cidade de Rio Negro, em 1864, havia um indivíduo que se dizia **americano**. Este, sendo advertido pelo chefe de polícia, teve de retirar-se da cidade:

¹¹A CASA de Saúde dos doutores Bonilha, Murici, Rocha e Cabussú. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 20 abr.1861. n.317, p.4.

Será conveniente que indivíduo intitulado - Americano - que mergulhando lá de uma das províncias do norte do império, aqui surgisse, descalço e com as roupas estragadas, com diploma de médico, cure por sua conta e risco?

Sr.Dr. chefe de polícia, digne-se de olhar para a freguezia do Rio Negro, onde se faz tudo sem receio da justiça, &c...¹²

Também em Curitiba, foi denunciado um certo Senhor Benedito, autor de **curas maravilhosas** ¹³.

No entanto, a medicina oficial não tinha só no curandeiro o seu rival. Havia também a prática da medicina de cunho religioso que, com aval da Igreja, muitas vezes intervinha através de suas curas espirituais, na grande massa da população pobre. Um dos registros mais antigos sobre o assunto encontra-se na Capela de Nossa Senhora do Pilar, em Antonina. Trata-se de uma recomendação dos vigários capitulares que procuravam estabelecer íntima relação entre as doenças do corpo e as doenças da alma **em pecado**.

É sabido que muitas vezes procedem as moléstias do corpo, do estado da alma enferma quando pecada, do que se percebe um importante desengano de que para sarar, tem o corpo necessidade de que primeiro, a alma se cure.

Pelo que exorto e admoesto a todos em Jesus Cristo para que no princípio das doenças se disponham para o sacramento da penitência, preparando para receber em igual e maior diligência que poem para a saúde,

¹²CURANDEIRO. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 18 jun.1864. n.495, p.4.

¹³CURANDEIRO. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 4 nov.1874. n.1552, p.4.

que importa menos que a incomparável Salvação que se vai buscar na Eternidade, verdadeira e inteira confissão (...) mando a todos os Médicos e Cirurgiões e igualmente aos Barbeiros e mais pessoas que curam neste Bispado, inda sendo mulheres sob pena de excomunhão maior, **ipso facto**, (...) aquele que visitando doentes, que estejam de cama, antes que lhes apliquem medicinas para o corpo, tratará primeiro dos remédios da Alma, admoestando-as a que antes de tudo confessem verdadeiramente todos os pecados para, recuperada a saúde espiritual, se prenda mais saudavelmente aos remédios corporais (...).¹⁴

No final do período provincial, alguns artigos referem-se também às práticas de curandeiros espíritas, tidos como "especuladores da ingenuidade popular"¹⁵.

Cabe ainda ressaltar que a própria homeopatia, na época, foi identificada como charlatanismo pela ciência médica, que discriminava igualmente os medicamentos da medicina popular.

Em 1867, Paranaguá foi vítima de uma epidemia de disenteria. José Joaquim Franco Valle foi o médico que atendeu a população. Em seu relatório à presidência, denuncia a presença de curandeiros que, segundo ele, eram os responsáveis pelo aumento da doença:

(...) devo relatar um facto bastante significativo, quero falar da existencia de um homeopata que é negro e escravo, a quem, segundo me contou; entregarão-se para serem tratados, aquelas pessoas doentes

¹⁴MOREIRA, p.35-6.

¹⁵NOTICIÁRIO. **Dezenove de Dezembro**, Curitiba, 22 jan.1884. n.19, p.3.

e além d'este grande o numero de perigosos curandeiros. Sendo assim Vã Eã comprehende que não só a gravidade da epidemia a causa dos casos fataes, porem também os perigos de tratamentos brutaes, a mais severa das punições, um dever existir a menor das considerações.¹⁶

Se o médico era considerado um sacerdote na Babilônia, um artesão na Grécia antiga, um subprofissional no princípio da Idade Média, um letrado de borla e capelo na Renascença, no século XIX, segundo Carlos Gentille de Mello,¹⁷ ele viu-se obrigado a lutar contra as práticas de medicina popular arraigadas em nossa população. Teve de valer-se de artifícios para atingir as camadas populares, assim como apegar-se a cargos públicos disponíveis, submetendo-se e interagindo nas determinações do Estado.

Dessa forma, a ciência médica enfrentou resistências em seu processo de institucionalização ao longo do século XIX. Embora possuidora do saber médico, além do aval do Estado, precisou combater a medicina popular, ou seja, curandeiros, parteiras, homeopatas, barbeiros, cirurgiões responsáveis por soluções alternativas que se opunham à prática oficial.¹⁸

Mais que combater a **ignorância popular**, era necessário entender a diversificada cultura da população, com suas variadas soluções práticas para sanar as doenças.

¹⁶VALLE, J.J.F. Correspondência. Curitiba, 11 maio 1867. In: OFFÍCIOS: collecção da correspondencia recebida pelos presidentes da Província do Paraná, 1867. v.10, p.213-4.

¹⁷MELLO, C.G. **A medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. p.17.

¹⁸MACHADO, R. et alii. **Danação da norma**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p.191.

Essa carência de recursos médicos, constante durante todo o período provincial, agravava-se durante os períodos epidêmicos. Diante da situação, muitas vezes, as decisões sanitárias ficavam aos cuidados dos leigos, sob a liderança das autoridades locais. Exemplo disso, a epidemia de febre amarela que grassou em Antonina, em 1870. Nessa ocasião, encontrava-se na localidade um único médico, sem condições de atender o crescente número de doentes. Joaquim Dias da Rocha, médico de Paranaguá, localidade vizinha, diante da situação alarmante, tomou a iniciativa de partir para aquela cidade, informando ao governo provincial, com o seguinte ofício:

Inteirado de que grassa em Antonina uma epidemia, que se suppõe ser de febre amarella, e com a qual se tem alarmado tanto a população daquella cidade como a de muitas outras localidades; e sabendo igualmente existir em Antonina um sô facultativo, insufficiente para o trabalho clínico, no caso de serem verificadas as aterradoras notícias que se propala, resolvi partir para alii amanhã afim de prestar os recursos de minha profissão aos enfermos que os requisitarem.¹⁹

Diante da insegurança da população, certas medidas foram tomadas, a princípio, pelo subdelegado, justificadas pelo fato de se tratar de uma época excepcional. Com a chegada de Dias da Rocha, nomeou-se uma comissão sanitária sob sua liderança, encarregada de debelar a epidemia na marinha, contando com os doutores Alexandre Bousquet e Basilio Cotebb

¹⁹PARTIDA. Dezenove de Dezembro, Curityba, 2 abr.1870. n.1084, p.4.

que serviram como auxiliares. A par dessa comissão, as Câmaras Municipais, a nível local, organizaram comissões compostas pelas autoridades locais, com a mesma finalidade. Nestas circunstâncias, foi possível a elaboração de medidas apuradas, contendo as prescrições destinadas à população em geral, com os meios de prevenir e debelar a invasão da febre amarela. Tais medidas foram impressas e distribuídas em todas as povoações e bairros, inclusive Paranaguá e Morretes. Nestes locais, Dias da Rocha também organizou comissões de saúde.

Nas medidas publicadas e distribuídas para a população constavam conselhos para prevenir e combater a epidemia reinante, além de especificações quanto ao tratamento curativo específico, com determinações de medidas higiênicas de caráter geral:

MEIOS HYGIENICOS OU PRESERVATIVOS.

Alimentação succulenta, de substancias sãs e de facil digestão; como por exemplo: carne verde, arroz, pão e farinha da melhor qualidade; legumes frescos, agua que não seja empoçada, e um calix de vinho bom ao jantar para as pessoas, com particularidade, de compleição fraca ou cuja digestão se faça lentamente.

Aceio das roupas do corpo e da cama; uzo diario de banhos mornos; permanencia nos habitos regulares; passeios moderados pela manhã e á tarde; socego de espirito; abstenção de grandes (...); habitações aceiadas e bem ventiladas; mudança de casa se fôr affetada mais de uma pessoa da familia.

Finalmente evitar-se o sereno, o sol forte, a chuva e a suppressão de transpiração.²⁰

²⁰ROCHA, D. Correspondência. Antonina, 6 abr.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.10, p.26-7.

Além dessas medidas iniciais, de caráter geral, outras se somaram, propostas pelas comissões locais.

Em 1887, Morretes foi vitimada por uma grande epidemia de varíola. Rapidamente, o governo provincial tomou uma série de medidas que, na prática, não obtiveram o fim desejado, uma vez que não evitaram o elevado número de mortes. A população revoltou-se contra o incidente, justificando:

Ao governador da provincia cabe a maior responsabilidade pelo fallecimento dos tres variolosos que estão no lazareto, por ter feito retirar o medico, quando a commissão sanitaria em telegramma dissera-lhe ser necessaria a permanência do médico, visto ter apparecido mais um caso; este telegrama ficou sem resposta, mas o presidente telegraphou ao médico declarando finda a sua commissão, convindo notar que o medico tinha feito sentir ao presidente que dos 2 variolosos um estava bom e o outro estava sofrendo uma forte diarrhêa e era prudente não abandonal-os.

A resposta de S. Ex. foi: **desde hontem está finda a sua commissão.**

A consequencia foi a morte do doente. A commissão á vista desta ocorrencia, para salvar sua responsabilidade pediu ao presidente sua demissão; talvez este procedimento da commissão foi o que aconselhou a S. Exa. mandar o Dr. Caldas, infelizmente já tarde!

A commissão cumprío o seu dever auxiliou os medicos no que pode e se mais não fez foi porque não poude.

Considera-se extincta a epidemia, mas por preço bem caro, - vida das victimas, que talvez podessem salvar-se, si não fosse a ausencia do medico, motivada pela inexplicavel e menos justificavel precipitação do governo.²¹

²¹A VARÍOLA em Morretes. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 19 jan.1887. n.14, p.2.

A articulação do médico com a comissão sanitária nem sempre funcionava concretamente. Ora por falta de médicos, ora por inexperiência dos componentes da comissão, leigos na área de conhecimentos médicos. Nessa íntima relação médico-comissão sanitária, somavam-se as determinações oficiais tanto do governo imperial, provincial, como municipal. Na teoria, os procedimentos eram previstos por lei e deveriam traduzir-se em medidas acertadas a cada novo surto epidêmico, no sentido de resguardar a população e obstar o contágio. Na realidade, existia uma carência na disponibilidade de recursos médicos e, em decorrência, a ausência do saber científico nas mais variadas situações, com um grupo de pessoas interessadas mas vulneráveis e despreparadas cientificamente. Compunham esse grupo as autoridades locais, responsáveis por posturas, leis, decretos, enfim, determinações, muitas vezes, difíceis de ser cumpridas.

Nesse contexto, era decisiva a atitude das populações, nem sempre colaborando com as exigências previstas diante da crise epidêmica, ora por não compreender o **saber**, ora por não ter condições de executar a **prática**. Some-se a isso a própria postura do governo que, distante da realidade local, estava muitas vezes impossibilitado de dar soluções aos problemas surgidos.

O procedimento oficial previa que, no caso de situações **calamitosas**, entre elas as epidemias, o governo, tanto Imperial, como Provincial, abriria **crédito**. Este crédito concretizava-se em verbas suficientes para cobrir os gastos

com as medidas sanitárias postas em prática. Além disso, tal crédito serviria para subvencionar o tratamento dos pobres e imigrantes estrangeiros. Entretanto nem sempre as verbas públicas eram suficientes para atender às necessidades da população. Para se ter uma idéia, no orçamento da Província do Paraná para o ano financeiro de 1º de julho de 1868 a 30 de junho de 1869, de um total de despesas na ordem de 278:127\$399, foram destinados à saúde 7:285\$000, divididos em:

- 3:285\$000 - à Câmara Municipal da Capital para ser aplicado ao esgoto dos banhados que cercavam a cidade e outras medidas de salubridade pública e construção de calçadas;
- 2:000\$000 - ao hospital de caridade de Paranaguá, para o conserto do edifício;
- 2:000\$000 - para o hospital da Capital e obra nova do mesmo.²²

Isso equivale a dizer que apenas 2,6% do orçamento provincial eram aplicados à saúde. Em torno deste índice, manteve-se a média das verbas destinadas à saúde pública no período provincial.

²²CARDOSO, J.A. *Essai d'utilisation des listes electorales dans l'étude de la population du Paraná (Brésil) vers 1870*. Paris, 1977. p.45-6. Thèse, Doctorat, 3ème Cycle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Neste quadro, o atendimento sanitário concentrava-se apenas em alguns locais, ficando o restante da população da Província à mercê desses serviços. Esta carência de serviços vai aparecer claramente nos períodos epidêmicos.

Em janeiro de 1889, a população de São José dos Pinhais foi vítima da varíola. A princípio a doença recebeu tratamento homeopático, mas o Inspetor de Higiene local, ciente do problema, não tomou providências imediatas. O Chefe de Polícia preocupou-se em isolar a casa do enfermo com o auxílio de alguns **praças**. Em consequência, a varíola propagou-se, fazendo vítimas fatais. A população passou a solicitar do governo provincial o envio de um médico para atender os doentes, o que só ocorreu em março. Embora com atraso de dois meses, o médico logo retornou, não por ter debelado o flagelo, mas por determinação do Inspetor de Higiene, com a alegação de falta de verba.

Diante dessas circunstâncias, instituições filantrópicas eram chamadas a subvencionar e a participar das soluções necessárias. Entre essas instituições, destacam-se as Santas Casas de Misericórdia da Província, que eram em número de três e localizadas em Curitiba, Paranaguá e Antonina, respectivamente; além das Lojas Maçônicas, sempre prontas a ajudar.

Em novembro de 1855, a loja maçônica Candura de Curitiba ofertou à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba o prédio de seu templo.

Consta-nos que os respeitáveis irmãos de uma loja maç.: desta cidade, que há muito tempo não trabalha, se reunirão hoje em sessão para a dissolverem e fazerem doação da casa, bens moveis que possui, dinheiro e dívidas activas ao novo hospital da Santa Casa, que se vae crear.²³

Quando a situação financeira se tornava crítica, até mesmo a população mais abastada era conclamada a participar, ajudando a subvencionar os gastos gerados pelo atendimento sanitário. Também em dadas situações, oferecia-se a renda de espetáculos teatrais e mesmo bailes para suprir as necessidades. Tais medidas eram, no mínimo, um contra-senso, já que se tratava de períodos epidêmicos. Em 1870, quando da epidemia da febre amarela, realizou-se um baile em Curitiba em homenagem ao presidente da Província, cuja renda foi destinada ao socorro dos pobres atingidos pelo mal.²⁴

A carência de recursos financeiros provocava uma série de implicações. Os médicos e farmacêuticos recebiam seus honorários sempre com atraso, muitas vezes tendo que custear as suas despesas, reembolsadas posteriormente mediante comprovação. As comissões sanitárias não tinham condições de colocar em prática tudo o que era previsto, pois para tanto necessitariam de mais recursos. As camadas pobres da população eram as mais atingidas por essa limitação orçamentária, por serem carentes de recursos próprios. A falta de verbas públicas tinha também implicações diretas na qualidade e no fornecimento de medicamentos, sobretudo nas localidades do interior.

²³DEO Gratias. **Dezenove de Dezembro**, Curitiba, 7 nov.1855. n.32, p.2.

²⁴ABREU, A.C.F. Correspondência. Curitiba, 21 abr.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.9, p.174.

Em relatório governamental, o presidente Agostinho Ermelino de Leão, em 1870, ao justificar a mortalidade provocada por uma epidemia de febre amarela em Antonina, diz textualmente:

Completamente desprovidos de medicamentos e sem médicos os habitantes lutaram com sérios embarços, que ainda concorreram para desanimal-los e augmentar as proporções da enfermidade (...).²⁵

Às populações do interior, carentes de facultativos para o atendimento dos doentes epidêmicos, era comum o envio de ambulâncias contendo os medicamentos necessários, além das diretrizes indicativas para o tratamento. Para o transporte dos medicamentos, valiam-se de carroções, sendo os frascos acondicionados em caixas de madeira. Abaixo segue uma lista de medicamentos pedida pelo médico José Candido da Silva Murici, em 1856, durante uma epidemia de varíola:

Relação dos medicamentos pedidos, para o tratamento da variola no Quarteirão do Cupim.

Olio de ricino	uma garrafa
Olio de amendoas dōces	duas onças
Linhaça	duas libras
Sementes de mostarda	uma libra
Althea	doze onças
Tartaro curetico	duas oitavas
Espirito de Mindore	uma onça
Quina em pó	duas onças
Sulfato de magnesia	uma libra

²⁵PARANÁ. Governo. 1870 (Leão). Relatório apresentado ao Excellentissimo Senhor presidente Dr. Vennancio José de Oliveira Lisboa pelo Exm^o Sr. vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão por ocasião de passar-lhe a administração da Provincia do Paraná. Curityba, Typ. Lopes, 1871. p.10.

Turtura de opio meia onça
 Alcacos uma libra
 Flores de sabugueiro uma libra
 Pommada mercurial duas onças
 Água de Labarraque uma garrafa.²⁶

O medicamento que mereceu maior atenção do governo provincial foi a vacina antivariólica. A preocupação com a varíola levou o governo a montar um serviço de vacinação e revacinação. Esta questão era até mesmo anterior ao período estudado. Após a comprovação da imunidade adquirida através da vacina antivariólica, ela passou a ser aceita mundialmente. Assim, no Brasil, a partir de 1804, a vacina teve sua prática difundida.

De acordo com Lycurgo Santos Filho, na capitania de São Paulo, que, nesse período, incluía o Paraná, a obrigatoriedade e institucionalização da vacina data de 1805. Esse procedimento objetivava não só a divulgação da vacina, mas também a sua aplicação compulsória.

Em 1805, os governadores de algumas capitanias tornaram obrigatória a vacinação. O de São Paulo, Antônio José de França a Horta, ordenou aos capitães-mores das vilas que reunissem no edifício da Câmara, ou da Matriz, os chefes de família, com todos os parentes, agregados e escravos, para se deixarem vacinar. Os desobedientes seriam multados e presos à ordem do governador, obtendo a liberdade apenas após a inoculação, na cadeia.²⁷

²⁶MURICI, J.C.S. Correspondência. Cupim, 23 dez.1856. In: OFFÍCIOS, 1856. v.10, p.374.

²⁷SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira.** São Paulo, Hucitec, 1977. v.1, p.374.

Nesse mesmo ano, especificamente em Paranaguá, Antonio Vieira dos Santos fala da primeira vacinação obrigatória à maior parte da população, tanto adulta como infantil, desde que não tivesse tido as varíolas naturais.

Quinze anos depois, isto é, em janeiro de 1820, foi realizado um planejamento mais amplo para a vacinação anti-variolica, a nível nacional, atingindo as capitâneas de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais. Mas a Câmara Municipal de Curitiba só registrou o recebimento do **pus vacinico** em 1829.²⁸

Nova remessa de vacina foi recebida em 1831 e distribuída não apenas na Capital, mas em São José dos Pinhais, Campo Largo e Antonina, entre outras localidades. Logo após a vacinação, ficou constatada a sua ineficiência, devido a dois fatores fundamentais: primeiro, à inoperância e negligência dos vacinadores, pessoas não especializadas para tal serviço; segundo, à ignorância e à falta de cooperação da população.

Quando do primeiro governo provincial, o então presidente Zacarias Góes e Vasconcellos, em 1854, refere-se à vacina, nos seguintes termos:

(...) se a vaccina recomenda-se pela beleza, que preserva, e senões, que evita no rosto humano, muito mais util torna-se pelas vidas que conserva, e, debaixo deste

²⁸CURITIBA. Câmara Municipal. Quarta sessão ordinária de 23 mar.1829. **Boletim do Arquivo Municipal de Curitiba**, 42:54, 1929.

ponto de vista, he de hum valor incalculavel em hum paiz como o nosso, onde a população he tão rara.²⁹

O primeiro vacinador provincial nomeado no Paraná foi José Cândido da Silva Murici, através de determinação do Instituto Vacínico do Império. Para ocupar este cargo, precisava-se preencher certos requisitos, como: ser pessoa idônea, responsável pela população a ser vacinada em toda a Província. Este cargo de **vacinador** perdurou até 1886, quando foi criado o cargo de **delegado de hygiene**, que, neste caso, seria encarregado não apenas da vacinação, mas de todas as condições de saúde e bem-estar da população.

De acordo com o regulamento provincial, entre os atributos do vacinador provincial, constavam:

a) nomear indivíduos aptos a servirem na Província, como comissários municipais e paroquiais nas diversas localidades, desenvolvendo sua função gratuitamente;

b) prestar relatórios periódicos não só ao presidente da Província, mas ao inspetor geral do Instituto Vacínico, aos vacinadores municipais e paroquiais;

c) comprar livros, papéis, lâminas de vidro para acondicionar o fluído vacínico e chumbo para envolvê-las;

d) nos livros de registros efetuados no ato da vacinação deveriam constar: nome, filiação, idade, estado civil,

²⁹PARANÁ: Governo. 1854 (Vasconcellos). **Relatório do presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Goes e Vasconcellos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 15 jul.1854.** Curityba, Typ.Lopès, 1854. p.39.

condição do vacinado e resultados da vacinação;

e) a partir dos registros, elaborar mapas de vacinação, que deveriam ser enviados ao vacinador provincial.³⁰

Ser comissário vacinador sempre foi uma tarefa muito difícil. Além das atribuições previstas por lei, ele precisava contar com o auxílio de pessoas que gratuitamente se dedicassem ao serviço da vacinação. Embora houvesse um amnuense, estabelecido pela Assembléia com honorários no valor de trezentos mil réis, estes nunca eram pagos, sob a alegação de não mais se onerar a Província, uma vez que ela se encontrava em fase de carência de rendas. Tal situação se tornava incongruente na realidade, uma vez que a verba destinada sequer cobria os gastos necessários para o expediente da repartição. Contribuía para dificultar a situação o fato de todo vacinador estar sujeito ao pagamento de multas caso houvesse alguma omissão de sua parte.

Diante dessas circunstâncias, era cada vez mais difícil encontrar pessoas qualificadas e interessadas para o serviço de vacinação, o que levava conseqüentemente ao recrutamento de pessoas despreparadas e sem perícia para sua execução. Dessa situação desanimadora dá um bom retrato o vacinador provincial Ermelino de Leão, em seu relatório presidencial:

³⁰REGULAMENTO. In: PARANÁ. Leis, decretos, etc. **Leis, decretos e regulamentos da Província do Paraná.** Curityba, Typ.Paranaense, 1863. v.10, p.37-9.

Esta indolencia tem a meu ver, duas fontes: **a nomeação de negociantes ou pessoas atarefadas** em misteres inteiramente diversos, cujo trabalho é o pão quotidiano e a gratuidade do encargo.

A polícia, a instrução publica e todos quantos ramos do serviço publico exigem pessoal gratuito, soffrem os mesmos empecilhos, a mesma negação, a mesma indiferença, a mesma apathia e até a mesma repugnancia da parte de quem recebe titulos para exercer os respectivos cargos.

Os serviços prestados à vaccinação publica são pela lei considerados relevantes; mas nem isso incende maior amor ao trabalho, momentaneo e aparentemente não retribuído.

É um mal inherente a todos os paizes novos de população disseminada; porque não há continua diffusão e comunicação de ideas, nem exemplos em tal numero, que se não percam nas dilatadas regiões, que tem de percorrer, perdem as ideas a força no longo trajecto, como os corpos arremeçados ao ar a vão perdendo pela distancia vencida para mais longe do centro da terra, e pelo atrito atmospherico. O alvo muito afastado só pode ser levemente tocado por balas já frias e inoffensivas. Estas causas são, infelizmente, reaes.³¹

Outras causas que contribuíram para o mau desempenho do serviço vacínico são frutos da vastidão do território provincial, da dispersão da população e das longas distâncias entre os povoados. Para exemplificar a situação, em 1854 existia em toda a Província apenas um comissário vacinador e em 1865 eles eram em número de 27. Os problemas enfrentados pela vacinação não diziam respeito somente aos

³¹PARANÁ. Governo. 1866 (Leão). **Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao presidente o Illustrissimo e Excellentissimo Senhor Doutor Polidoro Cezar Burlamaque pelo vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão em 5 nov.1866.** Curityba, Typ.Lopes, 1867. p.12.

funcionários, merecendo destaque as condições da própria vacina. Constantemente, ocorria a falta de pús vacínico, o qual era enviado da Corte pelo Instituto Vacínico em **lâminas** ou em **tubos capilares**. As lâminas consistiam em pequenas superfícies de vidro, onde o vírus era colocado. Depois de seco, juntavam-se as lâminas, com cera, aos pares. Para conservá-las da ação da luz, eram enroladas numa lâmina de estanho, chumbo, bexiga de boi molhada, ou embrulhada em papel escuro simplesmente. Os tubos capilares de vidro eram, no entanto, os mais usados.

Estes pequenos tubos têm seis linhas comprimento e são capillares nas suas extremidades: para encher-os de virus, dão-se diferentes picadas nas pustulas, e chegam-se sucessivamente as gottas à extremidade a mais aguda destes tubos, em que o fluido se introduz em razão da capillaridade; quando falta uma linha para encher-os, fechão-se as duas aberturas aproximando-as de uma luz, e cobrem-se depois com lacre.

Para transportal-os sem perigo de quebrar, collocão-se em canudos de pennas cheios de farellos e fechados com cera. O fluido assim guardado conserva todas as propriedades por muitos mezes, e até annos. Para se o empregar, quebrão-se as duas extremidades do tubo, colloca-se uma sobre uma lamina de vidro, o fundo de um pires, de um calix, a unha do pollegar ou mesmo a lanceta, e outra sobre os labios, sopra-se brandamente e depois que se acha de todo esvasiado o tubo, inacula-se o virus.³²

³²PROPAGADOR dos conhecimentos úteis: 1836, n.3-4, p.59. In: ARAUJO, M.M.L. **Da vacinação e revaccinação**. Rio de Janeiro, Typ.Souza, 1874.

A falta de pús vacínico ocorria mesmo na iminência de uma epidemia, quando nem sempre os pedidos de remessa de lâminas eram atendidos, existindo uma grande demora entre o pedido e a entrega da vacina. Para solucionar o problema, fazia-se ocasionalmente o intercâmbio do fluído vacínico entre as províncias:

Ao vacinador provincial era enviada pelo Instituto Vacínico uma caixinha contendo pares de lâminas e tubos capillares com a vacina, às vezes de procedência inglesa, ocasionalmente acompanhavam tubos capillares vazios para serem usados na extração e conservação do pus vacínico empregado. Estas lâminas e tubos deveriam ser distribuídos pelas Câmaras dos diferentes pontos da Província.³³

Dada a fragilidade do pus vacínico, este freqüentemente se deteriorava, perdendo suas propriedades preservativas em consequência do calor e da umidade.

De modo geral, a vacinação era realizada aos domingos, após a missa. Em oito dias, as pessoas vacinadas deveriam voltar para a extração do fluído vacínico, o qual seria por sua vez aplicado em outras pessoas, de braço a braço, ou guardado em lâminas ou tubos de vidro adequados. Quanto aos locais de vacinação, sempre variaram entre a Câmara Municipal, a Enfermaria Militar, a Santa Casa de Misericórdia ou simplesmente a residência do vacinador.

³³DALLEDONE, M.T.A. **Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná** (1853-1889). Curitiba, 1980. p.280. Dissertação, Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

O desinteresse da população pelo serviço vacínico era notório, quer pela ignorância, quer pela descrença na proficiência do preservativo ou na capacidade dos profissionais. Uma exceção era feita aos estrangeiros, que acorriam com maior solicitude ao serviço vacínico. A população só recorria com maior intensidade ao serviço médico em épocas de crise epidêmica. Essa procura quase cessava após a superação da crise, embora a vacinação fosse um serviço gratuito para a população.

Assim como o serviço de vacinação era organizado pelo Estado em caráter permanente, durante os períodos de manifestações epidêmicas o governo mantinha as **comissões sanitárias** que tinham por atributo a manutenção dos cordões sanitários ou cordões de isolamento e, quando necessário, as quarentenas e os hospitais provisórios. Os **cordões sanitários** consistiam no isolamento da população afetada, em relação à população sã. Assim, tratava-se de colocar uma linha mais ou menos reforçada e considerável de homens vigilantes, dia e noite, quase sempre soldados, para evitar o contágio. Entretanto, diante desta medida, duas dificuldades se levantavam: uma referente ao efetivo isolamento da população, com isenção do contato entre os indivíduos; outra com respeito ao suborno a que eram submetidos os guardas, mesmo estando passíveis a penas como o **fuzilamento**.

Havia também a sugestão da construção de trincheiras com fossos para separar as duas populações. Mas concluiu-se

que se tratava de medida ineficaz, ratificada pelo Congresso de Viena, em 1873.

Quanto às **quarentenas**, estas eram definidas a nível internacional (Congresso de Viena de 1873 e Conferência Sanitária Internacional de Roma, de 1886), como:

Quarentena, segundo os mais notaveis loimographos, são medidas prophylaticas de isolamento ou sequestração impostas às pessoas e objectos que directa ou indirectamente, estiveram em contacto com objectos, ou pessoas contaminadas, e podendo, por isso, transmittir uma affecção, ou contagiosa, de proveniencia exótica.

O systema quarentenario, além da sequestração dos individuos e objectos, consta de medidas concomittantes, sem duvida de maior alcance pratico; por exemplo, as desinfeccões, por este motivo bem disse o Professor Leon Colin, que o vocabulo técnico **quarentena** hoje exprime a serie de medidas restrictivas destinadas a impedir a marcha de uma affecção epidemica ou contagiosa, e não a sequestração temporaria, como geralmente se crê.

As quarentenas óra são feitas (isto raras vezes) em lazaretos bem organizados, óra em logares nada confortaveis, porém isolados ou affastados dos centros mais ou menos populosos. Óra em pontões e em condições terriveis e não poucas vezes predisponentes do mal.³⁴

A princípio, a duração das quarentenas era, como o próprio nome indica, de quarenta dias. A medida foi sendo modificada em virtude da observação e do bom senso, bem como das exigências sociais e do comércio, passando para vinte dias, depois quinze e, finalmente, oito dias. A base para o

³⁴CAMINHOÁ, J. **Febre amarella**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1886. p.210-1.

período de isolamento passou a ser não mais a doença em si, mas o tempo de incubação. Dessa forma, aceitava-se que o tempo de incubação do cólera morbo fosse de cinco dias, da varíola seis e da febre amarela oito dias.

Tanto os cordões de isolamento quanto as quarentenas deveriam ser mantidos também no Serviço de Inspeção do Porto de Paranaguá. Esta Inspeção tinha como principal objetivo a **visita de saúde**, ou seja, a inspeção sanitária nos navios atracados no porto. O objetivo era impedir o desembarque de doentes suspeitos, com a finalidade de prevenir epidemias.

Os passageiros e tripulantes encontrados enfermos eram obrigados a cumprir a quarentena. Ela podia ser tanto a bordo, quanto no Lazareto da Ilha das Cobras, na baía de Paranaguá, destinado para esse fim.

Durante os períodos epidêmicos, de acordo com o artigo nº 24 do Decreto Imperial nº 268, de 29 de janeiro de 1843, todos os navios ficariam sujeitos à quarentena caso tivessem feito escala em portos contaminados, tanto nacionais como estrangeiros.

Em 1878, apesar do rigor das medidas, os casos de febre amarela aumentaram em Paranaguá, o que gerou descontentamento da população. Também havia insatisfações a respeito das quarentenas dos imigrantes, nas quais o médico Leocádio Corrêa via irregularidades. Diz ele:

As quarentenas para não serem injustas e odiosas devem recahir sobre todos, e si

esta medida vexatoria não pode alcançar a todos, não se deve atirar sobre alguns. Entendo que é uma grande injustiça deixar permanecer indefinidamente esses navios ahí. Desde que se dá livre pratica aos vapores, porque não se manda os navios continuarem a receber suas cargas, deixando os doentes no Lazareto?

Não é somente para as quarentenas, inconvenientemente acephalas, que chamarei a atenção de V. Ex^a muitas outras anormalidades e abusivos males convem, de vez, serem abolidos para garantia da saúde pública e privada tão antihumanitariamente discusada nos tempos que correm, sem que aquelles que mais directamente sobre ella velam possam oppor um firme paradeiro aos males consequentes que observam.

Refiro-me ao facto da recondução de enfermos de differentes localidades da provincia para este Hospital, exclusivamente maritimo, tendo já feito observar os danos que podem sobrevir, e tem resultado de tão arriscada pratica, prejudicial ainda á boa marcha do serviço publico, e em certa parcella social, quando a ser licita a sua applicação deveria sobre todos recahir sem sehnão alguma exclusiva, sem privilegio de côr ou classe.³⁵

Outra medida de grande importância, que competia às Comissões Sanitárias, era a instalação de **hospitais provisórios** e **lazaretos**. Esses hospitais funcionavam em precárias condições, nas casas e chácaras afastadas da população. Nelles, mantinha-se uma assistência médica mais constante, com medicamentos, pessoas treinadas para o atendimento e, sobretudo, observava-se rigorosamente o isolamento.

Em 1887, a população de Morretes foi vitimada pela varíola. O governo, como medida sanitária, determinou que

³⁵CORREA, L.J. Breve exposição do estado sanitário do Porto de Paranaguá durante o mês de fevereiro de 1878. In: OFFICIOS, 1878. v.6, p.79.

fossem organizadas acomodações para doentes em local apropriado. As medidas tomadas pelo presidente da Província Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho, em seu relatório, estavam assim especificadas:

A illustre comissão sanitaria de Morretes, composta dos Srs. presidente da Camara, Icilio Orlandini, juiz municipal Romulo, Anselmo Gonçalves Ribeiro, Ricardo de S. Dias Negrão e do delegado de policia Luiz Ventura Rodrigues, que fez executar as medidas preventivas, contribuiu effi- cazmente para o desaparecimento do mal epidemico. Perfeitamente accommodados os doentes e nada faltando para o seu regular tratamento, seguí as prescrições indicadas pela sciencia, sem que obtivesse resulta- do.

(...) Tanto o Lazareto como a chacara fo- ram cuidadosamente desinfectados e os en- fermeiros conservaram-se incommunicaveis por cinco dias.³⁶

A partir do momento em que a epidemia fosse declarada exxtinta, automaticamente o hospital seria desfeito. Como precaução, os colchões, roupas e outros tantos objetos eram queimados, a casa desinfectadas, e as pessoas responsáveis pelo atendimento direto dos enfermos permaneciam isoladas do restante da população por mais alguns dias, de acordo com a prescrição médica.

A todas essas medidas de caráter de urgência, que deveriam ser observadas durante os períodos epidêmicos, tanto

³⁶PARANÁ. Governo. 1887 (Faria Sobrinho). **Relatório apresentado a Assembleia Legislativa do Parana no dia 17 fev.1887 pelo presidente da Província o Exm. Snr. Dr. Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho.** Curitiba, Gazeta Paranaense, 1887. p.18-9.

pelos médicos e farmacêuticos, como pelas autoridades locais, deve-se somar uma série de outras medidas de caráter geral e permanente.

Foi no final do século XIX que as autoridades governamentais e municipais passaram com maior intensidade a repensar, a reorganizar e a normatizar os padrões de higiene pública, atacando incisivamente pontos tidos como essenciais, a partir da postura científica proposta pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tendo a Corte como modelo, as diversas municipalidades paranaenses apressaram-se em assimilar o modelo. Estes pontos **decisivos** e tão necessários referiam-se basicamente à questão das águas e detritos, da habitação e alimentação, dos cemitérios e urbanização, sempre relacionando a necessidade da higienização pública das cidades como meio de se evitar a doença, revelando na prática o saber científico da época.

Algumas dessas medidas de caráter geral podem ser observadas nas propostas da comissão sanitária de Antonina, sob a presidência de Antonio da Cruz:

(...) remoção do cemitério para fora da cidade, exames diários nos açougues, matadouros e casas que vendem generos alimentícios, esgotos em todos os pontos precisos, limpeza das ruas e casas, distribuindo-se cal à pobreza afim de caiarem suas habitações, queima de alcatrão pelas ruas, destruição de vidros de agua de sabarra que por aquellas casas em que havião enfermos, enterro dos corpos apenas os medicos verificavão a morte e outras medidas de reconhecida utilidade tem sido como bom exito postas em practica pela Comissão.³⁷

³⁷ROCHA, D. Correspondência. 6 abr.1870. In: OFFICIOS, v.10, p.26-7.

A questão dos cemitérios e sepultamentos sempre mereceu atenção especial por parte das autoridades, sobretudo nos períodos epidêmicos. No Paraná do século XIX, assim como em todo o Brasil, a população tinha por hábito sepultar seus mortos no interior das igrejas, capelas ou nos campos. Neste último caso, só quando de extrema necessidade, como durante uma epidemia, por determinação das autoridades, ou então quando o indivíduo falecia em lugar longínquo, incluindo também os não católicos. O sepultamento eclesiástico era realizado no interior da igreja: no pavimento, nas paredes, embaixo dos altares, o que constituía um privilégio dos católicos. Embora, desde 1801, houvesse uma Carta Régia proibindo a prática de sepultamentos nas igrejas, esta não foi cumprida.³⁸

Zacarias de Góes e Vasconcellos, no relatório presidencial de 1854, alerta para o assunto:

Antes da província os cadáveres eram sepultados no corpo da matriz, muitas vezes fragmentos de ossos humanos andavam dispersos aqui e ali.³⁹

Só com a ameaça da febre amarela no litoral paranaense, em 1850, é que as populações passaram a se preocupar com a organização de cemitérios, mais precisamente em Paranaguá, Antonina e Morretes. Com o governo provincial, essa idéia foi ratificada pelas Câmaras Municipais e pela população, em

³⁸SANTOS FILHO, p.272-3.

³⁹PARANÁ. Governo. 1854 (Vasconcellos).

vários pontos da Província. Era uma ação que visava, desde sua origem, à salubridade pública. A construção dos novos cemitérios era regulamentada pelo Ministro do Império, para garantir as condições sanitárias e higiênicas.

Mas esta foi, ao mesmo tempo, uma tarefa penosa e difícil para os cofres provinciais, pois a eles cabia a subvenção de tais construções. Com o passar dos anos e o consequente aumento populacional, tanto pelo crescimento natural, como pela imigração, a situação tendeu a se agravar.

Desde a sua localização até o seu funcionamento, o conhecimento médico procurou impor um projeto de cemitério ordenado, salubre e moralizante quanto à forma de sepultar. A neutralização dos efeitos mórbidos causados pelos cadáveres era o objetivo primordial do projeto, de tal modo que o cemitério não mais representava um local de perigo e adquiria uma função moral.

Em alguns casos houve relutância, tanto da população que não queria desfazer-se dos locais onde jaziam seus entes queridos, quanto dos párocos.

Quanto ao sepultamento de vítimas de epidemias, desde o Brasil Colonial havia determinações específicas referindo-se ao sepultamento. Este, segundo ordens das autoridades, deveria ser realizado em locais afastados da população. No caso de se tratar de doença pestilencial, ou seja, varíola, febre amarela, cólera e peste, o sepultamento deveria processar-se à noite, para prevenir o contágio.

No Paraná Provincial, a interferência nos regulamentos de sepultamentos objetivava a higiene preventiva. Com a prática, as medidas passaram a ser adotadas nas posturas municipais. A postura da Câmara Municipal de Ponta Grossa, no seu capítulo intitulado Cemitérios e Enterramentos, chama atenção para determinados pontos a serem observados:

Art.42 - Nenhum enterramento será feito, quer no cemitério publico, quer em particular do municipio, sem que sejam satisfeitas as prescripções do artigo 67 e 68 do regulamento de 25 de Abril de 1874, e nunca antes de passadas as 24 horas depois do fallecimento, salvo se o cadaver tiver entrado no cemitério em estado de decomposição, ou se o enterramento fôr ordenado pela autoridade competente, por motivo de epidemia ou contagio. O administrador ou coveiro, incorrerá na multa de 30\$000rs. ou de trinta dias de prisão.

Art.45 - Poderão abrir-se sepulturas em comum, em occasião de epidemias, devendo elas ter, pelo menos, nove palmos de profundidade e outros tantos de largura com o comprimento relativo ao numero de corpos que enterrar-se em um só dia. Os cadaveres serão lançados nas sepulturas ou vallas communs, de modo que possam de prompto ser fechadas ou cobertas, devendo antes receber uma camada de cal na razão de 1 kilogramma por cada corpo. O contraventor incorrerá na multa de 10\$ a 20\$000rs.⁴⁰

Nem sempre foi possível cumprir as determinações governamentais. Com a varíola de Paranaguá, em 1863, e o aumento da intensidade da epidemia, as autoridades médicas locais passam a preocupar-se com os enterramentos. Vários cadáveres de variolosos chegavam a ficar horas e horas inse-

⁴⁰Decreto n.771 de 24 dez.1883. In: PARANÁ. Leis, decretos, etc., 1883. v.30, p.112-3.

pultos no cemitério por falta de covas e de quem as fizesse, conforme denunciou o médico Alexandre Bousquet.⁴¹

Mas as preocupações com os sepultamentos de epidêmicos não era apenas da alçada da presidência, das Câmaras ou das Comissões Sanitárias. A própria Igreja interferiu muitas vezes nas determinações. Quando da epidemia de febre amarela, em 1870, em Antonina, o delegado de polícia Benedito da Cruz toma certas medidas quanto aos sepultamentos – determinadas pelo Vigário de Antonina. Entre essas medidas consta:

(...) que deixasse de mandar dobrar o sino na ocasião do sepultamento dos que faleciam, fazendo-se os enterros sem aparatos, por se acharem muitos doentes na cidade, o seu foi de pronto cumprido; recommendei que as sepulturas tivessem oito palmos de profundidade, e conservei um guarda policial no cemitério afim de fazer cumprir esta ordem.

(...) durante a epidemia, ordenei aos officiaes de carpinteiro que de noite não fizessem caixões para os cadaveres dentro da cidade, e que cumprissem indo fazel-os fóra em uma charara.⁴²

A interferência das autoridades eclesiásticas não se restringia aí. O vigário de Morretes, na epidemia de varíola de 1887, protestou contra o ato desumano de pessoas terem sido sepultadas num **quintal**.⁴³ A comissão sanitária alegou

⁴¹BOUSQUET, A. Correspondência. Paranaguá, 23 jul.1863. In: OFFICIOS, 1863. v.14, p.21.

⁴²CRUZ, B.A. Correspondência. Antonina, 30 jun.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.13, p.37-8.

⁴³MORRETES. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 18 jan.1887. n.13, p.3.

que os sepultamentos não foram feitos em tal localidade, mas em terrenos abertos e a grande distância do lugar onde faleceram. Tal procedimento fora aconselhado pelos médicos que ali estiveram e haviam determinado o não-deslocamento dos variolosos falecidos para fora da cidade, para evitar o percurso nas ruas da povoação, proibindo também o sepultamento em cemitérios públicos.⁴⁴

Tanto as comissões sanitárias, como os profissionais da saúde preocupavam-se em orientar a população sobre pontos específicos de higiene. O povo foi sempre conclamado a participar e colaborar nas medidas higiênicas, exaltando a iniciativa particular, o sentimento de patriotismo e abnegação. Os documentos oficiais afirmavam que as condições de salubridade pública dependiam diretamente da saúde individual e do bom senso.

Neste particular, o primeiro alvo de higienização foi a casa, que deveria ser desinfetada através da **caiação**. Durante o século XIX, a cal sempre foi considerada um desinfetante ativo, atuando nas impurezas da atmosfera. Deveria ser utilizada no preparo da tinta para a pintura das casas. Por vezes, recomendava-se que fosse dissolvida em água e lançada ao chão. Cabia ao próprio governo a distribuição da cal gratuitamente às populações pobres. Em casos de necessidade, esse produto poderia ser substituído pela água fenicada ou até mesmo pelas fogueiras de alcatrão que objetivavam a purificação do ar.

⁴⁴PARANÁ. Governo. 1887 (Faria Sobrinho), p.21-2.

Nas casas, dever-se-ia atentar para a limpeza dos quintais, obrigando-se a carpi-los, bem como a retirar o lixo, águas paradas, lama, porcos, gado vacum e cavalari.

Quanto à limpeza das ruas e praças, havia determinada postura municipal que a regulamentava:

RUAS E PRAÇAS:
LIMPEZA, IRRIGAÇÃO E ARBORIZAÇÃO.

Art.1º Os moradores da cidade são obrigados a ter limpas igualmente e carpidas as testadas de suas casas e chacaras ate o meio da rua ou estrada, e bem assim as velhas correspondentes.

Art.2º Os moradores das praças são obrigados a ter limpas as testadas das casas até quatro metros para o centro e as valletas correspondentes.

Art.3º Igual obrigação é imposta aos proprietários ou locatarios de terrenos murados ou apenas cercados, estejam ou não aproveitados.

Art.4º O serviço de limpeza das ruas e praças, será feito ao menos uma vez por semana, no inverno até as 9 horas da manhã e no verão até as 7 horas; devendo ser imediatamente recolhidos os residuos e depois transportados para o lugar que foi designado pela camara municipal. O serviço da capinação será feito quando assim o exigir o estado das ruas e valletas; devendo o fiscal intimar os moradores, logo que julgar conveniente.

Art.5º Os negociantes, industriais e outros quaesquer individuos que tiverem parados ás portas de seus estabelecimentos ou casa de residencia, tropas, carroças ou carros, no serviço de carga ou descarga, ou outro qualquer, são obrigados a fazer remover immediatamente o feno ou as immundices provenientes desse facto.

Art.8º No tempo secco os moradores farão irrigar as testadas das casas até o meio da rua e até quatro metros para o centro nas praças.⁴⁵

⁴⁵GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 30 jun.1883. n.38, p.2.

Outro cuidado importante referia-se à água, pois na Província do Paraná a população era abastecida de água através de dois sistemas principais. O primeiro, de cunho particular, consistia na construção e conservação de poços em propriedades privadas. O segundo competia ao Estado e dizia respeito aos chafarizes públicos. O Estado ocupava-se também da conservação e manutenção da canalização dos rios. Neste caso, para cuidar das fontes e logradouros públicos, criou-se a **polícia das fontes**. Tratava-se de fiscais incumbidos de zelar pelo controle, funcionamento e asseio dos chafarizes. Através do Decreto Provincial nº 44, de 18 de março de 1858, foram especificadas as atribuições da **polícia das fontes**, além das posturas determinadas à população.

Art. 115 - É proibido lavar roupa e qualquer outro objeto dentro dos muros da fonte chamada-de-beber onde se acham as torneiras. Ao contraventor multa de 4 mil réis.

É porem permittido lavar roupa dentro do tanque que para esse effeito foi construido.

Art. 116 - É prohibido introducir cavallos nos ádros dos chafarizes. Ao contraventor multa de 4 mil réis.

Art. 117 - A criança que for à fonte encher d'água as pipas ficará prostada no logar designado pelo fiscal, e será cheia a barris. Ao contraventor multa de 4 mil réis.

Art. 119 - Dentro dos tanques das fontes e de outros, construídos pela camara ou por particulares para lavagem de roupa e outros objetos do uso domestico, ninguem poderá lavar nem dar de beber a animaes. Ao contraventor multa de 6 mil réis.⁴⁶

⁴⁶Decreto n.44 de 18 mar.1858: capítulo IX, Polícia das fontes. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 24 nov.1858. n.68, p.61.

Nem sempre essas medidas foram cumpridas, sendo mesmo denunciadas pela população:

Dizem que os despojos da cadeia são feitos no rio do quintal da casa da repartição das terras publicas. A ser verdade, pedimos ao Sr. fiscal que proíba a continuação desse abuso, porque alem de ser desse rio que um grande numero de familias se serve para a lavagem da roupa, é reconhecidamente prejudicial à salubridade pública a prática de tais serviços tão perto das habitações.⁴⁷

Embora os chafarizes e fontes fossem da alçada governamental, ao longo do período estudado eles eram em número limitado. Basicamente, a população recorria aos rios e aos seus poços particulares. Para se ter idéia da situação, a Capital da Província, em 1878, de acordo com o relatório de Antonio Carlos de Carvalho e Albuquerque, contava apenas com dois chafarizes de água potável.

Uma das condições hygienicas de primeira necessidade em qualquer cidade é um volume d'agua sufficiente para os gastos da população. Felizmente temos grande abundancia della; entretanto, acho pouco o numero de fontes de agua potavel, pois que se houver uma secca as duas que aqui existem não chegarão para o consumo. Estas estão situadas: uma no largo do Conselheiro Zacarias e a outra em uma praça, que existe entre a rua do Riachuelo e a estrada da Graciosa.⁴⁸

⁴⁷ACEIO e salubridade pública. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 22 jun.1868. n.857, p.2.

⁴⁸ALBUQUERQUE, A.C.P.C. Saúde pública. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 18 dez.1878. n.1949, p.2-3.

Com a seca do ano seguinte e o contínuo aumento populacional da Capital, devido à chegada de imigrantes europeus, sentiu-se a necessidade de ampliar a rede de abastecimento de água potável da população. Nesse sentido, o governo determinou que estudos fossem feitos para um projeto de atendimento à rede de abastecimento de água. Na verdade, várias propostas se sucederam, como a de março de 1880, formulada pelo engenheiro Joaquim Rodrigues Antunes;⁴⁹ ou a de março de 1885, sob a responsabilidade do engenheiro civil Fernando Mattos;⁵⁰ ou ainda a nova concorrência aberta em edital de fevereiro de 1887.⁵¹ Mas nenhuma delas foi executada, ora por falta de verbas, ora por discordância com a Câmara Municipal. Assim, coube ao século XX solucionar tal questão.

Da mesma forma, o aproveitamento e a canalização dos rios faziam-se igualmente necessários, uma vez que os chafarizes existentes eram alimentados por olhos d'água que se viam tornando escassos. Segundo o presidente Adolpho Lamenha Lins, devia-se isso à destruição das matas nos arredores da cidade. Então, como solução, optou-se pelos rios. Estudos foram feitos sobre a possibilidade de aproveitamento do rio Barigüi e Belém, mas o projeto, orçado acima dos recursos dos

⁴⁹PARANÁ. Governo. 1881 (Pedrosa). **Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná por ocasião da instalação da 2ª sessão da 14ª legislatura no dia 16 fev.1881 pelo presidente da província o Exm. Snr. Dr. João José Pedrosa.** Curityba, Typ.Per-severança, 1881. p.97-8.

⁵⁰ABASTECIMENTO d'água. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 17 mar.1885. n.62, p.2.

⁵¹CORREIA, I.P. & SALDANHA, B.G. Editaes. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 14 fev.1887. n.36, p.3A.

cofres provinciais, mostrou-se inviável, sendo adiada a sua execução.⁵²

Se para a Capital provincial a situação era precária, nas outras localidades a situação não era muito diferente, pois competia às Câmaras Municipais tomar iniciativas para o abastecimento de água de suas populações. Entretanto, estas nem sempre tinham verbas para pôr em prática projetos tão vultosos.

Quanto aos esgotos, a situação era ainda mais precária, merecendo especial atenção dos higienistas.

As latrinas deveriam ser construídas de forma a permanecer hermeticamente fechadas e não simplesmente buracos no chão. A primeira grande crítica ao sistema de latrinas empregado na Província foi feita em 1878 por Antonio Carlos Pires de Carvalho. Dizia ele:

Não ha casa onde não exista pelo menos uma. Nella fazem o despejo durante annos e pelo que anteriormente já expendemos, dá logar esse costume a molestias provenientes da putrefacção das materias fecaes que se tornam fôcos de miasmas. Quantos pés cúbicos de miasmas (se por ventura se os pudesse medir) não despenderiam esses fôcos, disseminados de casa em casa, durante um certo espaço de tempo? A essas causas de miasmas devemos acrescentar as esterqueiras, que, formadas de substancias organicas de toda a classe em decomposição, devem para as necessidades da agricultura ser permittidas

⁵²PARANÁ. Governo. 1877 (Lins). **Relatório apresentado a Assembleia Legislativa do Paraná no dia 15 fev.1877 pelo presidente da Província o Excellentissimo Senhor Doutor Adolpho Lamenha Lins.** Curityba, Typ.Lopes, 1877. p.138.

no campo, mas no centro da população é um erro grave, que inconscientemente comettem os que para terem plantas e fructos viçosos, compromettem a sua saúde e vida.⁵³

Como sugestão, o autor recomendava que tanto as matérias fecais, como as águas servidas, fossem retiradas diariamente das casas e levadas a grande distância; ou, então, que se valessem de desinfetantes apropriados nas latrinas e nos locais de despejo.

Só a partir de 1880, entretanto, o governo e a população se conscientizaram do problema, pois até então as fossas e os poços eram construídos sem método. Por sua vez, os dejetos eram lançados aos rios e matas, sem o mínimo cuidado higiênico.

Na Capital, a partir de 1883, a Câmara Municipal passou a regulamentar posturas para a construção e conservação de latrinas:

LATRINAS,

Art.1º É prohibido, dentro do quadro urbano o uso das fossas abertas nos quintaes ou em outro qualquer logar para deposito das materias fecaes.

Art.2º São igualmente prohibidos os canos destinados ao esgoto das referidas materias para os pequenos rios que atravessam a cidade, ou para os banhados.⁵⁴

⁵³ALBUQUERQUE, A.C.P.C. Saúde pública. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 12 dez.1878. n.1948, p.3.

⁵⁴GOVERNO Provincial, p.2.

E em pouco tempo surge uma **Empresa Sanitária**, sob a direção de Carlos Westermann e Adolpho Lindmann, destinada à construção e limpeza de latrinas.⁵⁵ Esta empresa foi apoiada pelo governo provincial, mas não atendeu aos anseios da população, que reclamava incessantemente. Alegava-se que a empresa visava apenas aos lucros financeiros e não à salubridade pública; que o material utilizado não era impermeável, propiciando exalações pútridas, sem falar na presença de estranhos nas casas e em horas inoportunas. Alertavam ainda para as propriedades de colonos, onde as fossas eram abertas.⁵⁶ Em julho de 1888, a empresa sanitária de Carlos Westermann foi substituída pela do senhor Boaventura F. Clapp,⁵⁷ numa tentativa de melhoria do serviço de atendimento da população. Mas, na verdade, planos urbanísticos de maior âmbito só foram postos em prática de fato a partir da virada do século.

Outra questão provincial envolvendo **águas** referia-se aos pântanos e águas estagnadas ao redor dos centros urbanos, tão condenados pelos higienistas da época. Estes, além de prejudicarem a saúde pública, expunham a população aos **miasmas paludosos** e favoráveis ao surgimento de focos infecciosos e insalubres.

⁵⁵EMPRESA sanitaria. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 16 jun.1886. n.133, p.3.

⁵⁶EMPRESA sanitaria. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 22 jun.1887. n.112, p.2.

⁵⁷EMPRESA sanitaria. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 17 jul.1888. n.53, p.2.

Tratava-se de um assunto que preocupava tanto os médicos como as autoridades locais. Por isso, era um tema sempre constante nos relatórios médicos, ou para justificar a ocorrência de alguma epidemia ou apenas para alertar sobre problemas sanitários.

Como exemplo, há o relatório do doutor Murici, quando da possível chegada do cólera-morbo ao Paraná, alertando o governo:

O foco de miasmas, que se cria nos logares onde se desecção os pantanos, pela putrefação das lamas expostas aos ardentes raios do sol, torna-se quasi sempre mais funestos, do que pode ser conservação dos dictos pantanos. Ora, se a commissão tractando de dar esgôto às aguas estagnadas, tractar também de immediatamente aterrar esses logares com terra secca, e não esperar que o sol venha praticar esse serviço expondo assim a população aos riscos de tão grande fóco, de putridos miasmas, bem resolvera.⁵⁸

Ou, ainda, o relatório médico de Leocádio José Corrêa que, ao falar das condições sanitárias de Paranaguá, expõe:

Ninguém desconhece o importante papel que as condições atmosphericas representão em relação á hygiene, e a maxima influencia que exercem sobre o organismo humano, preparando-o para alterações morbificas (...).

A cidade de Paranaguá, edificada a margem esquerda do Ityberé, está situada poucos grãos abaixo do tropico, na zona temperada do polo antartico. O leito desse rio tão obstruido se acha em toda a extensão que margeia a cidade, que a baixa das marés, deixando completamente á descoberto uma extensa planicie de lama infecta, faz com que uma exhalação pessima se desprenda de todo esse meio, tornando-se sensível quer de dia, quer sobretudo á noite, a ponto de não se poder, sem prejuiso. (sic)

⁵⁸MURICI, J.C. Correspondência. Curityba, 26 set.1855. In: OFFICIOS, 1855. v.7, p.177.

A praia, que se estende por toda a frente da cidade, nessa mesma margem, ressentese dos mesmos inconvenientes de baixa mar, e acha-se em um estado de deploravel falta de aceio pela esterqueira e imundicie, que n'ella impunemente e adlibitum são atiradas. A margem direita é formada por mangaes, hoje destruídos, os quaes, expostos aos raios solares, concorrem em grande escala para completar o quadro das fermentações putridas.

Em toda a sua porção posterior é a cidade cercada por um charcal enorme, cujas emanações evidentemente não podem ser salutarres (...).⁵⁹

Já nos primeiros anos da Província, a presidência tratou de, através de decretos, tomar providências mais efetivas quanto ao esgotamento de pântanos e de águas infectadas. Tais decretos advertiam sobre o procedimento nesses casos, e exigiam o pagamento de multas e até mesmo previam a prisão de quem conservasse águas estagnadas na cidade ou cobrisse as valetas que davam vazão às águas do vizinho, etc.⁶⁰

Contudo, tais ameaças e preocupações nem sempre atingiam seu objetivo, quer por desleixo da população, quer por falta de autoridades sanitárias. Ao longo do período em curso, várias propostas e soluções foram aventadas no sentido de melhorar a salubridade pública, através da eliminação dos charcos, pântanos e lamas. Entre estes esforços, destaca-se

⁵⁹CORREA, L.J. Relatório do estado sanitário da Província do Paraná durante os annos de 1875 a 1876 apresentado a S.Exã o Snr. Presidente Dr. Adolpho Lamenna Lins pelo Dr. Leocádio José Correa, I. de Saúde do Porto. Paranaguá, 21 jan.1977. In: OFFICIOS, 1877. v.2, p.161.

⁶⁰PARANÁ. Leis, decretos, etc. Decreto n.44 de 18 mar.1858. **Dezenove de Dezembro**, Curityba, 3 nov.1858. n.62, p.1-2.

a solução encontrada em Curitiba, onde o extenso charco em que se alargava o rio Belém foi transformado em **Passeio Público**, reservando-se o local para o lazer da população.

De mais com esse aformoseamento lucrou imediata e immensamente a hygiene publica, substituindo, como ficou, um foco de infecção, um centro de miasmas pestilenciais por logradouro, o mais apropriado possível á saúde geral, pela condensação de vegetação, e escoamento rápido, bem dirigido e regular das aguas.⁶¹

Ao tratar dos pântanos, os higienistas abordavam indiretamente o problema do ar, que era afetado pelas exalações pútridas de miasmas. Na verdade, a análise do ar era bem mais ampla, conduzindo à tematização de outras causas de doença, pois ele só implicava morbidade ou mortalidade quando suas qualidades eram alteradas. Normalmente sadio, o ar só pode tornar-se nocivo pela ação do meio natural e mesmo social.

Merecia atenção especial das autoridades ligadas à saúde não só água, esgotos, pântanos e ar, mas, sobretudo, o item referente à alimentação da população, que deveria ser muito escrupulosa. Entendia-se a vitalidade e o desenvolvimento orgânico como associados intimamente à qualidade da alimentação, acarretando ou não **desordens funcionais**.

⁶¹PARANÁ. Governo. 1886 (Taunay). **Exposição com que S.Ex^a o Sr. Dr. Alfredo d'Escragnolle Taunay passou a administração da Província do Paraná ao Exm^o Snr. Dr. Joaquim de Almeida Faria Sobrinho, 1^o vice-presidente, a 3 maio 1886.** Curitiba, Gazeta Paranaense, 1886. p.81.

Os conselhos médicos previam uma série de cuidados, indo desde a escolha rigorosa dos produtos, até o controle dos comerciantes, impedidos de explorar a população mais carente, na venda de alimentos que não fossem de boa qualidade. Esses conselhos eram mais freqüentes, alertando a população para abster-se do consumo de frutas em excesso, pois a disenteria e o cólera-morbo esporádico eram atribuídos ao seu consumo exagerado.

3.4 SAÚDE & ESTADO

A postura governamental diante da saúde provincial foi a de ativar mecanismos e serviços de prevenção e cura das doenças que atingiram a população. Isso se evidenciava melhor durante os períodos epidêmicos, já que as iniciativas particulares eram precárias e pouco representativas, apesar de existirem.

O governo seguia determinações imperiais de âmbito nacional, cujo saber científico tinha respaldo na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. No entanto, a realidade provincial não comportava a aplicação teórica na íntegra, quer por falta de recursos humanos, quer por falta de recursos materiais.

Assim, a questão da saúde enquanto **negócio de Estado** não pôde cumprir a sua função, uma vez que trazia em seu bojo uma série muito grande de contradições, e o Estado era inca-

paz de manter ou bancar as determinações legais, vendo-se obrigado a conviver com as práticas populares.

Não se deve esquecer que foi o século XIX, com o seu conhecimento científico e as suas práticas de controle do quadro sanitário, que deu condições concretas para a execução da **medicina preventiva**, com uma maior ênfase no século seguinte.

Nessa relação saber-prática, além das implicações governamentais, administrativas e científicas, vinham à tona muitas questões relativas ao campo social e cultural.

E os períodos de crise, que correspondem mais especificamente aqui aos períodos epidêmicos, traduziram-se num momento estratégico para a avaliação das propostas de saúde em seus múltiplos aspectos.

4 DOENÇAS EPIDÊMICAS NO PARANÁ PROVINCIAL

Muitos dos agentes infecciosos que atingem o homem atual existem desde tempos remotos e evoluíram ao longo do tempo. Conseqüentemente, as doenças sempre constituíram um dos fatores de regulação demográfica. Nesse sentido, merecem destaque as doenças transmissíveis que se manifestam tanto de forma crônica, conhecida como **endêmica**, como de forma esporádica, propagando-se rapidamente, conhecida como **epidêmica**, ou, ainda, na sua forma **pandêmica**, em que uma devastadora epidemia atinge grande área geográfica e populacional.

4.1 ENDEMIA & EPIDEMIA

De maneira geral, as doenças endêmicas têm evolução lenta e contínua. Em razão disso, afetam o potencial biológico de uma sociedade de maneira profunda e durável, trazendo problemas de ordem teórica e prática para os estudos demográficos, porque a apreciação da importância social de diversas doenças endêmicas não pode ser feita antes de sua erradicação, o que leva a uma reflexão histórica. Exemplo disso

é o caso da tuberculose, das afecções gripais, da esquistosomose e tantas outras.

Quanto às epidemias, estas aparecem como um traço estrutural da demografia, que, segundo Biraben, consegue alterar o comportamento demográfico das populações.

A discussão das epidemias sempre mereceu grande atenção dos estudiosos. Não se trata apenas do interesse em conhecer o fenômeno epidemiológico como um fim em si mesmo, embora este seja necessário para uma perfeita compreensão do que ocorreu efetivamente, mas da evolução desse fenômeno através dos séculos.

O conjunto das doenças crônicas e endêmicas ocasiona maior paralisação de atividades, de enfermidades e mesmo de mortes do que as grandes epidemias. Entretanto sua ação contínua e sazonal entra para o sistema regulador das populações como elemento fundamental na tábua de mortalidade, sendo um dos objetos de interesse da história demográfica.

Já a eclosão de uma epidemia marca um ponto particular situado fora da curva normal de mortalidade. Por outro lado, se o mal é endêmico, ele se integra na distribuição normal. Há necessidade de se analisar melhor os complexos epidêmicos, na sua cronologia, extensão e natureza, para conhecer o papel das crises de mortalidade na dinâmica das populações.

As noções de endemia e epidemia não podem ser tão claramente separadas. Uma dada doença, a princípio tida como epidêmica pela população, pode tornar-se endêmica na região

onde ocasionalmente venham a surgir surtos epidêmicos. Exemplo disso é a malária no Brasil, que, em determinadas regiões, embora endêmica, apresenta picos de freqüência registradores de epidemias.

Conforme sugerem os estudos, ocorre freqüentemente um intervalo de tempo variável entre duas epidemias, durante o qual a doença parece ter desaparecido. Esse é o caso da febre tifóide, causada pelo bacilo tífico **Salmonela typhis**, a qual, sobre um fundo endêmico permanente, pode ocorrer periodicamente em surtos epidêmicos mais ou menos significativos. O mesmo ocorre com outras afecções que tendem a reaparecer em intervalos variáveis, como as diarréias, os surtos gripais e outros. São justamente estas formas endemo-epidêmicas que estão, por vezes, ligadas diretamente a questões sazonais e às relações de contágios. Enquadra-se neste modelo a febre tifóide, que foi endêmica em quase todos os países ocidentais, nas cidades e no meio rural, até meados do século XIX. Os homens conviveram com ela, associada a muitas outras febres intestinais, pulmonares ou eruptivas. Desta forma, dentro de um quadro cíclico e sazonal, a febre tifóide prevaleceu sobre a população, na sua roupagem epidêmica.

Uma doença necessita de certas condições para difundir-se entre os homens na forma epidêmica:

(...) é preciso que os indivíduos sejam receptivos num número bastante grande; o germe deve existir (bactéria, vírus ou protozoário) e viver num 'reservatório' (o homem, um animal ou o solo); por fim, no caso em que a doença não é diretamente trans-

missível de homem para homem, é necessário um cúmplice, um agente de transmissão, que pode ser um alimento, um insecto picador, etc.¹

Caso um dos fatores citados se altere, a epidemia se modifica de maneira sensível, podendo até desaparecer. Neste sentido, a ciência atual sabe que determinadas infecções que atingiram o homem no passado já não existem. Uma das doenças contagiosas que desapareceu foi a varíola: trata-se de uma primeira ocorrência natural, anunciada pela Organização Mundial de Saúde, em 1980. Seu desaparecimento foi iniciado com a descoberta da vacina Jenneriana e, a partir disso, houve um esforço planejado e elaborado, com o intuito de romper certas condições de contágio através de campanhas específicas ou permanentes de vacinação.

O homem sempre almejou a erradicação das doenças. Para isso, vem tentando alterar, ou impedir, as condições necessárias para o desenvolvimento do ciclo da doença ou a ocorrência de epidemias. Nesse contexto, insere-se a invenção das vacinas, que nada mais são do que a criação de anticorpos específicos no organismo humano. Com base no sucesso obtido contra a varíola, pesquisa-se ainda hoje a criação de um grande número de vacinas contra as doenças contagiosas como o tifo, a febre amarela, a tuberculose, o cólera, a rubéola, a raiva, a poliomielite, etc. Conseqüentemente, mais

¹SOURNIA, J.C. & RUFFIE, J. **As epidemias na história do homem.** São Paulo, Martins Fontes, 1986. p.171.

um componente se insere no conhecimento químico-farmacológico onde uma certa doença, que corresponde a um certo micróbio, pode ser prevenida pela vacina correspondente. Com estas investigações, conseguiu-se atingir um domínio médico mais amplo e de confirmação verificável, proporcionando uma imunidade terapêutica específica.

Para que uma epidemia seja evitada, sabe-se que a população não precisa ser vacinada na sua totalidade. No caso da varíola, a sua difusão é bloqueada se 40% da população não for receptiva, e não se espalha se essa proporção atingir 60%. Assim, com esses índices, a concentração demográfica é insuficiente para assegurar um contágio efetivo. Todavia, surge um problema: na realidade, nem todas as pessoas ficam imunizadas com a vacina. Desta forma, para atingir a casa dos 60%, é necessário vacinar pelo menos 80 a 90% da população. Isso obriga a uma conscientização da mesma e à mobilização de grande número de responsáveis pelos programas de vacinação, aumentando consideravelmente os custos.

Já foi dito, anteriormente, que para ocorrer uma epidemia, torna-se necessário ter um organismo doente. Isso implica uma dupla condição: de um lado, há o corpo e, de outro, um germe ou vírus patogênico, acarretando desequilíbrio no organismo e desencadeando a doença. Nesse caso, só quando as condições ecológicas do agente causador do mal deixarem de ser preenchidas, ele se transformará, podendo deixar de ser nocivo. Quanto a isso, há ainda uma terceira hipótese viável: a de que as doenças desconhecidas hoje possam apare-

cer, desde que satisfeitas as condições ecológicas, gerando novos inimigos.

O mecanismo de contágio, embora não tenha sido comprovado cientificamente, foi observado pelos antepassados. Tal fato pode ser atestado pelas medidas preventivas que eram praticadas visando a prevenir o contato, ainda que empiricamente: utilização de água potável, criação de esgotos para evitar as febres tifóides, o cólera e as diarréias. Cuidou-se, igualmente, da destruição dos cortiços para evitar a tuberculose. Princípios básicos de asseio corporal eram exigidos, entre os quais se contam: a limpeza das casas, das roupas, a utilização de inseticidas contra pulgas, piolhos, mosquitos e tantos outros insetos vetores. Neste contexto de prevenção do contato entre pessoas sãs e doentes apareceram as quarentenas.

Para Foucault, a quarentena, enquanto estratégia político-médica, consistia, num primeiro momento, em excluir o indivíduo doente da sociedade; tratava-se de purificar o espaço urbano. Num segundo momento, a quarentena passou a consistir na disposição dos indivíduos, lado a lado, isolados, individualizados e vigiados. O internamento e o esquadramento do espaço consistiam em visão coincidente com certa fase da medicina social.²

²FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.88-9.

4.1.1 Incertezas do contágio

As populações sofreram no passado o malefício do contágio, sem, contudo, compreendê-lo. Sabia-se apenas que para haver ocorrência epidêmica seria necessário não apenas um indivíduo biologicamente receptivo, mas também o contágio. Esses sinistros caprichos da doença que as populações progressas conheceram, passando ora pela euforia do seu desaparecimento, ora pelo agravante de seu retorno, não se consegue explicar de maneira coerente, pois as fontes históricas disponíveis apresentam lacunas consideráveis e, do ponto de vista médico, não satisfazem as regras da epidemiologia moderna.

Impedir a propagação era tarefa difícil e, muitas vezes, as populações atingidas eram incapazes disso. Práticas comuns como a incineração dos objetos pertencentes ao doente (roupas, colchões, travesseiros), o uso de enxofre ou pólvora, as terapêuticas propostas aos doentes, como sangrias, regimes alimentares mais extravagantes, ou ainda remédios de aspecto nauseabundo, não os tornavam menos contagiosos, nem confirmavam as tênues possibilidades de cura.

Em princípio, sabe-se que existem diferentes padrões tanto de difusão quanto de causa da doença. Portanto, elas podem ser analisadas sob certos aspectos: primeiro, através da disseminação que pode ocorrer de maneira direta (homem a homem) e indireta (via vetor ou objetos contaminados). Segundo, através dos padrões e das condições de saúde da popula-

ção. Entretanto, deve-se ressaltar que cada época oferece certas noções sobre os mecanismos de difusão da doença.

A noção de contágio ao longo da história encontrou **explicações**, ora pertinentes, ora aberrantes, levando a comportamentos correspondentes. Nem sempre se conseguiu esclarecer perfeitamente os diversos fluxos e refluxos das moléstias contagiosas. Aliás, ainda hoje, isso ocorre em relação a certas doenças. Para responder a estas questões, o homem recorreu a várias alternativas, desde a magia até a associação de doenças à presença de chuvas ou à chegada de algum visitante. Aparecia assim a tentativa de relacionar uma situação incomum com a manifestação epidêmica.

No Paraná Provincial, o nível de explicações não ia muito além. Vários exemplos se somam, na tentativa de justificar o aparecimento de doenças. É o caso, em 1870, do subdelegado de Antonina, Joaquim da Cruz, que demonstrava a manifestação de uma **febre assustadora**, pela ocorrência de chuvas torrenciais no litoral. Nesse caso, tratava-se da febre amarela. O carbúnculo era atribuído ao calor excessivo. A coqueluche estava vinculada às mudanças bruscas de temperatura, aos ventos constantes. Já a gastralgia tinha como justificativa causas diversas: o temperamento nervoso, a vida sedentária, os trabalhos intelectuais, os abalos morais, os pesares, as emoções vivas, as vigílias prolongadas, a falta de alimentação, as hemorragias abundantes e as intempéries, entre outras. São questões sem dúvida interessantes, mas que dificilmente justificariam doenças infecto-contagiosas.

Quanto à relação da doença com fatores atmosféricos, pode-se rever o comentário do padre Valentim Extancel, no século XVIII, sobre a febre amarela, em Pernambuco. Segundo ele, em decorrência de um eclipse da lua, de um eclipse do sol e ainda graças a conjunções planetárias, ocorreram predisposição ao ar contagioso por razões manifestas ou causas ocultas. Da conjunção desses fatores, resultaram doenças, se não em todo o planeta, ao menos em algumas regiões. Também em um de seus relatórios médicos, Alexandre Bousquet, durante a epidemia de varíola em 1863, em Paranaguá, associa o seu reaparecimento aos efeitos da influência lunar, nos seguintes termos:

Tenho constatado a realidade da grande influencia lunar sobre as epidemias; já em Hespanha, quando medico do hospital central de cholericos, em Sevilha, tinha notado a recrudescencia da molestia, coincidindo com certas phases da lua; - em Portugal, no Porto, como medico do hospital de variolicos, em Massarellos, convenci-me ainda da veracidade d'esse phenômeno; - Aqui enfim, há 11 mezes que constantemente reaparece a variola com certas phases da lua, depois de ter quasi cessado anteriormente. Essa opinião minha, aliás partilhada por Nab Webster, phisico Americano; pelo Doutor Schurrer, em cuja obra, tão notavel achão-se citados: Joubert, Chenot e Jacksos, como partidarios d'essa incontestavel influencia lunar.³

³BOUSQUET, S. Relatório médico: Paranaguá, 16-mar. até 31 dez.1863. Paranaguá, 2 jan.1864. In: OFFICIOS, collecção da correspondência recebida pelos presidentes da Província do Paraná, 1864. v.1, p.66.

Alguns autores no século XIX explicavam o aparecimento da febre amarela a bordo de navios pela influência do sol dos trópicos, que propiciaria emanações de matérias orgânicas acumuladas no fundo dos navios. Também associavam-na à própria natureza do madeiramento de construção e a certos carregamentos, como o sal, o açúcar, as peles e outros. Por isso, concluíram que o miasma da febre amarela, tendo origem nos focos terrestres, podia concentrar-se em navios, aí desenvolvendo-se em épocas variadas.

Outros autores atribuíam a febre amarela às emanações fétidas e aos miasmas paludosos. Este conceito regrediu efetivamente no Brasil a partir da última década do século XIX, quando sua origem foi atribuída a um vírus gerado pela picada de um mosquito vetor **Aedys aegypti**.

Assim, os mecanismos de propagação da doença permaneceram imprecisos por muito tempo. Se, atualmente, há distinção entre os conceitos de infecção e contágio, até princípios do século XIX isso não ocorria.

Segundo Hipócrates, em seu raciocínio lógico, um grupo de homens doentes de uma moléstia deveria ter em comum o ar que respirava, a alimentação que consumia, bem como a água que bebia. No entanto, nessa assertiva lógica existem falhas, uma vez que os doentes podiam partilhar os perdigotos, as pulgas, os piolhos, os mosquitos, as roupas e outros mais.⁴

⁴SOURNIA.

No período estudado, os autores definiam infecção, contágio, moléstia infecto-contagiosa e virulenta da seguinte forma:

- **Infecção** (do latim, infectio, onis) significava a corrupção do ar. Seria o modo pelo qual o ar viciado determinava ou propagava qualquer moléstia proveniente de um foco de emanções ou de miasmas. A qualidade do ar não interviria, de maneira alguma, na elaboração destas moléstias e os doentes não as transmitiam a outros. Como exemplo deste quadro, aparecia a febre palustre.

- **Contágio** era defendido, na rigorosa acepção do termo, como o modo de propagação, direta ou indireta, de certas moléstias do indivíduo doente ou são. O contágio aconteceria graças a um vírus, ou a um produto mórbido transmissível e elaborado no hospedeiro, podendo ser um parasita ou micróbio. Como exemplo, era citada a varíola.

- **Virulenta** referia-se à moléstia contagiosa em particular, cujo princípio ou germen era elaborado pelo hospedeiro doente, que só se transmitia pelo contato **direto** do indivíduo, de objetos contendo o vírus, ou pela inoculação deste. Os exemplos dados: a sífilis, a hidrofobia e a pústula maligna.

- **Infecto-contagiosa** era a expressão referente ao modo pelo qual certas espécies nosológicas se transmitiam. Ora

por contágio direto, ora por contágio indireto ou ainda por infecção. No hospedeiro infectado acontecia a elaboração de gêrmens que se conservavam vivos na atmosfera ou nas águas e se reproduziam no hospedeiro são, onde penetravam. Os exemplos eram a febre amarela e o cólera-morbo.

Apesar disso, os autores não eram unânimes. Alguns defendiam a febre amarela como sendo uma doença infecto-contagiosa; outros, no entanto, defendiam idéias opostas, sustentando o não contágio.

O argumento dos defensores da hipótese do contágio fundamentava-se, sobretudo, nos fatos relativos à importação da febre amarela para lugares onde naturalmente ela não existia, e cujo desenvolvimento se fazia, desde que navios procedentes de portos infectados chegassem a esses lugares. Havana, onde reinava a febre amarela, era citada como exemplo. De lá partiam navios para Barcelona, onde começou uma terrível epidemia em 1821. Outros casos somavam-se a este: no Rio de Janeiro não havia registro de epidemia; entretanto, com a chegada da barca americana **Navarre**, procedente da Bahia, a moléstia começou a manifestar-se em alguns marinheiros, estendendo-se a toda a cidade.

Os argumentos apresentados pelos que não concordam com a hipótese do contágio referem-se ao fato de que, mesmo em regiões onde grassava a doença, existiam lugares que eram verdadeiros santuários, livres da febre amarela. Baseavam seu argumento na epidemia de Barcelona, em 1821, quando muitos

indivíduos se mudaram dali para outros lugares, levando consigo o **gérmen** da moléstia, lá morrendo sem que ela se propagasse às demais pessoas.

Outras experiências que alguns médicos faziam para provar o não contágio eram deglutir voluntariamente o vômito negro, inocularem-se muitas vezes com o mesmo vômito, vestir roupas de doentes afetados e deitar em seus leitos, sem que lhes resultasse mal algum.

Mafra, na tese sobre febre amarela defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, afirmava que no século XIX

Os primeiros provão o contágio da moléstia pelo facto da importação, que sem dúvida alguma é authentic: os segundos não admitindo a importação appellão para a coincidência da chegada de um navio procedente de um porto suspeito a um lugar onde a moléstia se tem desenvolvido espontaneamente.

Ora, essa coincidência se reproduzindo em tão grande número de vezes, repugna ao espírito admittil-a.

Mas os segundos abordão ainda a questão de inoculação para provar o não contágio. Ora esse argumento não serve mais do que para mostrar que há indivíduos refractários à moléstia; dá-se com a febre amarella o mesmo que com a variola, sarampão, etc., moléstias reputadas contagiosas.⁵

Na verdade, questões concernentes ao contágio foram sempre grandes incógnitas, sobretudo quando os discursos médicos se apresentavam impotentes. Não é surpreendente o fato

⁵MAFRA, N. **Febre amarella**. Rio de Janeiro, Typ.Quirino, 1872. p.1-2.

de que navios tenham transportado inúmeras doenças de porto em porto, com o agravante das condições de viagem dos passageiros e de trabalho dos estivadores criarem condições passíveis de contágio.

Questões referentes ao contágio são muitas vezes de difícil resolução, mesmo mediante o progresso científico: como explicar, por exemplo, o fato de determinadas doenças alcançarem altos índices de mortalidade em determinadas localidades, enquanto em outras assumem um caráter benigno, ou fazem poucas vítimas?

4.1.2 População & território

Na segunda metade do século XIX, dois fatores assumiram papel preponderante na difusão das doenças contagiosas: o aumento populacional e a conseqüente expansão da ocupação territorial.

A ocupação efetiva do território paranaense ocorreu desde o século XVII e se fez de uma forma lenta e descontínua até meados do século XIX.

Por ocasião da emancipação política do Paraná, o primeiro presidente da Província fez um levantamento da população, arrolando 62.258 habitantes. Tratava-se da primeira estatística demográfica da Província, assim distribuída:⁶

⁶PARANÁ. Governo. 1854 (Vasconcellos). *Relatório do Presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembléia Legislativa Provincial em 15 jul.1854.* Curityba, Typ.Lopes, 1854. p.24.

POPULAÇÃO DA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854

REGIÃO	TOTAL	%
LITORAL	19.442	31,2
Paranaguá	6.533	
Antonina	4.160	
Morretes	3.709	
Guaraqueçaba	3.476	
Guaratuba	1.564	
PLANALTO	42.816	68,8
Curitiba	6.791	
Castro	5.899	
Príncipe (Lapa)	5.406	
S. José dos Pinhais	4.660	
Campo Largo	3.690	
Ponta Grossa	3.033	
Guarapuava	2.520	
Votuverava	2.018	
Rio Negro	1.884	
Palmeira	1.818	
Iguaçu	1.652	
Tibagi	1.640	
Jaguariaíva	1.071	
Palmas	734	
TOTAL DA PROVÍNCIA	62.258	100,0

Torna-se difícil relacionar a população provincial dessa primeira estatística com o conjunto da população brasileira, pois os levantamentos demográficos efetuados em outras regiões não obedeciam aos mesmos critérios. No entanto, sabe-se que a população brasileira era de 7.677.800 habitan-

tes, representando o Paraná menos de 0,9% do total (IBGE).

Só em 1872 foi realizado o primeiro recenseamento geral do Brasil. Este recenseamento da população nacional encontrou 9.930.478 habitantes. Especificamente no Paraná existiam 126.722 habitantes, correspondentes a 1,3% do total.

A estatística oficial do Império foi considerada insuficiente por Pedrosa (1881), presidente da Província, e posteriormente revisada por Romário Martins (1937), por não incluir no total de habitantes os aproximadamente quatro mil imigrantes. De qualquer forma, este censo acusava um aumento de mais de 100% da população num intervalo de apenas dezoito anos. Tal crescimento populacional é inegável, mesmo levando em conta os possíveis erros ocorridos.⁷

Para o ano de 1880, José Pedrosa calculou a população paranaense com base no relatório de Zacarias de Gões e Vasconcellos, na razão de 4% de crescimento anual. Assim, se em 1854 a população era de 62.258 habitantes, agora seria de 179.512 habitantes, desde que se incluísse o número de dez mil imigrantes.⁸

Em 1890, quando foi realizado um novo recenseamento geral no Brasil, a população do Paraná contava com 249.491 habitantes, isto é, 1,7% do total do país, que era de 14.333.915 habitantes. A população do Estado, com tais dados, repetia

⁷MARTINS, R. **História do Paraná**. Curitiba, Ed.Guaíra, s.d. p.305.

⁸PEDROSA, População da província. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 5 mar.1881. n.2120, p.2.

quase o mesmo crescimento registrado em igual período anterior, isto é, de 1872 a 1890, quando houve um aumento de 97%, conforme está especificado a seguir:

POPULAÇÃO DO PARANÁ - 1872-1890

MUNICÍPIOS	1872	%	1890	%
LITORAL	22.455	17,7	33.571	13,3
Paranaguá	11.299		11.794	
Antonina	4.795		7.739	
Morretes	4.423		5.978	
Guaraqueçaba	-		5.417	
Guaratuba	1.938		2.643	
PLANALTO	93.707	74,0	219.087	86,7
Curitiba	11.730		24.553	
Príncipe (Lapa)	7.632		17.122	
São José dos Pinhais	10.179		17.122	
Rio Negro	4.729		13.638	
Guarapuava	7.613		12.547	
Campo Largo	6.338		12.539	
Tibagi	-		11.622	
Castro	18.777		10.319	
Palmeira	5.669		8.189	
Palmas	-		7.068	
Cerro Azul	-		6.588	
Votuverava	7.105		6.343	
Conchas	-		6.034	
São João do Triunfo	-		5.789	
São José da Boa Vista	-		5.562	
Imbituva	-		5.411	
Arraial Queimado (Bocaiúva)	4.541		5.304	
Piraí	-		5.202	
Ponta Grossa	7.768		4.774	
Assungui	-		4.684	
Jaguariaíva	-		4.302	
Glicério (Campina Grande)	-		3.640	
Tomazina	-		3.215	
Iguaçu (Araucária)	-		3.045	
Colombo	-		2.853	
Entre Rios	-		2.711	
Tamandaré	-		2.664	
União da Vitória	-		2.533	
Deodoro	-		1.911	
Porto de Cima	1.626		1.803	
ESCRAVOS	10.560		-	
TOTAL GERAL	126.722		249.491	

Censos Demográficos (IBGE).

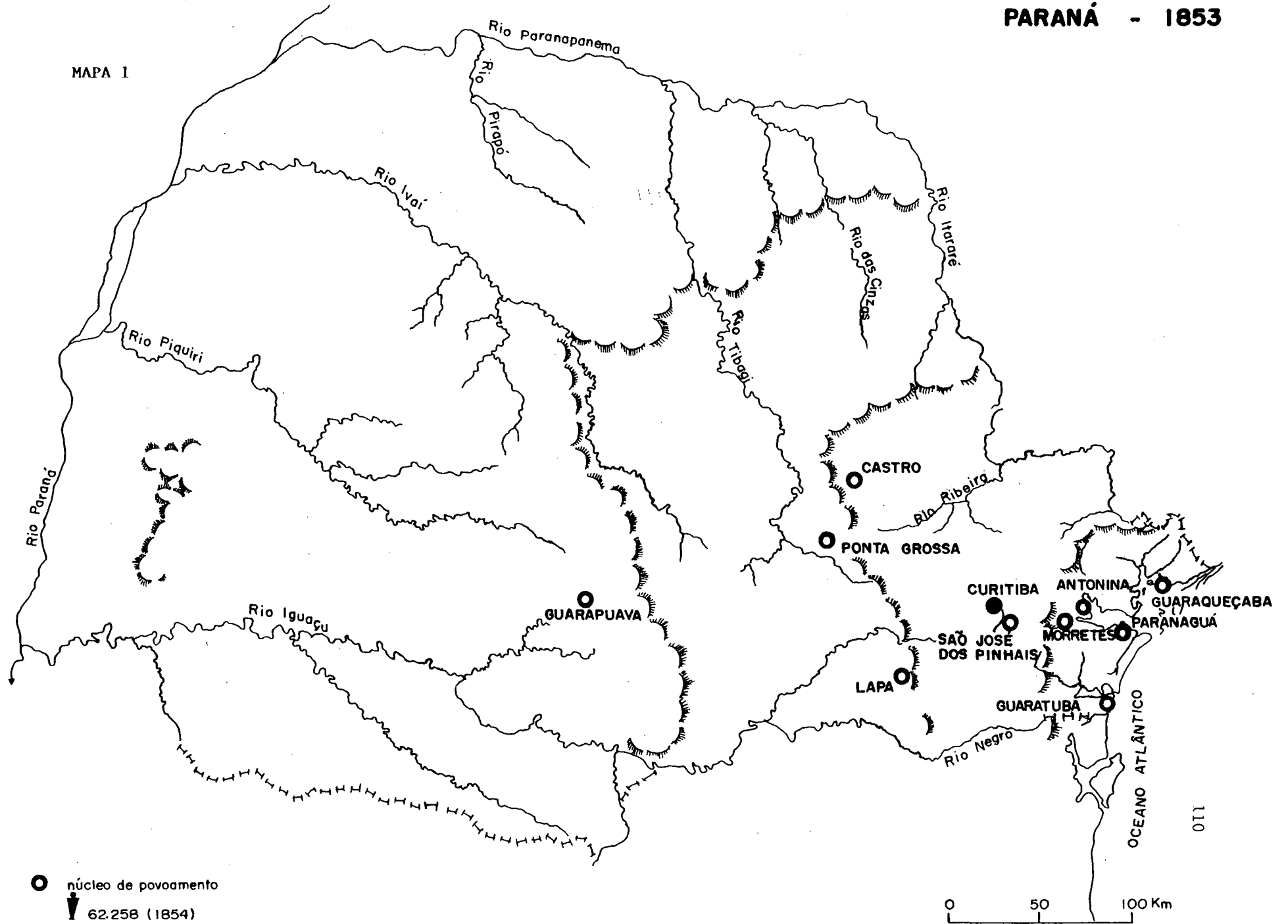
O estudo evolutivo da população paranaense nos recenseamentos mencionados retrata um ritmo de crescimento contínuo. Este aumento populacional apresenta-se de maneira especial nas regiões do planalto. Isso pode ser explicado não só em função da ocupação territorial em si, nem apenas como decorrência das atividades econômicas. A solução está em associar a esses dois fatores a grande participação que teve o imigrante para o contínuo aumento demográfico. As correntes imigratórias aconteceram em decorrência da escassez de mão-de-obra, acelerada com a Abolição, e foram atraídas, entre outras coisas, pelo clima dessa região que em muito se assemelhava ao da Europa. Contudo, com o aumento e mesmo incremento da imigração européia no final do século XIX, houve um aumento de ocorrências epidêmicas. Isso se deve não só ao aumento da população, e ao deslocamento desses imigrantes em diferentes áreas do Paraná, como também por sua baixa imunidade a algumas doenças tropicais, gerando variados surtos epidêmicos. Da mesma forma, a população nativa não havia adquirido imunidade às afecções européias, situação que propiciou novamente condições ao surgimento de doenças.

Jayme Reis, referindo-se aos imigrantes, comenta:

(...) Baldos de recursos, abatidos no moral, por se verem foragidos, peregrinando de cidade em cidade, atravessando centros populosos, que são focos de mil entidades morbidas transmissíveis, viajando longinquas terras, quasi sem agasalho, prisioneiros por muitos dias na prôa de um navio, sem abrigo, são victimas sacrificadas à dura sorte que os persegue.

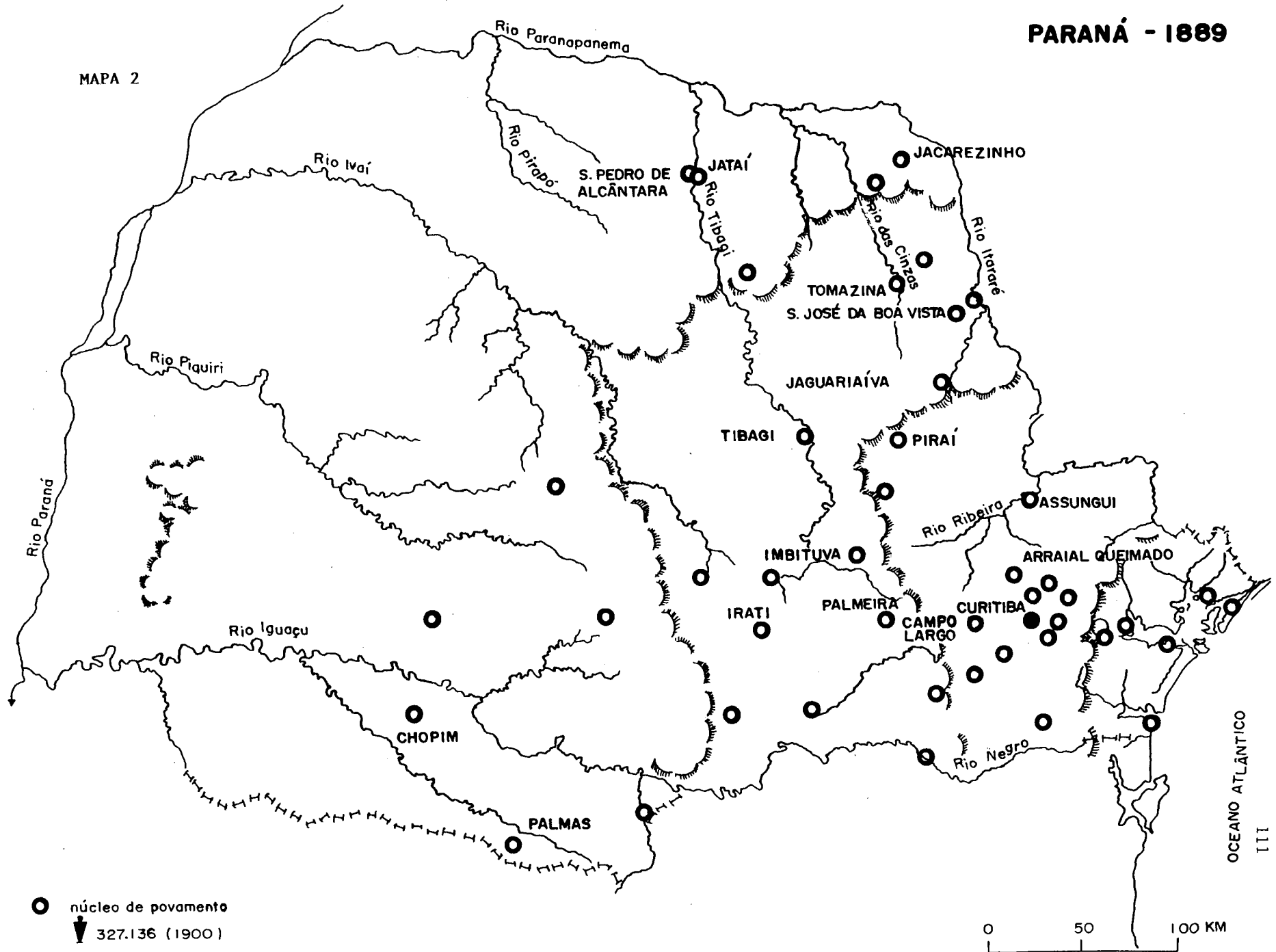
PARANÁ - 1853

MAPA 1



PARANÁ - 1889

MAPA 2



Não são elles os culpados de se tornarem precursores de epidemias, porque estas, antes de chegarem a nós, já espalharam nas suas famílias, a desolação, a morte.⁹

Quanto à ocupação territorial, ela pode ser observada nos mapas I e II, os quais, quando comparados, retratam a expansão que se efetivou no Paraná Provincial.

Paralelamente à expansão territorial, ocorreu o crescimento demográfico. Esse processo foi incrementado nas últimas décadas do período estudado, coincidentemente com a entrada de contingente imigrante na Província do Paraná.

4.1.3 Geografia médica provincial

Da mesma forma que os homens escolhem seus diferentes **habitats**, as doenças desencadeiam-se nos organismos desde que existam condições predisponentes. A partir disso, a cada país, região ou sociedade, corresponde um quadro patogênico diferente. A doença não abandona o país que atacou, mas estabelece-se aí fixamente e permanece endêmica. A morbidade e mortalidade tornam-se latentes até que uma nova incidência provoque uma epidemia.

Na análise da documentação consultada, pesando-se o quadro da geografia médica provincial, é observável uma acentuada diferença a nível regional. A grande desfavorecida era

⁹REIS, J.D. **Das principaes endemias e epidemias de Curityba.** Rio de Janeiro, Typ.Ribeiro Macedo, 1898. p.166.

a faixa litorânea, em relação às regiões serranas. Isso se refletiu diretamente nos registros de óbitos, nem sempre implicando uma maior concentração demográfica:

A verdade é que apesar de ser muito maior e mais populosa a parte da Província que fica aquém da serra, contudo, dos mappas estatísticos mensaes, que prestão os vigários sobre a mortalidade, se vê que as localidades da marinha, ou litoral entrão n'elles com um terço e as vezes mais de metade, da totalidade do número de obitos.¹⁰

Dentre as localidades do litoral, o porto de Paranaguá era extremamente desprovido de assistência. Além disso, sua localização geográfica, a presença de pântanos e o movimento do porto concorriam para que fosse um dos centros mórvidos mais ativos do litoral. Conseqüentemente, sempre foi uma constante nessa cidade a incidência de febres e moléstias paludosas, febres intermitentes, úlceras, anemias, cancros, **cachexia paludosa**, sífilis, tuberculose e reumatismo. Leocádio Corrêa, médico do porto de Paranaguá, em um relatório anual (1875), comenta, textualmente, o quadro nosológico da cidade:

As pneumonias, pleuresias e bronchites não deixarão também de mostrar-se e uma affecção que muito concorreo para augmentar a cifra obituário foi a tísica pulmonar que nestes ultimos tempos tem se desenvolvido em grande escala nesta cidade, onde muitos são os affectados e outros predispostos para esse mal.

¹⁰MURICI, J.C.S. **Relatório sobre o estado sanitário da Província - 1854-61.** Curityba, 19 dez.1861. In: OFFICIOS, 1861. v.22, p.6.

Depois destas molestias só me resta fallar das endêmicas da localidade: a opulação e a leucorrhêa nas mulheres.

A primeira attacando indifferentemente quer um quer outro sexo e todas as idades é mais comum nos sitios, onde rara é a família que não apresente o typo caracteristico do mal; a segunda, conhecida vulgarmente pelo nome de flores brancas affecta, pôde dizer-se, geralmente as mulheres da cidade, quer as dos arrabaldes.¹¹

Este quadro inicial pode ser comparado através dos mapas do movimento do seu único hospital permanente: a Santa Casa de Misericórdia, de Paranaguá. A análise do mapa referente ao ano de 1879 mostra que das cento e cinqüenta entradas, vinte provocaram óbito, o que representa um aumento de 12% em relação ao ano anterior, com um índice de cento e vinte e três e 17%, respectivamente. As doenças de maior frequência foram: a caquexia paludosa, a sífilis, as úlceras, os problemas respiratórios e reumáticos. A faixa etária mais atingida estava entre vinte e quarenta anos, correspondendo a 56% do total de internamentos. O sexo masculino foi o mais vulnerável e, dentre as ocupações, foram os lavradores, os serviços domésticos, os trabalhadores e os marítimos os mais afetados.¹²

¹¹CORRÊA, L.J. Relatório do estado sanitário da Província do Paraná durante os annos de 1875 e 1876 apresentado a S.Ex^a o Snr. Presidente Dr. Adolpho Lamenna Lins pelo Dr. Leocádio Correa I. de Saúde do Porto. Paranaguá, 21 jan.1877. In: OFFICIOS, 1877. v.2, p.167-8.

¹²CORRÊA, L.J. Relatório do estado sanitário da Província do Paraná durante o anno de 1879 apresentado à S.Ex^a o Senr. Presidente da Província Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas Filho pelo Inspector de Saude Dr. Leocádio José Corrêa. Paranaguá, 10 jan.1880. In: OFFICIOS, 1880. v.25, p.15-35. (Ver Anexo 2.)

Quanto a Antonina, outra localidade litorânea, situada na baía de Paranaguá, que se constituía num porto de menor movimento, bem como Guaratuba, situada mais ao sul, na baía de mesmo nome, a situação nosológica não se alterava em relação a Paranaguá, embora tivessem a seu favor o fato de serem municípios mais isolados, com menor movimento e menor volume de embarcações nos seus portos, além de diminuta população. Como exemplo, no primeiro semestre de 1878, o quadro de mortalidade em Guaratuba foi de 42 óbitos, figurando como a principal **causa mortis** as diversas febres. Deve-se ainda considerar que neste ano ali também se manifestou a febre amarela, que, no entanto, não foi mencionada.¹³

Referindo-se às febres, Leocádio Corrêa comenta, reafirmando tratar-se de:

Lugar eminentemente paludoso não podião deixar as febres específicas de representar importante papel no terreno da nosologia annual, sob as formas diversas de sua manifestação aguda. A expressão chronica do impaludismo, em virtude das mesmas causas é também grandemente observada, sobretudo na população dos sítios, a qual, sujeita à condições pessimas de alimentação, modus vivendi, e sem attenção aos preceitos da hygiene, em grande e maior escala concorre já para o quadro pathologico, já para o incremento do algarismo obtuário.¹⁴

No litoral, cabe ainda falar das vilas de Morretes e Porto de Cima que, embora não localizadas à beira-mar, dista-

¹³CORRÊA, 1879, p.15-35.

¹⁴CORRÊA, 1879, p.15-35.

vam poucos quilômetros de Paranaguá. Elas compartilhavam basicamente os mesmos problemas encontrados no litoral. Entretanto, era também expressivo o número de febres intermitentes, perniciosas, tifóides, paludosas; afecções gastro-intestinais, bronquites e tísica pulmonar. O obituário de Morretes, em 1879, serve de ilustração, onde Monteiro comenta que, além da febre tífica e da disenteria, tornaram-se frequentes as oftalmias e a inflamação das vias respiratórias. As principais indicações de **causa mortis** aí registradas referiam-se a febres perniciosas, tifóides, diarréia e tísica pulmonar. As crianças eram as maiores vítimas, sobretudo nos primeiros anos de vida. Mesmo assim, a mortalidade de 161 registros diminuiu muito em relação ao ano anterior, que alcançara a casa dos 324 óbitos.¹⁵

Ao falar da região serrana, não se pode esquecer o clima extremamente salubre, tido por muitos autores como o responsável pelas melhores condições de vida e de proteção contra grande número de doenças que se manifestavam na Província. Nas palavras de Saint-Hilaire:

Curitiba e suas cercanias não são menos saudáveis que os Campos Gerais; as doenças são ali quase desconhecidas em pelo menos em certa época, não eram raros os casos de longevidade. Entretanto, a vizinhança das serras faz com que a temperatura seja mais inconstante que nos Campos Gerais; as geadas são mais fortes e o calor mais acentuado.¹⁶

¹⁵CORRÊA, 1879, p.15-35.

¹⁶SAINT-HILAIRE, S. *Viagem à comarca de Curitiba*, 1820. São Paulo, Nacional, 1964. p.118.

Entre as regiões do planalto, merece destaque a cidade de Curitiba que, embora favorecida pelo seu clima e por sua localização, apresenta um quadro nosológico complexo. Este é justificado por doutor Murici, que leva em consideração vários fatores, como: presença de pântanos ao redor da cidade; preceitos higiênicos não cumpridos; esgotamentos das águas servidas, nas ruas, levando à formação de lamaçal; estado do calçamento das ruas e da construção das casas. Além disso, certos hábitos da população podiam acarretar condições favoráveis à instalação de doenças, quando associados às alterações de temperatura e/ou climáticas. Nesse pormenor, insere-se o hábito de tomar mate ou chimarrão quente, tão comum na população da época. Continua Saint-Hilaire em seu relato:

(...) ter-se-ia reconhecido as causas do aparecimento da falta de dentes, das bronchites, pneumonias, pleurises, asthmas, hydropesias e principalmente dos rheumatismos que são mui communs, e que se aggravão pela acumulação de outra causa, que as torna mais terríveis, qual a syphilis, que aqui abunda.¹⁷

O citado comentário pode ser comparado ao obituário de 1883, para os meses de abril, maio e junho, ocasião em que faleceram 43 pessoas. Os doutores Caldas, Pires de Carvalho, Amaral, Trajano e Valle foram responsáveis pelo levantamento das doenças, registrando:

¹⁷MURICI, Relatório ..., p.3.

do aparelho respiratório	13
dos intestinos	16
paralisia	2
meningite	2
encefalite	1
perniciosa	1
tétano	1
hipoemia	1
febre tífica	1
anasarca	1
alienação mental	1
escorbuto	1
fraqueza congênita	1 ¹⁸

Quanto aos Campos Gerais, era na região de Ponta Grossa que freqüentemente se manifestavam as pneumonias, pleuritis e pleuro-pneumonias, inflamação gastro-intestinal, reumatismo articular, exantemas sudorais, além da bronquite, doenças assim justificadas por Leocádio Corrêa:

Durante o inverno, quando a população procura aquecer-se aos brasidos, as oppressões bruscas das transpiração em consequencia da mudança de uma atmosphera quente para outra fria e humida, explicão a frequencia da bronchite.¹⁹

Nas localidades de Castro, Palmeira, Lapa e Guarapuaiva, a situação era equivalente à de Ponta Grossa. Durante o inverno, acontecia um aumento dos problemas respiratórios, como as bronquites, catarros e pleuritis, enquanto, no verão, manifestavam-se as afecções gástricas.

Quanto à Lapa, Santos Lima comenta o quadro:

¹⁸OBITUÁRIO. **Dezenove de Dezembro.** Curitiba, 23 nov.1883. n.77, p.3.

¹⁹CORRÊA, 1875 e 1876, p.172.

Não garanto sua fidelidade na parte relativa às causas de morte por que 179 dos fallecidos não tendo sido tratados por profissionais mas por curandeiros ignorantes que em grande número infestão livremente este município, nenhum credito merecendo as declarações feitas perante o, escriptão do juizo de Páz, pelos parentes dos mortos. O povo deste município deposita cega confiança nos curandeiros e não recorrem aos profissionaes senão depois que os recursos d'aquelles se achão completamente esgotados.

É a este facto e não à insalubridade do clima que se deve attribuir a elevação da cifra da mortalidade.²⁰

Três anos depois, ou seja, em 1879, o mesmo doutor remete à presidência da Província o obituário, ressaltando que a mortalidade adulta era resultado de duas causas principais: as lesões orgânicas do coração e as cerebrais, sendo que nelas se incluem dezesseis casos de mortes tidas como **súbitas**.

Por outro lado, elevada mortalidade de crianças de um a dois anos deve-se à ocorrência de moléstias provenientes de má alimentação.

Embora haja diversidade regional quanto à freqüência e ao tipo dos quadros nosológicos, fica evidente que são as febres, em suas diversas manifestações, as responsáveis pelo maior número de vítimas na Província. Em seguida, vêm as moléstias do aparelho respiratório, como as bronquites, bronco-pneumonias, tuberculose, catarro, pneumonia, tísica, pleuri-

²⁰CORREIA, 1875 e 1876, p.175.

sia e pleuropneumonia, atribuídas principalmente à mudança brusca da temperatura e da umidade do ar.

4.1.4 Freqüência, extensão e medo

A conceituação das doenças (etiologia, diagnóstico, tratamento), assim como as medidas para evitá-las ou eliminá-las, são instrumentos importantes que permitem entender as diferentes interpretações sobre a relação entre saúde e doença num processo histórico. Tal processo foi analisado nesta pesquisa em relação a algumas doenças contagiosas, especificamente no Paraná do século XIX.

Para tal, foram considerados como base os seguintes critérios: freqüência, extensão e medo. Eles permitirão observar, inicialmente, a **freqüência**, o quadro nosológico paranaense em suas condições sanitárias regionais, a sazonalidade, bem como a inoperância das políticas de saúde. Através do segundo critério, **extensão**, será possível perceber os contatos e contágios, a desinformação quanto às causas das doenças, provocando em grande parte a ineficácia da prática médica. Finalmente, o **medo** permitirá perceber a relação entre conhecimento popular e conhecimento científico, as explicações populares para evitar o mal, o que gerava, muitas vezes, insegurança na população.

Valendo-se dos critérios, limitar-se-á o estudo àquelas doenças contagiosas que desempenharam um papel na história paranaense pela freqüência das suas epidemias, pela ex-

tensão territorial e número de vítimas, além do terror que causavam à população.

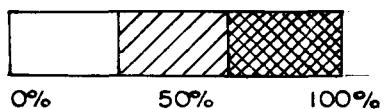
As doenças epidêmicas serão enfocadas, inicialmente, numa visão analítica, quando será examinado o desenvolvimento no tempo e no espaço em função das atitudes da população atingida. Cada doença será estudada separadamente. Para, num segundo momento, poder-se então analisar a dinâmica das doenças em seu conjunto, numa abordagem mais abrangente. Isso permitirá a reconstituição, ainda que preliminar, do quadro epidêmico-patológico do Paraná Provincial.

As manifestações epidêmicas mais representativas na Província do Paraná que serão aqui objeto de estudo, em relação aos critérios pré-estabelecidos, são as que se observam no quadro seguinte.

Considerando que a terminologia relativa às doenças contagiosas ainda hoje representa um problema para os especialistas, será utilizada, no presente estudo, aquela adotada no século XIX. Cabe também ressaltar que a **febre amarela** receberá tratamento especial, distinguindo-se das demais doenças analisadas, por haver, primeiramente, grande documentação a seu respeito e, segundo, por se tratar, a nível científico, de uma das doenças mais polêmicas do século XIX.

DOENÇAS EPIDÊMICAS QUE GRASSARAM NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1853-1889

DOENÇA EPIDÊMICA	FREQ.	EXTENSÃO	MEDO
CATARRO BRÔNQUICO			
COQUELUCHE			
ESCARLATINA			
FEBRE INTERMITENTE			
AFECÇÕES GASTRO INTESTINAIS			
FEBRE AMARELA			
FEBRE TIFÓIDE			
VARÍOLA			
DISENTERIA			
SARAMPO			
CARBÚNCULO			
CÓLERA			
FEBRE PUERPERAL			
FEBRE PERNICIOSA			
BERI-BERI			
SARNAS			
CAXUMBA			



4.2 QUADRO EPIDÊMICO-PATOLÓGICO DA POPULAÇÃO DO PARANÁ PROVINCIAL: ASPECTOS MÉDICOS E SURTOS EPIDÊMICOS

4.2.1 Febre amarela

Uma das **doenças** mais significativas no período estudado, não só pela sua frequência e extensão, como pelo receio que despertava, tanto entre os médicos como na população em geral, eram as febres.

As febres ou pirexias caracterizam-se pela elevação anormal da temperatura do corpo, indicando um estado mórbido. Elas constituíram, no passado, um intrincado capítulo da patologia médica, uma vez que a febre era tratada como a própria doença.

Observando-se que a febre se constitui num sintoma manifesto comumente num grande número de doenças, pode-se avaliar a complexidade de classificações, denominações e estudos criados a seu respeito. Isso provocou uma excessiva adjectivação, levando os cientistas a ignorarem sua etiologia. Nessa época, buscava-se descrevê-la e denominá-la segundo causas específicas, como: as reações decorrentes da manifestação febril no organismo, a relação da febre com o lugar e a época do ano em que ela se manifestava. Em outros procedimentos, levava-se em conta o tipo de população atingida. Assim, criaram-se as mais diversas teorias, como a de Cullen (1712-90), que classificava as febres da seguinte maneira:

(...) febres produzidas pelas emanções dos pântanos - cujos vapores gerariam as febres palustres - e febres produzidas pelas emanções do corpo humano - originadoras de febre amarela, febre tífica, febre lenta nervosa e outras mais.²¹

Tal classificação foi adotada no Brasil em fins do século XVIII e princípios do século XIX.

No entanto, havia divergência na classificação e denominação entre os próprios médicos, sobretudo entre aqueles que se preocupavam em usar uma terminologia comum para identificar as febres específicas do Brasil, em relação às classificações européias. Em seu trabalho **Do Diagnóstico e Tratamento das Diversas Formas de Febres Perniciosas que Reinão no Rio de Janeiro**, Carvalho Rocha procurou descrever as características sintomáticas, baseadas em fatos observados no próprio país, sem levar em conta a terminologia estrangeira. Ele justifica tal posição ao dizer que:

As condições climatericas e topographicas da nossa cidade, seguindo a lei geral admittida por todos, imprimem um cunho especial às diversas individualidades morbidas aqui observadas, especialmente àquellas que pertencem ao grupo das pyrexias. E si é verdade que **qualquer medico estrangeiro, por mais habil e instruido que seja, em presença de um doente accommettido por alguma das nossas febres ficará embaraçado para estabelecer o diagnostico e errará na escolha dos meios therapeuticos** outro tanto acontecerá a todo aquelle que, baseado em theorias e opiniões deduzidas de factos observados fóra do nosso paiz, quizer fi-

²¹SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo, Hucitec, 1977. v.1, p.166.

liar á esses mesmos factos os caracteres symptomatologicos especiaes das nossas pyrexias.²²

Na citação acima, é possível observar o valor dado à topografia e ao clima de uma dada região em sua relação com a saúde. Essas variáveis, segundo os médicos, influenciavam no desenvolvimento e no tipo de **febre**. Santos Filho, ao tratar deste assunto, afirma que:

muitas vezes no diagnostico, e na classificação, surgiam discussões e discordâncias dos profissionais, tal a variedade de febres então descritas. Mas num ponto concordavam todos: a terra e o clima imprimiriam às pirexias um caráter peculiaríssimo, próprio, transformando de modo sensível, geralmente para pior, a evolução, o aspecto e o prognóstico.²³

Outro problema encontrado, que dificulta a análise dos dados, diz respeito a uma superespecificação das doenças. Exemplo disso é a divisão entre febre gástrica dos climas quentes ou febre intermitente perniciososa, classificações comuns encontradas na documentação da época. Por outro lado, acontecia uma grande generalização, como, por exemplo, quando se observava no livro de registros do Cemitério Municipal de Curitiba, na segunda metade do século XIX, a **febre** como **causa mortis**.

²²ROCHA, F. *Do diagnóstico e tratamento das diversas formas de febres perniciosas que reinão no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Typ.Carioca, 1880. p.15-6.

²³SANTOS FILHO, p.166.

Os dois principais métodos de tratamento adotados na época consistiam na sangria e na purgação. A sangria era auxiliada pelas sanguessugas e ventosas, à venda nas principais boticas. Ilustra tal fato o seguinte anúncio do jornal **Dezenove de Dezembro** que circulava na Província do Paraná: "Bixas de Hamburgo na botica allemã de Augusto Stellfeld, largo da Matriz"²⁴.

Óleos, raízes e plantas medicinais, como a casca da quina, as folhas da erva-mate, a raiz da salsaparrilha entre outras plantas, eram usados como purgantes:

As pílulas Catharticas de Ayer.

O purgante mais eficaz até hoje conhecido.

Estas pilulas são puramente vegetaes, não tendo na sua composição nẽm mercurio nem outro ingrediente mineral; são inocentes para as crianças e pessoas mais delicadas, ao mesmo tempo que, compostas como são de vegetaes mui fortes, são bastante activas e eficazes para as pessoas mais robustas. Estas pilulas catharticas purgão e purificação todo systema humano sem mercurio.

(...)

As moléstias que estão ao seo alcance são, "Prizão de ventre Rheumatismo, Dõr de cabeça, A Nevralgia, Enxaqueca, Indigestão e mal de estomago, Hemorrhoidas, PADECIMENTOS DO FIGADO, Febre gastro hepatica, gastrite, afecções Biliosas Lombrigas, Erysipela, Hidropsia, surdez, cegueira parcial e Paralysis.

No almanak e Manual de Saude do Dr. Ayer, que se publica todos os annos para distribuição gratuita, encontra-se um tratado sobre as diversas doenças que estão ao alcance de REMEDIOS PURGANTES.

Acha-se em todas as Boticas e Drogarias do Imperio.²⁵

²⁴GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 19 set.1869. n.1024, p.4.

²⁵AS PILULAS Catharticas de Ayer. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 16 dez.1871. n.1260, p.4.

Os antitérmicos apareciam na forma de **Aguardente Prodigiosa de Miranda** ou as **Pildoras Holloway**, que eram consideradas poderosas em restabelecer e proteger o sistema humano, em libertá-lo das febres, da **influenza**, da congestão, das inflamações, das dores nevrálgicas e gotosas, enfim, um freio eficaz contra todas as enfermidades perigosas, procedentes da impureza do sangue.²⁶

As doenças eram, muitas vezes, associadas às **impurezas do sangue**. Desta forma, acompanhava a terapêutica uma dieta baseada no caldo de galinha, sendo uma curiosidade da época o fato de os frangos serem vendidos em boticas.

4.2.1.1 Definição

A febre amarela, desde a sua definição pelos vários autores, gerou polêmicas. Para tanto, basta comparar a definição de dois autores de correntes diferentes: a de Mafra e a de Caminhoá. O primeiro refere-se à febre amarela afirmando:

É uma pyrexia continua, própria dos climas quentes, onde reina endêmica ou epidemicamente e especialmente caracterizada por uma franca reacção febril, cor amarella do tegumento externo, hemorragias passivas, vomito preto e albuminuria, e post-mortem, pela degenerescencia gordurosa do fígado.²⁷

²⁶PILDORAS Holloway. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 19 out.1870. n.1136, p.4.

²⁷MAFRA, p.1-2.

Por sua vez, para o segundo autor, a febre amarela é definida como:

(...) uma pyrexia remittente grave, infecto, contagiosa, propria dos climas quentes caracterisada, principalmente pelo vomito negro e coloração amarella da pelles, e cuja causa é um parasita.²⁸

Há um ponto em que os autores concordavam: era uma doença própria de climas quentes, caracterizando-se pela cor amarela da pele e pela presença do vômito negro. No entanto, eles discordam com relação ao tipo de febre e à sua causa.

A febre amarela recebeu denominações variadíssimas, tanto na linguagem comum, como na científica. Denominações estas motivadas pelo lugar de origem, pelos sintomas predominantes, sua propriedade de atacar certas classes e profissões, sua semelhança com outras moléstias tratadas, citadas por médicos e historiadores antigos ou, simplesmente, relacionando-a a algum fato curioso.²⁹

Quanto à etiologia da febre amarela, no século XIX, encontra-se uma verdadeira lacuna nos estudos, por não haver um consenso:

Todas as impressões que auxiliam, ou contribuem de perto, ou de longe, directa, ou indirectamente, accidentalmente, ou por herança, para a perturbação das partes constituintes do corpo, devem ser consideradas **causas morbificas**, cujo estudo constitue a Etiologia (Bouchut).³⁰

²⁸CAMINHOÁ, J. **Febre amarella**. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1886. p.1.

²⁹Ver Anexo 3.

³⁰CAMINHOÁ, p.109.

Como conseqüência, as causas da febre amarela apontadas pelos especialistas nacionais e estrangeiros podiam ser divididas em:

1ª) causas determinantes - relativas ao clima, como o calor, a humidade, a topografia, entre outras;

2ª) causas predisponentes - relativas à não-aclimação, **etnias**, temperamento, constituição física do indivíduo, sexo, idade e profissão;

3ª) causas ocasionais - atribuídas aos excessos alcoólicos, indigestões, insolação, excessos venéreos, abatimentos morais e terror à doença.

Ainda no plano teórico, a febre amarela era explicada por diversas correntes que orientavam as teorias patogênicas. As mais aceitas no final do século XIX eram:

A - **Teoria parasitária:** admitia ser a febre amarela gerada por um parasita, de origem animal ou vegetal, que alterava os líquidos e tecidos do organismo.

B - **Teoria palustre:** era aceita por vários clínicos, que admitiam ser a febre amarela o grau mais elevado e grave do impaludismo.

C - **Hipóteses:** estas não tinham base verdadeiramente determinada; no entanto eram apresentadas por alguns médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Com isso percebe-se claramente não haver consenso no tocante à febre amarela.

É o caso da hipótese do **miasma específico**, aceita pelo doutor Barata Ribeiro em sua tese de 1877. Acreditava que o **miasma específico** referia-se aos **sporos** de que falava Pasteur.

A hipótese do **miasma typhico**, adotada pelo Barão de Lavradio, no Rio de Janeiro, deu muita importância aos esgotos como causa desta febre.

Outra hipótese diz respeito à **teoria do excitador epidêmico**, aceita por Paula Cândido, atribuindo duas causas à febre amarela: o excitador epidêmico e a matéria-prima.

Finalmente, a hipótese da **teoria inflamatória**, a qual abrangia todas as febres em geral. Esta explicação já não era aceita pelos especialistas no final do século XIX.

D - **Teoria do miasma - misto**: defendida pelo professor Torres Homem e pelo doutor Valladão, Barão de Petrópolis. Consideravam a moléstia como resultante da ação combinada de um miasma vegetal, ou seja, **palustre**, com outro de origem animal, ou **tífico**.

Nas palavras de Torres Homem, em observações clínicas sobre a febre amarela, transmitidas à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1873, justifica-se assim a teoria:

Parece que o **miasma da febre amarela é mixto** e complexo; para sua composição concorrem, de um lado, o **miasma paludoso**, de outro o **miasma typhico**; encerra, por conseguinte, um **elemento de origem vegetal**, e outro de **origem animal** a reunião destes dous elementos, predominando ora um, ora outro, vem a **influença marítima** imprimir

certa modificação que lhe dá um cunho especial; produzindo-se então um miasma, o do typho americano.

Eis em duas palavras a minha opinião a respeito desta parte tão obscura da história da moléstia de que me occupo: é uma **hypothese**, como qualquer outra, convenho, porem tem a seu favor o valioso auxilio que lhe prestam a marcha dos phenomenos morbidos, a natureza dos symptomas e a reconhecida vantagem de um certo número de agentes therapeuticos.³¹

Não era só quanto às questões teóricas que os especialistas divergiam. As discordâncias apareciam também em relação aos diversos períodos que caracterizavam a moléstia. Uns admitiam cinco e até mesmo seis períodos; outros, apenas quatro, não aceitando o período de incubação, nem o de terminação. A maioria apenas aceitava três períodos característicos por excluïrem o dos pródromos e, finalmente, um grupo admitia somente dois períodos.

Para uma melhor compreensão, abordar-se-ão os conceitos relativos à **sintomatologia** correspondente a tais períodos.

Por incubação entende-se o tempo decorrido entre o momento de absorção de um agente mórbido e o da manifestação dos primeiros sintomas da moléstia. É certo que em muitos casos, principalmente onde a importação pode ser verificada, pode-se determinar com exatidão o tempo de incubação desta doença. Porém, na maior parte das vezes e em particular nos lugares onde ela é endêmica, por ocasião da epidemia essa

³¹CAMINHOÁ, p.136.

tarefa é, se não impossível, ao menos difícil. Portanto, segundo Caminhoá, não se deve considerar a fase de incubação um período propriamente dito.

Os pródromos, de acordo com a patologia geral:

(...) São perturbações da saúde anteriores à moléstia propriamente dita, ou por outra, são phenomenos precursores de qualquer typo nosologico, os quaes começam no momento em que a saúde habitual apresenta modificações, e terminam quando a moléstia se manifesta.³²

Os pródromos da febre amarela formavam um quadro em que apareciam inapetência, insônia, algumas vezes mal-estar, ligeira cefalalgia frontal, com agravamento progressivo, constipação de ventre, calafrios e, raras vezes, vertigens. Tais fenômenos eram presentes em um quinto dos casos e podiam durar desde algumas horas, até dois dias.³³

Quanto aos períodos específicos da febre amarela, adotar-se-ão três convencionais que são descritos pela maioria dos professores da clínica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em fins do século XIX. Contudo, alguns professores, como Peçanha e Pellarin, não admitiam o chamado período de remissão ou segundo período. Sendo assim, a moléstia teria apenas dois períodos:

O 1º ou de **reacção geral**, que não tem localização mórbida apreciavel que atteste a perturbação que o veneno da febre amarela

³²CAMINHOÁ, p.156.

³³MAFRA, p.10.

em sua phase de actividade excitou no organismo.

O 2º, denominado de **localização**, que é constituído por perturbações locais, e tem por origem a afinidade electiva do mesmo veneneo para os diversos órgãos.³⁴

A febre amarela, como quase todas as moléstias, apresentava-se com formas clínicas variadas, de acordo com a predominância deste ou daquele sintoma. Quando apenas um sintoma predominava, consideravam-na de forma simples. Se mais sintomas predominassem, tinha-se a forma mista.

Somavam-se a isso causas diversas que podiam imprimir um cunho especial à febre, como influências meteorológicas, epidemias reinantes, além de outras exclusivamente individuais.³⁵

No Brasil, em cada epidemia de febre amarela parece ter havido o predomínio de uma ou de várias formas.

Geralmente, o **diagnóstico** desta febre não apresentava grande dificuldade, desde que seguisse sua marcha regular, isto é, percorrendo os três períodos descritos. No entanto, havia casos em que tal fato não se dava. O quadro era mascarado por alguns sintomas diferentes, tornando-se difícil o seu reconhecimento. Entre as doenças que mais se assemelhavam à febre em estudo, podia-se destacar a biliosa dos países quentes; a icterícia grave ou atrofia aguda do fígado; hepatite; as febres eruptivas e a tifóide biliosa.

³⁴CAMINHOÁ, p.153.

³⁵Ver Anexo 4.

O diagnóstico da febre amarela dependia de várias circunstâncias, mas, geralmente, era considerada moléstia grave, apresentando alguns sintomas considerados funestos, como:

A agitação desde o segundo dia, as hemorragias precoces: pelas picadas de sanguesugas com tinta negra e forma echymotica das picadas, as hemorragias passivas, o Cõma ou o delírio contínuos e muito pronunciados, são indícios de uma terminação fatal.³⁶

O tratamento dessa moléstia era assunto de grande atenção e importância, considerado pela literatura médica, a qual reclamava sérias investigações a respeito. Arrolavam-se, assim, vários tratamentos, de acordo com os períodos da moléstia, os sintomas específicos e com a conduta médica.

Dessa forma, o manual de medicina, de autoria de Chernoviz, utilizado na época, rezava:

Logo que a moléstia se declarar, é preciso provocar a transpiração. Para este fim, convém imediatamente recorrer a um suadouro: o doente tomará um pedilúvio com farinha de mostarda, beberá duas ou tres chécaras de chá de sabugueiro ou borragem, e envolverá o corpo com cobertores de lã. Depois de suar durante três ou quatro horas tomará 30 gramas de óleo de ricino, ou 8 gramas de magnésia calcinada. Há doentes que se dão bem com 5 a 10 centigramas de tártaro emético tomados n'uma chécara d'agua morna, para provocar os vomitos. Mas nas pessoas em que a moléstia principia pelos vômitos, um purgante é mais conveniente do que o vomitório. Para acalmar a sede, beberá o doente água fria, ou limonada de limão. Para mitigar as dôres de cabeça, é preciso applicar na testa pannos

³⁶MAFRA, p.25-6.

molhados em água fria misturada com vinagre. Este tratamento é suficiente quando a molestia se limita ao **primeiro período**.

No **segundo período** da moléstia, quando aparecem a cor amarella da pelle e a prostração, é preciso administrar o sulfato de quinina, segundo a seguinte receita:

Sulfato de quinina 10 pérolas
du DOR Clertan

Administra-se 1 pérola de 2 em duas horas.

Acabada toda esta dōse de sulfato de quinina administra-se a porção seguinte às colheres, uma colher **de sopa** de hora em hora:

Éther sulfurico 30 gotas

Água destilada de hortelã 120 grammas

Xarope de quina 30 grammas

Duas vezes por dia, administra-se o clyster seguinte:

Casca de quina rubra 8 grammas

Água 360 grammas

Ferva por meia hora, e cōe.

Appliquem-se sinapismos nas cadeiras, coxas e pernas.

Façam-se fricções pelo corpo com vinagre aromático.

Sustentem-se as forças com caldos de galinha ou carne de vacas, tomadas a miúdo, mas por pequenas porções. Dê-se também um pouco de vinho, e laranja para chupar.³⁷

Este era um dos tratamentos, porém havia também a preocupação com a prevenção, uma vez que a febre amarela era considerada uma doença infecto-contagiosa. Por isso, aconselhavam-se meios profiláticos indispensáveis, como os cordões sanitários e as quarentenas, além da vacinação.

A vacinação daquela época inspirava-se nas pesquisas de Jenner com a varíola, visto que se procuravam vacinas con-

³⁷CHERNOVIZ, P.L.N. **Diccionario de medicina popular.** Paris, A.Roger & F.Chernoviz, 1890. p.1090.

tra doenças contagiosas, como a sífilis, a peste, a raiva, o carbúnculo, o cólera e outras, através de culturas atenuadas.

Várias tentativas foram feitas com o intuito de se encontrar uma vacina contra a febre amarela. Uma delas foi a do veneno ofídico, tentada pelo médico Guilherme Lambert Humboldt, em Nova Orleans. Essa pesquisa teve como base o fato de um jovem que, picado por uma cobra, conviveu com um foco de infecção sem contrair a doença.

A partir de outro procedimento similar que consistia na inoculação do **cow-pox**, protegendo o homem contra a varíola, o cientista acreditou ser possível experimentar o veneno ofídico como prevenção da febre amarela.

Outra tentativa foi a da vacinação pela cultura atenuada do **Cryptococcus xanthogenicus**, criada e empregada pelo professor Freire, vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Tratava-se de produzir a moléstia em sua forma benigna, idêntica ou parecida com a febre amarela, a fim de preservar indivíduos inoculados.

Nas pessoas inoculadas, os sintomas observados duravam algumas horas a um ou dois dias, consistindo em ligeira elevação da temperatura, cefalalgia frontal, zumbido nos ouvidos e dores nas pernas. Em outros casos, ocorriam também manifestações de náuseas. Mas esta vacina era contestada por ser inoperante e não preservar o indivíduo da febre amarela.

Ainda houve outras tentativas infrutíferas de profilaxia, como a **inoculação pelo rocío**, ou seja, injetava-se nos

indivíduos são o líquido obtido pela condensação dos vapores de água, perto de um ou mais doentes de febre amarela; a **água do mar** – os pacientes ingeriam água do mar porque era crença que a febre amarela proviesse de um miasma marítimo. Alguns acrescentavam a esse líquido água doce e mesmo mace-ravam peixes podres, por entenderem que a febre provinha da morte desses animais na confluência das águas doces e sal-gadas.

Tendo por fundamento o que foi tratado até aqui sobre a febre amarela, pode-se salientar que, em fins do século XIX, não se sabia com exatidão a origem desse mal e, conseqüente-mente, como era transmitido e a melhor forma de combatê-lo. Discussões, teorias e hipóteses se multiplicavam. Contudo, pouca coisa de efetivo se firmava. Na verdade, apenas alguns raros médicos e cientistas dedicavam-se ao estudo específico da febre amarela. Tal afirmação pode ser constatada pelo fato de que, quando surgia a moléstia, um pequeno número de médicos encontrava-se em condições de diagnosticá-la com prontidão.

4.2.1.2 Febre amarela no Brasil

Quanto às primeiras incidências da febre amarela no Brasil, nada se encontra de concreto nos mais diversos auto-res.

A primeira notícia real de febre amarela no Brasil da-ta do final de 1658, estendendo-se por todo o ano seguinte em

Pernambuco (Recife e Olinda). Aí permaneceu em surtos periódicos, por vezes anuais, até 1695. Desapareceu somente após dez anos de flagelação e com um saldo de numerosas vítimas, entre as quais, padres jesuítas, oficiais e autoridades, como o próprio governador geral da Colônia.³⁸

Essa epidemia ficou conhecida pelo nome de **Bicha**, graças ao autor português Rocha Pitta,³⁹ que relacionava o aparecimento da doença com os eclipses do sol e com os prognósticos do Padre Valentim Extancel, pertencente à Companhia de Jesus, que atrelava o aparecimento do flagelo aos pecados dos habitantes de Pernambuco, como causa do mal:

Principiou este terrível contágio (Achaque contagioso da Bicha) em Pernambuco no anno de 1686, e devendo-se attribuir a causa do pestilente mal aos pecados dos moradores destas provincias, corruptos de vicios, e culpas graves, a que os provocava a liberdade e riqueza do Brazil, lhe indagavam origens diversas, não sendo a de menor reflexão umas barricas de carne, que voltaram em viagem da ilha de S. Thomé, e abertas por um tanoeiro, cahindo brevemente expirado; e logo umas pessoas de sua casa a quem communicava o contágio. Este se foi atendo ao Povo do Recife em tanto excesso, que morreram mais de 2.000 pessoas, número grande a respeito d'aquella povoação.⁴⁰

De acordo com esta citação, pode-se observar que se trata de uma epidemia mortífera para alguns autores, muito

³⁸ROSA, J.F. *Tratado unico da constituição pestilencial de Pernambuco*. Lisboa, 1694.

³⁹PITTA, R. *História da America Portuguesa desde o anno de 1500 de seu descobrimento, até o de 1724*. Lisboa, 1730.

⁴⁰CAMINHOÁ, p.31-2.

semelhante à febre amarela por ser contagiosa, variando de sintomas e duração, mas não produzindo amarelidão da pele, nem vômito negro. Se a causa não era confirmada, surgiam várias hipóteses. Havia quem a atribuísse às influências de um eclipse do sol, trazendo maus presságios, ou aos desígnios de Deus, punindo os pecados, os vícios e a corrupção, um verdadeiro castigo devido à liberdade moral e às riquezas. Outra causa seria o mal ter sido importado por uma nau proveniente da ilha de São Tomé, do Golfo da Guiné, na costa da África.

De acordo com o padre jesuíta Alexandre Perier, em seu trabalho **Desengano dos Pescadores** (Lisboa, 1735), no ano de 1686 chegou um navio a Pernambuco proveniente da costa da África que, durante a viagem, recebeu de um patacho holandês uns barris de carnes da Holanda que já tinham alguns anos. Ao abrir um destes barris, no porto de Recife, devido ao **fedor pestilencial** que se exalou, o indivíduo caiu morto no mesmo instante, e os circunstantes, dali a algumas horas. Depois esses fétidos vapores foram contaminando os ares, aos poucos. Deste modo surgiu a peste em Pernambuco, que se propagou à Bahia e finalmente a toda a costa do Brasil, não poupando nem sexo, nem condição, assolando a todos igualmente.⁴¹

Diante das evidências, concluiu-se que a nau procedente de São Tomé introduziu a doença no Brasil, não pelas

⁴¹SANTOS FILHO, p.170-1.

barricas de carnes, mas pelo desembarque de negros africanos infectados. Assim, a primeira epidemia é atribuída aos negros procedentes da África, embora alguns tentem mostrar que, na época, Recife ligava os portos da América do Norte e das Antilhas com o Sudoeste asiático e, neste caso, o mal poderia ter sido importado das Antilhas e não da África, como inicialmente se deduziu.

Os sintomas principais da doença descritos pelo doutor Ferreira da Rosa eram resumidamente os seguintes: intensas dores pelo corpo, quadris e pernas, febre contínua mais ou menos intensa, languidez às vezes, opressão na respiração, outras vezes, dores fortes de cabeça, ou não, afrontação de estômago, com sede intensa e arrepios. Também se faziam presentes inquietação e delírio furioso, enfastio, náuseas, vômitos de bile negra e, algumas vezes, diarréia. Cita-se a freqüência de soluços, angústia, insônia ou sono agitado, icterícia e supressão da urina.

Ao falar do prognóstico, dizia o referido médico não haver coerência no contágio das doenças agudas, atingindo mais intensamente os **homens de mais florente idade, de melhor temperamento, e bem compleicionados**. Diante desta questão, aconselhava medidas de higiene tanto públicas, como pessoais, moderação alimentar e de costumes, tanto para Pernambuco como para a Bahia.

A terapêutica dizia não existir **remédio simples infalível contra a peste**; no entanto, aconselhou as sangrias, a purga em certos casos e, com reservas, as sanguessugas, as

ventosas, os emplastos variados, como de passa de figos, cebola, esterco de pombos e manteiga, e, para uso interno, prescreveu xaropes, infusões, cozimentos, pílulas e cerotos, entre outros. Era recomendado de maneira especial o óleo de copaiba, vegetal nativo, considerado de inúmeras virtudes.

Essa primeira epidemia de febre amarela foi denominada **Bicha**, termo com o qual ficou conhecida, não só pela semelhança com os efeitos do bote fulminante da cobra chamada bicha, mas devido ao resultado de uma autópsia praticada por um tripulante de nome Antônio Brebon, que entendia de cirurgia. Tal episódio ocorreu em julho de 1692. Antônio Brebon efetuou uma autópsia em um dos marujos mortos de febre amarela, na charrua Sacramento & Almas, quando retornava a Lisboa, em 1691. Ao encontrar **lumbrigas** ou **bichas** nas vísceras, a elas atribuiu a causa do mal. Esses resultados foram comunicados, em 1692, ao então governador geral do Brasil, para que tomasse providências profiláticas adequadas.

Tais providências profiláticas e preventivas eram destinadas a combater a epidemia reinante, sendo decretadas pelos governadores das capitâneas atingidas. Entre essas medidas, destacam-se as fogueiras nas ruas e o disparo de tiros de canhão para purificar os ares. Nas casas espalhava-se cal virgem no chão, com água em cima, e caiavam-se as paredes. As roupas, móveis e pertences dos infectados eram queimados. O sepultamento nas igrejas foi proibido e passou a ser feito em sítio fora do povoado. Sobre as covas dos sepultados acendiam-se fogueiras e no interior das igrejas queimava-se pau-brasil para purificação. Promoveram-se normas de

asseio corporal e moderação alimentar, e, finalmente, combateu-se a corrupção dos costumes morais. Neste particular, o **governador** expediu um bando, ordenando a expulsão das meretrizes para fora do Recife e proibindo o comércio sexual ilícito, ameaçando, além do mais, de multa e prisão a todas as mulheres – públicas, escravas ou senhoras –, que depois do do toque da ave-maria fossem encontradas nas ruas desacompanhadas de homens responsáveis.⁴²

A primeira epidemia de febre, devido ao longo período em que reinou e ao grande número de vítimas, causou verdadeiro pavor na população. Como não havia um efetivo conhecimento da moléstia na literatura médica de então, o povo apelou para a proteção divina, invocando Deus:

Encheram-se as igrejas, pronunciaram-se orações especiais, realizaram-se solenes procissões. Cidadãos conspícuos, em cerimônias oficiais, entregaram as cidades e vilas à guarda e proteção dos Santos da Corte Celeste. Data desse tempo a escolha de São Francisco Xavier como padroeiro da cidade do Salvador da Bahia.⁴³

Outro detalhe a ressaltar é que o Barão de Lavradio, quando presidente da Junta Central de Higiene Pública, publicou, no Rio de Janeiro, em 1873, a **Memória Histórica das Epidemias de Febre Amarela e Cholera-Morbus que Têm Reinado no Brazil**, afirmando que, depois de 1694, só houve outra epidemia de febre amarela em 1849.

⁴²SANTOS FILHO, p.176.

⁴³SANTOS FILHO, p.175.

A partir dessa data (1849), foi possível montar um quadro referente às incidências da febre amarela nas diversas províncias do Brasil durante o período estudado (ver quadro p.144).

As regiões da costa brasileira eram as mais atingidas pela febre amarela não só pelo fator climático, mas também pelo fator de comunicação, já que na orla marítima havia grande afluxo de população via comércio e rotas marítimas. Eram regiões que serviam de intercâmbio, comunicações e trocas, não só entre a população estrangeira e a população local, mas também com a população interiorana.

As áreas mais atingidas pela febre amarela eram as províncias mais ao norte do Brasil, principalmente Pernambuco e Bahia, e, no centro, a cidade do Rio de Janeiro, então capital do Império. Tratava-se na época de centros populosos. Quanto às províncias do Sul, embora por vezes também atacadas pelo flagelo, eram muitas vezes poupadas, o que se atribuía na época ao clima mais frio.

No século XIX, o primeiro local a ser atacado pelo flagelo da febre amarela foi a Bahia. A moléstia fora importada pelo brigue norte-americano **Brazil**, que lá chegou em 30 de setembro de 1849, vindo de Nova Orleans, onde pululava a moléstia epidemicamente.

Assemelhava-se à epidemia da **Bicha**, de Pernambuco, pois ao chegar foram também desembarcadas barricas de carne em estado de putrefação. Estando o navio atracado no porto desde alguns dias, surgiu o primeiro caso de febre amarela.

QUADRO I - FEBRE AMARELA NO BRASIL - PARANÁ 1849 - 1889

PROVÍNCIA	PERNAMBUCO	CAPITAL	BAHIA	PARAÍBA	PARÁ	ALAGOAS	CEARÁ	SERGIPE	SÃO PAULO	RIO	ESP. SANTO	RIO G. NORTE	MARANHÃO	STA. CATARINA	PARANÁ	AMAZONAS	PIAUI
1849																	
1850																	
1851																	
1852																	
1853																	
1854																	
1855																	
1856																	
1857																	
1858																	
1859																	
1860																	
1861																	
1862																	
1863																	
1864																	
1865																	
1866																	
1867																	
1868																	
1869																	
1870																	
1871																	
1872																	
1873																	
1874																	
1875																	
1876																	
1877																	
1878																	
1879																	
1880																	
1881																	
1882																	
1883																	
1884																	
1885																	
1886																	
1887																	
1888																	
1889																	

N = $\frac{\text{Nº de casos}}{\text{óbitos}}$

X = sem dados específicos

anos de ocorrências

fonte: CAMINHOÁ

Ao final de novembro, a moléstia recrudesceu, vindo a atingir outros navios no mesmo porto. Somente em janeiro de 1850, todavia, é que foi designada uma comissão médica para atender os acometidos do mal. A erradicação da doença, porém, só ocorreu em 1861.

Durante esse longo período destacaram-se várias fases. Houve momentos de melhora, como em 1858, quando foram registrados raros casos de febre amarela. O recrudescimento, registrado em 1856, ocorreu quando apareciam vítimas não só da febre amarela, mas também do cólera-morbo. Fizeram-se ainda presentes períodos de contágio, como em 1860, por ocasião da migração do interior do país. Nessa época, os sertanejos que haviam migrado por causa da seca foram vitimados pelo mal.

A Província de Pernambuco foi a segunda a ser contaminada pela febre amarela, de acordo com os relatórios oficiais. Manifestou-se o primeiro caso, em dezembro de 1849, em um homem da guarnição do brigue francês **Alcyon** que havia escalado na Bahia. A epidemia alastrou-se rapidamente, atingindo vários pontos da Província e persistindo até 1861.

Durante esse espaço de tempo, aconteceram manifestações esporádicas e épocas de grande incidência da doença, como em 1852, quando ela fez 263 vítimas, e no ano seguinte, 147.

Capital do Império, a cidade do Rio de Janeiro era constantemente flagelada pela febre amarela, sobretudo devido às constantes relações com as províncias do Nordeste e mesmo com portos estrangeiros contaminados. Manifestou-se,

inicialmente, em dezembro de 1849, fazendo algumas vítimas. De acordo com Pereira Rego, Barão de Lavradio, o Rio de Janeiro apresentava um péssimo estado de asseio, com um grande número de imigrantes transitando pela região, o excessivo calor, além da presença da febre tifóide, que muito depauperou a população.

De qualquer forma, essa primeira incidência encontrou a população desprevenida, pois não sabiam ao certo de que febre se tratava. Quando reconheceram na epidemia a febre amarela, rapidamente trataram de tomar medidas apropriadas, como criar hospitais provisórios e postos sanitários:

(...) À vista da natureza destes factos que mostravam evidentemente haver filiação com a moléstia reinante na Bahia, e ser ella evidentemente de indole transmissivel escreveu o Dr. Pereira Rego, e à vista do parecer da **Imperial Academia de Medicina do Rio de Janeiro**, creou-se um hospital na ilha do Bom-Jesus para receber os doentes de febre amarella.

(...) Foi então indispensável crear postos sanitários, bem como um hospital provisório no morro do Livramento, cujo serviço foi dirigido pelo Professor Valladão (depois Barão de Petrópolis), e mais tarde foram tomadas outras medidas adequadas ao fim.⁴⁴

Na Província do Rio de Janeiro surgiu a primeira epidemia em princípio de março de 1850, dispersando-se e atingindo várias localidades. Devido ao contato intenso da população da região com as rotas ligadas à Capital do Império, que estavam constantemente ameaçadas pela presença do mal,

⁴⁴CAMINHOÁ, p.44-5.

era comum a incidência da febre amarela ora em uma localidade, ora em outra.

Um dos anos de maior incidência de febre amarela no Brasil foi 1850, atingindo quase a totalidade de suas províncias. A primeira grande epidemia nacional grassou durante toda a década de 50, variando sua intensidade e freqüência de acordo com as regiões. Na década seguinte, a situação epidêmica nacional melhorou, embora em algumas províncias o flagelo ainda se manifestasse.

A diminuição da febre amarela em território brasileiro levanta algumas questões específicas relativas ao assunto. Em primeiro lugar, a baixa das incidências era atribuída a uma redução do tráfico negreiro, uma vez que acreditavam ser a febre amarela importada da África e das Antilhas, onde se mantinha endêmica. A segunda questão estaria vinculada à Guerra do Paraguai (1865-70), quando grande número de população masculina foi deslocada em direção ao centro-sul. Ou, simplesmente, reflete-se aqui a realidade internacional, que apresentava um arrefecimento da doença. São pontos a serem considerados em busca de respostas mais precisas e objetivas.

A partir de 1869, a febre amarela incide novamente na população brasileira, trazida pelo navio italiano **Creolla-del-Plata**.

Na década de 70, tratou-se verdadeiramente de uma pandemia, atingindo as províncias do Norte, a Corte, a região do Rio da Prata e Buenos Aires.

A doença em Buenos Aires atingiu tamanha proporção, que, em 1871, a Corte brasileira tratou de organizar uma comissão presidida pelo Conde de Bomfim, para agenciar donativos em todo o Império, destinados às vítimas da peste que devastava aquele país. Os noticiários registravam o mal, dizendo, na linguagem da época:

Uma estupenda e horrorosa calamidade assolou Buenos Aires. Os estragos da violenta epidemia tem ceifado milhares de victimas, povoando os cemiterios, fazendo da cidade um vasto e medonho hospital. A recrudescencia do terrivel flagelo chegou a proporções espantosas, e o terror assoberbando todos os espiritos, levou a uns espavoridos para longe, e a outros despenhou exames na sepultua (sic) (...).⁴⁵

No Brasil também houve períodos com acentuada mortalidade, não comparável, contudo, às cifras argentinas. A partir dos anos 80, assiste-se aqui a uma diminuição gradativa da permanência da febre amarela.

Em sua fala, na 3ª sessão da 17ª legislatura da Assembléia Geral Legislativa, no dia 3 de maio de 1880, o Imperador D. Pedro II comunicava que:

Desenvolveu-se no verão passado, neste capital, a epidemia da febre amarela sem maior intensidade. O governo adoptou medidas para attenuar e prevenir os efeitos do mal, estando presentemente a epidemia quasi extincta.⁴⁶

⁴⁵CAMINHOÁ, p.45.

⁴⁶FALLA. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 5 maio 1880. n.2045, p.1.

Leocádio Corrêa, em seu relatório médico, falando do Rio de Janeiro, afirmava ser raro o ano em que não se desenvolvesse uma epidemia dessa doença. Também é evidente que ela se estabeleceu endemicamente na Corte, o que se comprova na observação de casos esporádicos durante aqueles anos.

Quanto à natureza da febre amarela e às medidas tomadas na cura e tratamento, pode-se dizer que:

Na pluralidade dos factos, sua invasão anunciou-se por acessos bem caracterizados de uma febre intermittente benigna, às vezes com os três estádios, mas em geral com os dous ultimos, manifestando-se de ordinario para a noite, a despeito do emprego, mesmo em alta dose, do sulphato de quinina que, além de nenhuma vantagem produzir, parecia agravar a situação dos doentes, e apressar o perigo de transição.⁴⁷

Ao falar do **elemento palustre**, o Barão de Lavradio, presidente da Junta de Higiene Pública da Corte, observou que, apesar dos melhoramentos materiais executados, o ano de 1876 foi terrivelmente assolado pelo mal. Atribuía-se o fato ao defeito das construções do sistema de esgoto, onde as constantes escavações nas ruas, aterros com lixo e outros detalhes passaram a atuar na recrudescência da epidemia, aumentando as condições favoráveis para o desenvolvimento do **gérmen epidêmico**. Constatou, igualmente, que o gérmen já fizera seu **habitat** naquela cidade e não bastava só impedir as explosões dos germens aclimados. Seria preciso impedir a pene-

⁴⁷CAMINHOÁ, p.47.

tração dos mesmos, que eram importados acidentalmente. Justificou que, depois de ambientados, os **micróbios** poderiam manifestar-se em várias epidemias, independentemente da importação.

Em Niterói, a epidemia de 1881 foi atribuída às inadequadas condições de asseio tanto das habitações e dos quintais, quanto à falta de limpeza da cidade. Neste tocante, referia-se também à existência de um córrego que atravessava a cidade e recebia todos os detritos, como também à presença de um pequeno cemitério no centro e ao calor intenso.

No Pará, a epidemia de 1883-84 foi atribuída ao aumento da imigração:

Houve uma causa que originou essa deplorável propagação da febre amarela, e alimentou-a durante mais de um lustro - a emigração estrangeira, quer promovida pelo governo, quer espontânea.⁴⁸

A freqüente permanência da febre amarela em terras brasileiras foi apontada, muitas vezes, como um dos entraves mais importantes a impedir a migração européia para cá.⁴⁹

A febre amarela só começou a regredir efetivamente no início do século XX, com a rigorosa campanha iniciada no Rio de Janeiro em busca de um saneamento mais condizente com a realidade daquele centro.

⁴⁸VIANNA, A. **As epidemias no Pará**. Belém, UFPA - Imprensa Universitária, 1975. p.93.

⁴⁹PARANÁ. Governo. 1888 (Faria Sobrinho). [**Relatório**]. Curitiba, 1888. p.87.

4.2.1.3 Febre amarela no Paraná

Quanto à Província do Paraná, a primeira notícia sobre a presença da febre amarela data de 1686, correspondendo ao segundo ano em que ela se manifestara no Brasil. Oriunda de Pernambuco, onde ficou conhecida como a epidemia da **Bicha**, prosseguiu até a Bahia, vindo rumo ao Sul do país, até atingir o porto de Paranaguá. Este primeiro contágio da doença foi registrado pelo cronista Antônio Vieira dos Santos.

O anno de 1686, foi o mais calamitozo que teve o solo Brasileiro; a justiça Divina quis enviar hum Severo castigo, a todos os seus habitantes, a mais espantozza peste, de que não ha memória denominada - BICHA - appareceo neste continente, caminhando ao longo da costa, chegou até Paranaguá, onde a denominarão a PESTE GRANDE. Esta peste era tão activa, e mortífera que em breves dias dava à morte à famílias inteiras; sem que desse tempo a experimentar remédios da medicina, os doentes não tinham só instante de repouzo, em huns os symptomas erão mais ameaçadores, em outros apparecia calor tépido; pulso socegado e alguns delírios grande febre, expirando todos lançando sangue pela bocca, em Paranaguá o povo reccoreo ao patrocínio da Virgem Santissima do Roccio, e uzando os doentes do cozimento da **erva do bicho** este fazia com que, os mesmos lançassem por vomitos e evacuaçõens, huns bichos cabelludos à semelhança das lagartas das hortas mais nem assim mesmo os doentes não escapavão da morte, era outra semelhante a cholera morbus moderna.⁵⁰

De acordo com Julio Moreira, depois desse surto inicial, a febre amarela esmoreceu em Paranaguá, não se constituindo mais em fantasma para a população.⁵¹

⁵⁰VIEIRA DOS SANTOS, A. **Memória histórica, chronologica, topographica e descriptiva da cidade de Paranaguá e seu município: 1850.** Curitiba, Museu Paranaense, 1951. v.1., p.54-5.

⁵¹MOREIRA, J.E. **História da medicina no Paraná: 1684-1822.** Curitiba, Associação Médica do Paraná, 1953. p.57.

No período provincial (1853-1889), consta em um ofício de Carlos Tobias Recksteimer, datado de 1º de março de 1854, a primeira notícia de febre amarela no Paraná, onde ele afirma ter atendido em sua clínica uma enferma em 27 de fevereiro:

Julgo no meu dever avisar v^ã S^ã, que na noite do 27 do mez p^o p^o foi chamado em socorro d'huma inferma d'esta cidade, a qual achei com os symptomas propios da febre amarella (...).

A estação aproxima-se na qual hê de suppor, que esta doença tome outra vez a flagelar este paiz, (...) como se propagôu nos dois annos passados.⁵²

Decorridos quinze dias, o mesmo Recksteimer assegura em ofício dirigido à referida autoridade que a enfermidade não se tinha manifestado em nenhum outro indivíduo, e o que havia eram febres intermitentes terçãs. Tal manifestação de febre é ratificada pelo então presidente da Província, Zacarias de Góes e Vasconcellos, em seu relatório, onde, ao comentar a questão da saúde pública, diz que em todos os anos são as febres intermitentes que reinam. Segundo o parecer da Câmara Municipal de Paranaguá, isto se deve à sua localização topográfica.

A posição topographica desta cidade e sua edificação á margem do rio Itiberê, faz com que ella seja cercada de terrenos alagadi-

⁵²RECKSTEIMER, C.T. Correspondência. Paranaguá, 1 mar.1854. In: OFFICIOS, 1854. v.3, p.201.

ços, especialmente do lado de terra, onde, passando o taboeiro firma, em que está a cidade, o terreno hé baixo, correm por longo tempo as aguas pluviais, que crescem grandemente com as que produzem os brejos e muitos regatos, que, em todas as direcções, cortão os terrenos na extensão de mais de légua. A cõr destas águas hé amarelada por estarem empregnadas de substancias vegetaes, ou pela qualidade do terreno.⁵³

Normalmente, nas estações quentes, isto é, de outubro a março, manifestavam-se febres intermitentes em determinadas localidades do litoral. Também durante estes meses, tanto no litoral, como no planalto, reinava epidemicamente uma espécie de gastro-enterite que cedia a tratamento brando.⁵⁴

No ano de 1857, como era de costume entre as províncias quando havia alguma manifestação epidêmica reinando em seu território, circulavam notícias entre elas sobre a incidência do mal. Diante da tradição, já no mês de janeiro, o presidente da Província de Pernambuco enviou um ofício ao Paraná, notificando a manifestação de alguns casos de febre amarela a bordo de navios em seu ancoradouro, não atingindo porém, a população da cidade, mas somente pessoas estrangeiras.⁵⁵

Além dessa manifestação em Pernambuco, a febre amarela apareceu em outras localidades como: Bahia, Rio de Janeiro,

⁵³PARANÁ. Governo. 1854 (Vasconcellos), p.41.

⁵⁴PARANÁ. Governo. 1856 (Rohan). **Relatório apresentado à Assembléa Legislativa Provincial do Paraná no dia 1º mar.1856 pelo vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan.** Curityba, Typ.Lopes, 1856. p.11.

⁵⁵MANDO, S.T. Correspondência. Paranaguá, 2 fev.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.133-4.

ro, Paraíba, Pará e em províncias do Norte e, ao Sul, no porto de Paranaguá. Tratava-se de uma epidemia que grassava em quase toda a costa brasileira.

A febre amarela em Paranaguá foi atribuída à chegada da barca inglesa **Meggie**, que procedia do Rio de Janeiro, cuja tripulação estava acometida pelo mal.⁵⁶ Com a notícia do surgimento do mal no litoral paranaense, foi nomeada rapidamente uma comissão extraordinária de saúde pública, composta pelo provedor interino do porto, Henrique da Cunha Moreira, pelos cidadãos Joaquim Félix da Silva, Antônio José Caetano da Silva, o tenente coronel Manoel Leocádio de Oliveira. Tal providência foi informada às localidades vizinhas, Morretes e Antonina, as quais mantinham uma comunicação mais intensa com o porto de Paranaguá.⁵⁷

Os médicos que se ocuparam do tratamento dos enfermos foram Krebs, que faleceu vítima da febre, Moreira, também acometido e prestes a morrer, e doutor Murici, que lutou, dessa maneira, sozinho, contra a nefasta circunstância.⁵⁸

A comissão extraordinária encarregada da saúde pública providenciou, como uma das primeiras medidas, a retirada da barca do ancoradouro, remetendo a carga para a ilha da Cotinga e os marinheiros para o lazareto da ilha das Cobras,

⁵⁶SILVA, J.T. et alii. Correspondência. Paranaguá, 2 fev.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.133-4.

⁵⁷GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 23 maio 1857. n.9, p.2.

⁵⁸PARANÁ. Governo. 1858 (Mattos). **Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 7 de jan.1858**. Curityba, Typ.Lopes, 1858. p.14.

onde permaneceram sob observação de quarentena. Logo de imediato, surge a necessidade de se contratar um intérprete para ser possível o entendimento com aqueles marinheiros ingleses.⁵⁹ Outra medida em caráter urgente foi a criação de um hospital provisório, na cidade de Paranaguá, para o tratamento das pessoas pobres, correndo as despesas necessárias sob a responsabilidade dos cofres públicos.⁶⁰

Em 24 de fevereiro, a comissão extraordinária de saúde pública julgava extinto o mal. Dos seis tripulantes acometidos, apenas um veio a falecer.⁶¹ Entretanto, a comissão se equivocou e a febre amarela reapareceu em diversas embarcações procedentes do Rio de Janeiro, como as barcas **Pabulo** e **Euxine** e o brigue **Pabzelo**. Quando os enfermos desceram à terra para tratamento, a doença se disseminou entre alguns habitantes da cidade, proliferando em diferentes pontos, como se pode constatar:

Com pezar a Commissão extraordinária de saúde pública, faz chegar ao conhecimento de V. Ex^a que infelizmente tem se declarado entre a população d'esta Cidade o flagello da febre amarella, e algumas victimas já se tem dado em estrangeiros. Em vista pois de taes circunstâncias a Commissão de saúde pública tomou as medidas que urge para tratamento dos affectados d'esse mal com especialidade as desvalidos e para

⁵⁹GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 27 maio 1857. n.10, p.2.

⁶⁰MURICI, Relatório... v.22, p.11-2.

⁶¹OLIVEIRA, M.L. et alii. Correspondência. Paranaguá, 24 fev.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.237.

maior facilidade e promptidão dos precisos socorros, entendo dividir a cidade em dois districtos sanitários, e encarregar de cada um d'elles aos Dors. Henrique da Cunha Moura e Carlos Tobias Keskstercs; incumbindo ao Delegado de Policia participação emmediata por intermédio das Inspectoras de quarteirão de qualquer caos que se dê, para terem os promptos soccorros: bem como estabelecer o hospital provisorio dentro do lugar mais appropiado da Cidade.⁶²

A epidemia assumiu tal proporção que só durante o mês de abril foram registrados 186 casos, segundo mapa que segue:

ENFERMOS DE PARANAGUÁ DURANTE O MÊS DE ABRIL DE 1857⁶³

			Curados	Fallecidos	Enternados	Total
Clínica da Cidade	Por Médicos	Dor Henrique da Cunha Moreira	23			23
		Dor José Candido da Sã Murici	32		10	42
	Por Práticos	Carlos Tobias Resksteinch	41 12	1 1	15 4	57 17
			32	3	4	39
Hosp.		Dor José Candido da Silva Murici	4		4	8
		FORMMAL	144	5	37	186

⁶²OLIVEIRA, M.L. Correspondência. Paranaguá, 29 mar.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.237.

⁶³MURICI, J.C. Correspondência. Paranaguá, 2 maio 1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.238.

Para uma melhor compreensão, de acordo com o relatório de José Murici, é possível discriminar os dados, relacionando os pacientes do Hospital Provisório que estavam sob sua responsabilidade.

**MAPPA DO MOVIMENTO SANITARIO DO HOSPITAL
DURANTE O MEZ DE ABRIL DO ANO DE 1857.⁶⁴**

NOMES DOS INDIVIDUOS		Existião	Entrarão	Fallecerão	Sahirão	Ficarão	Total
Manoel Pascoal Teixeira	Febre amarella		1		1		1
Vicente Luiz d'Andrade	Idem		1		1		1
Gustavo Fischer	Idem		1		1		1
Joaquim	Idem		1		1		1
Manoel Custódio	Idem infiltração biliosa, queimadura		1			1	1
João Jacob Vinter	Idem		1			1	1
José Gonçalves Marques	Idem e hepatite chronica		1			1	1
Francisco Gonçalves Pereira	Idem e paraplezia		1			1	1
	Somma		8		4	4	8

Em 11 de julho de 1857, a Comissão Extraordinária de Saúde Pública comunicou oficialmente à presidência que a epidemia se achava extinta. Em consequência, foi fechado o hospital provisório.⁶⁵

⁶⁴MURICI, J.C. Correspondência. Paranaguá, 2 abr.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.245.

⁶⁵OLIVEIRA, M.L. et alii. Correspondência. Paranaguá, 11 jun.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.248.

Durante a epidemia que se estendeu de abril a julho, foram registrados 361 casos, incluindo as tripulações dos três barcos já referidos. A doença acometeu indistintamente pessoas de ambos os sexos e de nacionalidades diversas.

SEXO	CURADOS	FALECERAM	TOTAL
Masculino	250	27	277
Feminino	74	10	84
Total	324	37	361

No quadro acima, observa-se que a epidemia, embora assustadora, pode ser considerada branda, uma vez que só 10,25% da população atingida foram levados a óbito.

Com o aumento inesperado de casos e conseqüentes mortes registradas, a comissão extraordinária, responsável pela Saúde Pública na cidade de Paranaguá, viu-se obrigada a tomar medidas relativas ao enterramento das vítimas. Dirigiu-se então à Irmandade da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, proibindo durante a epidemia reinante os sepultamentos no cemitério pertencente àquela irmandade e nos cemitério no centro da cidade e comunicou as normas às autoridades locais: o vigário, os juizes de direito, a Câmara Municipal e o delegado de polícia.⁶⁶

⁶⁶GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 19 ago.1857. n.28, p.2.

É interessante observar que esse surto epidêmico de febre amarela não se registrou nas localidades vizinhas.

É porém digno de notar-se que a epidemia não chegasse a Antonina, cidade que se acha a beira mar na mesma bahia e na qual se fazem as diárias communicações entre ambos os referidos portos da Provincia, não admirando por isso tanto que também não chegasse a outros pontos mais próximos da serra, onde os efflúvios de uma vegetação mais forte purificação o ar atmosférico, modificando ou extinguindo os miasmas corrosivos em que suppõe achar-se a causa de infecção daquelle mal.⁶⁷

Em contrapartida, no mesmo período, na cidade de Morretes, registrou-se a **tosse convulsa** em crianças. Possivelmente tratava-se da **coqueluche** que levou a alguns casos fatais.

Nos dois anos seguintes, 1858 e 1859, casos esporádicos de febre amarela foram registrados no porto de Paranaguá, em embarcações vindas do Rio de Janeiro, sem no entanto haver ocorrências em terra, nem em caráter epidêmico. No ano de 1858, doutor Bousquet, inspetor do porto de Paranaguá, comunicou à Presidência que na Carta de Saúde do barco **Siri**, procedente da capital do Império, constava haver casos de febre amarela. Já em 1859, foi na barca **Hesper**, também vinda do Rio de Janeiro, que ocorreu um caso de **vômito negro**. Além desses, não foram registrados outros fatos correlatos.

⁶⁷MURICI, Relatório... v.22, p.9.

Em 1860, surgiu a notícia de que a febre em Paranaguá estaria fazendo vítimas. Na verdade, foi constatada a presença da febre tifóide e não da febre amarela, como se julgou. A população não se tranqüilizou e a situação piorou quando se soube do falecimento de uma senhora, supostamente vitimada pela febre amarela. Para tranqüilizar os habitantes, o Inspetor de Saúde, Silva Rego, foi obrigado a declarar que se tratava de uma febre biliosa rebelde. Entretanto, mais uma vez ficou registrado o medo da população diante de tal flagelo:

(...) ignora que alguma tenha fallecido de febre amarella, e das indagações que colhi, nada soube á tal respeito. Ainda que felizmente já tenha diminuido o **terror que na população** desta cidade incutiu o grito de alarma dado á principio, contudo o que ainda existe seria capaz de fazer chrismar de - febre amarella - á propria cholera-morbus, se aqui apparecesse.

Esse terror, porem, é infundado. No dia 5 do corrente falleceu nesta cidade um allemão, charuteiro, vitima de uma febre biliosa rebelde. Espalhou-se a noticia de que a molestia tinha sido febre amarella, e eu, conhecendo a necessidade que havia de tranquilisar as pessoas que assim acreditavam, officiei ao Ilmo. Sr. delegado de policia, antes que fosse feito o enterramento, pedindo que chamasse um outro medico para, em commissão com o mesmo Sr. delegado de policia e eu, examinarmos o cadaver, o que foi feito, e os boatos á tal respeito cessaram.

Continúo em observação, e se a dita molestia aqui apparecer, procurarei, de combinação com a Ilma. camara municipal dar as providencias necessarias e segundo a urgencia do caso.⁶⁸

⁶⁸SILVA, J.A. Correspondência. Antonina, 26 mar.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.8, p.195.

De qualquer forma, o temor da febre amarela não parou aí. Em princípios de 1870, o subdelegado de Antonina, Joaquim Antônio da Cruz, enviou um ofício à presidência, comunicando que desde o final de fevereiro sucediam-se chuvas torrenciais no litoral e desde então grassava uma **febre assustadora**. Assustadora, devido ao grande número de atacados. Contudo, os casos fatais foram limitados, tanto que o obituário nessa época epidêmica teve um índice inferior ao dos meses anteriores.

Os sintomas da febre confirmara que se tratava realmente do tão temido mal:

No princípio da moléstia, dôr de cabeça, agitação, febre intensa, dôres nas cadeiras, tonturas, em alguns logo vômitos amarellos, em outros sô do 2º dia em diante.

Também há casos de degeccões pretas logo desde o começo e outros de prisão de ventre.

Do 5º dia em diante quase todos os curados se dirião completamente restabellecidos, sentissem fraqueza, dores nas curvas e nas cadeiras. ⁶⁹

O grande problema era não haver pessoal competente para diagnosticar enfermidade, sempre restando a dúvida quanto a se tratar ou não do problema em curso. O único médico ali residente, Bruno Breithaupt, falecera. A Câmara Municipal, diante da situação, viu-se obrigada a contratar os préstimos

⁶⁹ANTONINA, 12 de abril de 1870. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 16 abr.1870. n.1088, p.3-4.

dos doutores Lahief, Cotteb e Bousquet, para medicar os pobres, além do doutor Valentim, que estava de passagem com destino a São Francisco, onde fixava residência:

Tem sido incansáveis, admirando-nos ainda a dedicação do Dr. Valentim, cujos padecimentos agravados não o tem privado de ir de casa em casa, de leito em leito, confiados a seus cuidados, levar, quando não a saúde, ao menos aquella consolação que vae ter o enfermo nos ultimos momentos com a visita do medico.⁷⁰

Também o senhor José de Assis Teixeira, farmacêutico prático, improvisou uma botica com os remédios da terra, fornecidos gratuitamente aos pobres.

Nesta ocasião, foi montado o primeiro mapa de enfermos atacados pela referida febre, elaborado por José Antônio da Silva que, não sendo especialista no assunto, denominou o mal como **febre reinante** (ver quadro na página seguinte).⁷¹

A partir desse quadro é possível obter uma panorâmica da população atingida pela febre, em sua maioria composta por escravos e adultos de ambos os sexos. No entanto, a mortalidade era baixíssima: de trinta e oito afetados, apenas um veio a falecer, pois a febre apresentava-se em sua forma mais branda.

Como em Antonina não se achassem facultativos em número suficiente para atender os doentes, cujo número vinha aumentando, o médico Joaquim Dias da Rocha, de Paranaguá, tomou a iniciativa de partir para aquela cidade, o que foi comunicado ao governo provincial através do seguinte ofício:

⁷⁰SILVA, p.195.

⁷¹SILVA, p.195.

QUADRO DOS ENFERMOS ATACADOS DA EPIDEMIA REINANTE E OUTRAS MOLÉSTIAS EM ANTONINA, DE 22 DE FEVEREIRO A 26 DE MARÇO DE 1870.

NOME	MOLÉSTIA	Idade	E. Civil	Cor	Curados	Faleceram
José Bernardo Elvas	Febre reinante	28	C	B	1	
Manoel José da Silva	" "	24	S	B	1	
Benedicta (Escrava de José A. Silva)	" "	48	S	P	1	
Carlos	" "	20	S	P	1	
Manoel (Escravo de Fran ^{co} Antonio da Cruz)	" "	34	S	P	1	
José d'Assis Teixeira	" "	29	S	B	1	
Ferminio Manoel Ribeiro	" "	34	C	P	1	
Maria Rodrigues do Nascimento	" "	23	C	P	1	
Anna Luisa	" "	65	S	P	1	
Francisco Mario Alves	" "	44	C	B	1	
Felisberto (Escravo de Joaq ^m Leite Mendez)	" "	28	S	P	1	
Julia Maria Alves	" "	18	S	B	1	
Carlos Mario dos Anjos Fontes	" "	28	S	B	1	
Francisca de Paula Fontes	" "	21	C	B	1	
Felisbina Maria Rodriguez	" "	50	C	B	1	
Maria Rita do Espirito Santo	" "	36	V	B	1	
Benedicta (Escrava de M ^o Antonio da Cruz)	" "	15	S	P	1	
Beliza (filha de João Christovão da Saouza)	" "	11	S	B	1	
Joanna (escrava de M ^a Joanna sz ^a Pinto)	" "	28	S	P	1	
Florencia (escrava de Anna Dioniseio M. Carm ^a)	" "	48	S	P	1	
Manoel Leite Bastos	" "	24	S	B	1	
Marcelino (escravo de Tiberio A. Rocha)	" "	28	S	P		1
Josefina (escrava de M ^{el} G ^e da Rosa)	" "	44	C	P	1	
Roberto Ferreira Pinto	" "	45	S	P	1	
Rosa de Bettencourt Cordeiro	Amenorhêa	40	C	B	1	
Benedicto (escravo de Sergio B. Lopes)	Dysenteria	30	S	P	1	
João (escravo de Sergio B. Lopes)	Febre intermitente	2	S	P	1	
Benedicta J ^a da S ^a	" "	48	S	B	1	
Roberta (filha de Benedicto Pinto)	" "	14	S	P	1	
Malaquias (escravo de Je. C. de Souza)	Febre reinante	42	S	P	1	
Joaquina (escrava de M ^o Per ^a Alves)	Amenorhêa	25	S	P	1	
Mariana (agregada de Joaq ^m Carn ^o)	Febre intermitente	10	S	P	1	
Benedicto (f ^o de Amalio Rib ^o Sz ^a)	" reinante	3	S	P	1	
Alfredo (f ^o de Luiz M ^{el} da Cunha)	" "	12	S	B	1	
Claudina (escrava de J. Martins)	" intermitente	50	S	P	1	
Thomás (escravo do Cap. João Ant. Per ^a)	" reinante	40	S	P	1	
Anna (m ^{er} de Felipe Per ^a Castro)	" "	28	C	B	1	
Total					37	1

Inteirado de que grassa em Antonina uma epidemia, que se supõe ser de febre amarella, e com a qual se tem alarmado tanto a população daquella cidade como a de muitas outras localidades; e sabendo igualmente existir em Antonina um sô facultativo, insufficiente para o trabalho clínico, no caso de serem verificadas as atterradoras noticias que se propala, resolvi partir para alli amanhã afim de prestar os recursos de minha profissão aos enfermos que os requisitaram.⁷²

Embora a epidemia mantivesse inicialmente um caráter benigno, a população encontrava-se aterrorizada com sua presença. Várias medidas foram tomadas pelo subdelegado com a justificativa de se tratar de época excepcional. Chuvas abundantes, calor excessivo à noite e durante o dia um sol abrasador, tudo se conjugava para oferecer ambiente propício à difusão da enfermidade. Diante dessas condições, o número de atacados pela febre amarela tendia a aumentar, contrariando as expectativas das autoridades.

Com a chegada de Dias da Rocha, nomeou-se sob sua liderança, uma comissão sanitária encarregada de debelar a epidemia na marinha, contando com os doutores Alexandre Bousquet e Basílio Cotteb, que serviriam como auxiliares. A par dessa comissão, as Câmaras Municipais organizavam comissões compostas pelas autoridades locais, com a mesma finalidade. Em tais circunstâncias, foi possível a elaboração de medidas minuciosas contendo as prescrições destinadas ao povo em geral, com os meios de prevenir e debelar a febre amarela. As medidas foram impressas e distribuídas para todas as povoações e bairros, inclusive Paranaguá e Morretes. Nestes

⁷²PARTIDA. Dezenove de Dezembro, Curityba, 2 abr.1870. n.1084, p.4.

locais, Dias da Rocha também organizou Comissões de Saúde, tomou providências e forneceu medicamentos e desinfetantes.

Em Paranaguá, os enfermos eram atendidos na Santa Casa de Misericórdia, sob a responsabilidade de Alexandre Bousquet. Em Morretes, o responsável era doutor Murici. Caso a epidemia aumentasse de intensidade, seria montada uma enfermaria no sobrado de Rodrigo José de Freitas, à margem esquerda do rio Nhundiaquara.

Além dessas medidas iniciais, outras se somaram, propostas pela Comissão Sanitária de Antonina, sob a presidência de Benedito Antônio da Cruz. Delas constam os seguintes itens:

(...) remoção do cemitério para fora da cidade, exames diários nos açouques, matadouros e casas que vendem gêneros alimentícios, esgotos em todos os pontos precisos, limpeza das ruas e casas, distribuindo-se cal à pobreza afim de caiarem suas habitações, queima de alcatrão pelas ruas, distribuição de vidros de água de sabarra que por aquelas casas em que havião enfermos, enterro dos corpos, apenas os medicos verificavão a morte e outras medidas de reconhecida utilidade tem sido com êxito postas em practica pela Comissão.⁷³

A urgência de tais medidas verificou-se devido ao pânico que se apoderou da população, pois só entre os dias 9 e 10 de abril o flagelo acometeu 340 pessoas, fazendo 38 vítimas fatais. "Era nos 1ºs dias de abril. A febre estava no seu auge, e a população de Antonina, sob a pressão de um terror geral, via dia por dia, hora por hora, operar-se seu extermínio".⁷⁴

⁷³ROCHA, D. Correspondência. Antonina, 6 abr.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.10, p.26-7.

⁷⁴FEBRE Amarella em Antonina. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 11 maio 1870. n.1095, p.3.

Dias da Rocha foi incansável no atendimento à população, não poupando esforços. Entretanto, em consequência de seu zelo e dedicação foi afetado pelo mal. Então, partiu para Paranaguá, a fim de seguir no vapor **São Vicente** com destino à Corte. Face à sua condição de saúde e aos conselhos dos amigos, isso não ocorreu, retornando ele a Antonina.⁷⁵

O governo, diante do quadro calamitoso, não limitou cifras nem despesas e inclusive abriu **crédito** com verbas suficientes para cobrir os gastos com as medidas postas em prática e com o tratamento dos pobres. Também a Câmara Municipal esvaziou seus cofres e a Loja Maçônica de Antonina usou sua caixa de **socorros** para atender os necessitados. A população mais abastada, conscientizada da situação, passou deliberadamente a ajudar nos gastos com a epidemia. Como exemplo, pode-se citar a distribuição de medicamentos e também de alimentos aos pobres.

O próprio delegado Benedicto Cruz passou a comprar em sítios as galinhas utilizadas na terapêutica, por serem mais baratas.⁷⁶ Até mesmo a renda de um baile realizado em Curitiba, em homenagem ao Presidente da Província, foi canalizada para as despesas com o tratamento dos indivíduos atacados pela epidemia no litoral.⁷⁷

Apesar de todos os esforços, foi só em fins de maio do mesmo ano que a epidemia pôde ser considerada extinta em An-

⁷⁵EPIDEMIA. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 30 abr.1870. n.1092, p.4.

⁷⁶FEBRE Amarella. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 14 maio 1870. n.1096, p.3.

⁷⁷ABREU, A.C.F.de. Correspondência. 21 abr.1870, Secretaria da Assembléia Provincial do Paraná. In: OFFICIOS, 1870. v.9, p.174.

tonina. Nota enviada ao governo pelo delegado de polícia Benedicto da Cruz e reforçada por Dias da Rocha atesta o final do surto:

(...) Cabe-me declarar que, finda a epidemia mandarei entregar à Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá as duas ambulâncias que V. Ex^ã remeteu-me e farei voltar, conforme a determinação de V. Ex^ã.⁷⁸

Quanto ao número de vítimas, é difícil apurar o total exato, uma vez que a epidemia se estendeu aos bairros mais distantes e chegou mesmo a atingir localidades vizinhas como Morretes e Paranaguá, em casos esporádicos. Entretanto, foi possível montar o mapa a seguir com base nos registros de óbitos a partir dos assentamentos de sepultamentos nos cemitérios efetuados pelo vigário de Antonina, Manoel José de Souza, no período compreendido entre abril e maio de 1870.⁷⁹

MAPA DE ÓBITOS, REGISTRADOS ENTRE ABRIL E MAIO DE 1870 EM ANTONINA.

IDADE	SEXO		ESTADO CIVIL						TOTAL
			Masculino			Feminino			
	M	F	S	C	V	S	C	V	
0- 1	2	1	2	-	-	1	-	-	3
1- 9	9	6	9	-	-	6	-	-	15
10-19	5	1	5	-	-	1	-	-	6
20-29	10	4	7	3	-	2	2	-	14
30-39	2	7	1	-	1	3	4	-	9
40-49	2	2	-	2	-	-	1	1	4
50-59	2	1	1	1	-	-	-	1	3
60-69	2	2	-	-	2	-	1	1	4
70- +	1	-	-	-	-	-	-	-	1
ignorada	2	-	-	-	-	-	-	-	2
TOTAL	37	24	25	6	4	13	8	3	61

⁷⁸ROCHA, p.3.

⁷⁹SOUZA, N.J. Correspondência. Antonina, 15 abr.1870. In: OFFICIOS, 1870. v.10, p.252.

A faixa etária mais atingida é a de crianças de um a nove anos, seguida pela de jovens entre vinte e vinte e nove anos, representando, respectivamente, 26 e 22% da mortalidade total. As faixas menos atingidas são a de crianças com menos de um ano de idade e a de adultos com mais de 70 anos. Há também uma incidência maior de homens em relação às mulheres e, entre eles, o número de solteiros é bem mais expressivo.

O Presidente da Província, Ermelino de Leão, justifica esta mortalidade elevada, tecendo uma crítica em seu relatório, onde afirma:

Completamente desprovidos de medicamentos e sem médicos os habitantes lutaram com sérios embaraços, que ainda concorreram para desanimal-os e augmentar as proporções da enfermidade.

Essa situação melhorou, logo que em virtude das providencias dadas, chegaram a Antonina ambulâncias e um pharmacêutico enviados desta capital, e que começaram a curar os enfermos, medicos para esse fim contratados.⁸⁰

Uma das duas características mais marcantes dessa epidemia de 1870 foi o medo da população que manifestava verdadeiro pavor da febre amarela. Tal aspecto pode ser comprovado nos documentos da época: "O pânico grassava como a molestia, mormente quando nos vimos sem médico nem boticário"⁸¹.

⁸⁰PARANÁ. Governo. 1870 (Leão). **Relatório apresentado ao Excellentissimo Senhor presidente Dr. Vennancio José de Oliveira Lisboa pelo Exm^o Sr. vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná.** Curityba, Typ.Lopes, 1871. p.10.

⁸¹ANTONINA, p.3-4.

A outra característica foi o reconhecimento, por parte da população, dos préstimos e da dedicação de Dias da Rocha, incansavelmente exaltados em artigos de agradecimentos nos periódicos:

Agradecimento

Além de 6 pessoas de minha família anteriormente atacadas da terrível enfermidade que desolou esta cidade perdendo entre aquelles um querido filho, uma das primeiras vítimas; há poucos dias vi ainda lutar fortemente accommettida minha filha Olympia. Era mais um golpe que talvez não poderia suportar, se o Exm. Sr. Dr. Joaquim Dias da Rocha não se puzesse á cabeceira de minha estremecida doente, combatendo o mal com a sua costumada pericia e zelo até que ouvi de sua bocca as animadoras palavras - está salva!.. Meu coração de mãe ainda sangrando vivamente só teve o impulso de bem dizer a Deos e a tão sabio quão humanitario medico: e hoje realisadas completamente aquellas palavras, do alto da tribuna do povo venho apresentar meu profundo e eterno reconhecimento a S. Ex. como logo já o fiz á Divina Providencia para remunerar serviços que na terra não ha quem pague. Aceite o Exm. Sr. Dr. Dias da Rocha meus votos e reconhecimento e de toda minha familia.

Antonina, 18 de abril de 1870.

Maria Joaquina Soares da Rocha.⁸²

Por ocasião da febre amarela, o engenheiro Francisco Antônio Monteiro Tourinho foi encarregado pela Comissão Sanitária de construir um novo cemitério, com uma área de 3.256 m². Este novo cemitério ficava fora do centro da cidade, em local mais apropriado. Também em Morretes foram ob-

⁸²ROCHA, M.J. A Pedido. In: **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 23 abr.1870. n.1090, p.4.

servados esses preceitos higiênicos nos sepultamentos para que não se agravasse a situação.⁸³

Finalmente, graças a todas essas providências o flagelo que tantas vítimas e tanta insegurança provocou chegou ao fim, marcando profundamente a população do litoral, a tal ponto que, em 1873, quando foi comunicada a notícia oficial de que a febre amarela se disseminava de forma epidêmica no Rio de Janeiro, todas as povoações se organizaram no sentido de debelar o mal, caso ele aparecesse. O Vice-Presidente da Província, em exercício, tomou a iniciativa de nomear comissões nas cidades de Paranaguá, Antonina e Morretes e nas vilas de Porto de Cima e Guaratuba, a fim de empregar medidas preventivas, caso surgisse a doença. Ordenou também que as embarcações procedentes do Rio de Janeiro desembarcassem seus passageiros no lazareto da ilha das Cobras e ficassem ali em observação. Todas essas medidas destinaram-se a evitar a repetição do que sucedeu em Antonina.

A partir da nomeação, as Comissões Sanitárias passaram a elaborar medidas preventivas para uso corrente da população, contra a febre amarela. Entre elas, constavam conselhos a toda a população, elaborados pela Comissão de Paranaguá.

Acompanhando as medidas, o governo resolveu abrir um crédito sob sua responsabilidade, nos termos do Decreto nº 2.884, de 1º de fevereiro de 1862, no valor de 6.000\$000,

⁸³GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 18 jun.1870. n.1106, p.1.

para suprir as despesas feitas pelas comissões sanitárias das cidades e vilas do litoral.⁸⁴

Parte desse crédito, ou melhor, a quantia de 250\$000, foi destinada à compra de uma casa pertencente a Manoel Rosa, situada na ilha das Cobras, a fim de auxiliar o lazareto da ilha em caso de epidemia.

Tudo transcorria normalmente até que, em meados de março, a comissão de colonização da cidade de Paranaguá fez desembarcar, para cumprir quarentena no lazareto da ilha das Cobras, 185 imigrantes vindos no vapor **Itajahy**, procedente do Rio de Janeiro, palco da epidemia. Ocorre que a partir deste fato começam a surgir casos de febre amarela em diferentes localidades, como na própria ilha das Cobras, em Paranaguá e Antonina. Não se trata mais de epidemia, mas de casos esporádicos, o que é um sinal de melhora considerável, uma vez que o próprio Imperador, em sua fala oficial, observa sobre a epidemia nas cidades litorâneas:

Falla - Graças à Divina Providência, a epidemia que accometteu algumas de nossas cidades marítimas não foi das mais mortíferas, e vai desaparecendo em quasi todas com a entrada da nova estação.⁸⁵

No ano de 1874, em decorrência da comunicação do porto com embarcações vindas do Rio de Janeiro, voltaram a aparecer alguns casos em Antonina, porém de menor monta.

⁸⁴GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 22 mar.1873. n.1388, p.1.

⁸⁵FALLA. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 10 maio 1873. n.1101, p.1.

Já em 1875, o que motivou o aparecimento da febre amarela em Antonina foi a chegada de colonos durante o mês de março, sem que, contudo, se deflagra-se uma epidemia.

No entanto, o relatório do presidente Adolfo Lamenha Lins menciona o aparecimento de duas epidemias que fizeram bastante vítimas: a febre amarela em Paranaguá e a varíola em Tibagi e Jataí.

A referida enfermidade apareceu no mês de abril de 1876, originária do Rio de Janeiro, cidade em que apresentava bastante intensidade.

Essa horrível epidemia que quase anualmente grassa na corte, e que mais aumenta ao aproximar-se o inverno, acaba de fazer uma vítima (...) foi acometida no Rio.⁸⁶

Assim que ocorreu o primeiro caso, foram nomeadas comissões sanitárias em Curitiba, Paranaguá, Morretes e Antonina, para providenciar medidas cabíveis, no sentido de evitar a propagação do mal, bem como prestar todos os socorros aos indigentes afetados.

Os casos ficaram circunscritos a Paranaguá, perdurando ali por pouco tempo. Não se encontrou nenhuma ocorrência nas localidades vizinhas, que se mantiveram livres do contágio.

A febre amarela, nos últimos anos da Província, manifestou-se muito mais em casos esporádicos que epidemicamen-

⁸⁶FEBRE Amarella. **Dezenove de Dezembro.** Curitiba, 18 mar.1876. n.1692, p.3-4.

te, o que é reforçado no relatório sobre o estado sanitário da Província do Paraná, da autoria de Leocádio Corrêa:

Si na exposição dos acontecimentos ocorridos relativamente á saude publica, pude em meu relatório do anno passado expor o estado lisongeiro d'esta cidade, actualmente, já o mesmo não posso avançar, por quanto; si lutamos com uma epidemia devastadora que verdadeiro flagello, pesasse sobre esta pequena população, tivemos com tudo entre nós sob a forma esporadica (?), o hospede pathologico importuno denominado typho icteróide ou febre amarella.

Essa molestia, cujo primeiro caso se patenteou em dias de Abril passado, repetio-se depois quasi diariamente, a ainda ha bem pouco, casos della forão observados. Começando por attacar aos estrangeiros, de residencia recen aqui, passou em seguida a affectar os indigenas da localidade, preferindo deles, facto particular, os individuos de cõr parda, o que raras vezes so observar-se n'essa molestia.

Embora o numero dos atacados, como d'aqui á pouco exporei, limite-se á pequena cifra, uma pergunta desde já me occorre: teria isso sido devido aos cuidados da municipalidade e aos esforços impregados pela commissão sanitária para atenuar ou desviar as causas que mais poderião concorrer para o desenvolvimento do mal, que entre nós grande incremento podia tomar? Seria a molestia importada, ou existia no seio mesmo da cidade o germen para seu desenvolvimento?

(...) Seja porém como for, a febre amarella, entre nós se desenvolveo, e essa actual manifestação parece bem para mim, ser talvez, o prenuncio de uma epidemia futura que, quiçã, se tenha de desenvolver em periodo não distante.⁸⁷

o autor continua o seu relatório referindo-se à questão do contágio, sobretudo de estrangeiros, e afirma que é

⁸⁷CORRÊA, 1875 e 1876, p.160.

fato aceito, não contestado até então, que a não-aclimatação foi o fator condicionante principal para se contrair a febre amarela. Os indivíduos oriundos de climas estranhos ou cujas condições não são idênticas às do local de onde partiram, são os mais sujeitos à incidência do mal, quando este se haja estabelecido endêmica ou epidemicamente na nova localidade.

Seja como for, eram eles os que mais concorriam para a cifra obituária, constituindo por si só uma verdadeira epidemia.

A essa legítima asserção, acrescenta-se o modo de vida a que se sujeitavam os estrangeiros. A imigração para a Província aumentava dia a dia, concentrando europeus de nacionalidades diferentes, inicialmente no litoral, o que pode ser comprovado no quadro sinótico dos casos observados na clínica de Leocádio Corrêa e dos que ele teve notícias (ver na página seguinte).

Dos trinta casos apurados no quadro citado, dezessete dizem respeito a estrangeiros estabelecidos ou recém-chegados à Província. O número de óbitos observados também é elevado, perfazendo um total de dezoito, que equivale a 60%.

Para demonstrar a gravidade dos casos, o autor transcreve o que publicou no jornal **Gazeta do Paraná**, sobre um colono italiano, residente à rua Bom Jesus e que foi o primeiro acometido de febre amarela.

**QUADRO SINÓTICO DOS CASOS OBSERVADOS NA CLÍNICA DO
DR. LEOCÁDIO CORRÊA E DOS QUE ELE TEVE NOTÍCIAS.***

	Nacionalidade	Endereço	Saída	Condição	Observação
1	Italiano	R. B. Jesus	Morte	Colono	Marido e mulher tratados no lazareto
2	"	" "	Restabelecido	"	
3	"	" "	"	"	
4	"	" "	Morte	"	Comunicação do médico da colonia
5	"	Col.Taipati	"	"	
6	"	" Pereira	"	"	Idem " diretor "
7	Francez	R. B. Jesus	"	"	
8	Brasileira	"	"	Colono	Escrava de Serafim Pinto da Silva
9	"	"	"	"	Escravo de Ant ^o Pinto Montr ^o Vallongo
10	"	"	"	"	Escravo de Manoel Ricardo Carneiro
11	"	R. da Praia	Restabelecido	"	Caseiro de Ernesto Frederico Laynes
12	"	R. Boa Vista	Morte	"	Filho de Antonio L. Bittencourt
13	"	"	"	"	
14	"	Ilha do Mel	"	"	Comunicação do Inspetor de quartirão
15	"	R. do Theatro	"	"	Recolhido moribundo no Hosp. da S. Casa
16					Observados pelo Senr. Dor. Francisco Borges da Silva
17					
18					
19					
20					Observado pelo Dr. Filastrio Nunes Pires
21	Inglez	Porto D. Pedro II	Morte		Recém-chegado da Capital
22	Hespanhol	R. da Praia	"	Colono	Marido e mulher recolhidos já moribundos no Hosp. da S. Casa
23	"	"	"	"	
24	"	R.da Misericordia	"	"	Tratado no lazareto interno
25	"		Restabelecido		Tratado no lazareto interno
26	"		"		Passageiros do vapor recolhidos ao Lazareto da ilha das Cobras onde foram tratados
27	Alemão		"		
28	Inglez		"		Desembarcado d'um navio em observação e recolhido ao lazareto marítimo
29	Hespanhol		Morte		
30	"	R. Paysandú	"	Colono	Observado pelo Dr. Borges

* CORRÊA, 1875 e 1876. p.161.

Quando fiz a primeira visita ao doente que primeiro foi affectado de febre (5 de abril), encontrei-o em um estado de prostração extrema, muita febre, accusando intensas dores por todo o corpo, especialmente na cabeça, com vomitos e evacuações constantes de materia negra, apresentando uma cor icterica geral e difficuldade de urinar as quaes nos dias posteriores de observação ausentarão-se completamente como mais adiante direi. A vista de taes symptoms e signaes, das condições do enfermo, e da anamnese succinta porem clara, exposta, por sua mulher, conclui que achava-se diante de um caso de febre amarela de forma grave, como fiz ver a algumas pessoas, accrescentando que era muito possivel não parar nesse caso unico a molestia, e communicando desde logo officialmente a S. Ex^ã o Snr^o Presidente da Provincia.⁸⁸

No ano de 1877, a febre amarela alastrava-se com intensidade no Rio de Janeiro e o brigue alemão **Pelikan**, procedente da Corte, apresentou casos fatais durante sua estadia em Paranaguá e Antonina, em fevereiro do mesmo ano. A tripulação foi recolhida à ilha das Cobras para cumprir quarentena e o inspetor de saúde do porto de Paranaguá recebeu determinação do governo provincial para nomear uma comissão composta pelo juiz de direito da comarca, pelo presidente da Câmara, o capitão do porto, o delegado de polícia e o inspetor de saúde do porto, com a finalidade de empregar todos os meios de prevenir o mal ou de minorar seus efeitos, além de prestar socorro aos indigentes que fossem atacados.⁸⁹

No ano de 1878, a saúde pública foi alterada profundamente com a ocorrência da febre amarela em alguns pontos da Província, como Antonina, Paranaguá, Morretes e Guaratuba. Os primeiros casos se manifestaram em tripulantes de na-

⁸⁸CORREIA, 1875 e 1876, p.163-4.

⁸⁹GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 7 mar.1877. n.1788, p.2.

vios vindos do Rio de Janeiro, ancorados nos portos de Antonina e Paranaguá. Em 8 de fevereiro de 1878, o inspetor de saúde do porto de Paranaguá envia o seguinte telegrama ao vice-presidente, onde comunica a ocorrência do mal:

Acabo de chegar do Lazareto tendo sahido desta cidade para Antonina hontem a meia noite. Desde as dez horas da manhã se acham recolhidos ao hospital maritimo os dois doentes por V. Ex. recomendados, os quaes realmente se achavam affectados de febre amarella. Alem desses em visita sanitaria a todos os navios no mesmo porto, encontrei mais dois casos declarados, em marinheiros, um do brigue **John Helder**, outro do lugar **Catherine**, e ainda alem, vim encontrar nesta cidade a barca francesa **Cité d'Aleth** entrada de manhã com tres casos patentes. Acham-se pois no Lazareto oito doentes de febre. Tres delles apresentam character gravissimo, quatro grave, dois benignos. Navios todos em quarentena. **Panico em Antonina.** Peço urgentemente autorisação para as despesas do respectivo tratamento. Irei communicando a V. Ex^a o que ocorrer e toda actividade empregarei para impedir a diffusão do mal.⁹⁰

Além dos casos citados acima, destaca-se também em Antonina o da barca alemã **Willhelmina**, com vários tripulantes contagiados.

Quando era comprovada a existência de navios com doentes de febre amarela, eles eram obrigados a seguir para o lazareto da ilha das Cobras, a fim de cumprir a quarentena. Outras medidas foram tomadas no intuito de impedir a proliferação da doença em terra. De acordo com um mapa demonstrativo no relatório médico, correspondente ao mês de fevereiro, foram tratados 24 tripulantes de diferentes em-

⁹⁰FEBRE Amarella. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 9 fev.1878. n.1882, p.3.

barcações, assinalando um alto índice de mortalidade, que chegou a ficar em torno de 33%.

Também por determinação governamental, Franco Grillo foi indicado para prestar socorros em Antonina. De acordo com o presidente, Rodrigo Octavio de Oliveira Menezes, a epidemia que começou em fevereiro perdurou até abril e, nesse período, acometeu 479 pessoas, das quais faleceram 54, equivalente a 11% dos afetados. Além dessas vítimas, segundo as informações transmitidas pelo vigário da cidade, cerca de 50 pessoas faleceram por habitarem sítios distantes, onde os recursos médicos tardaram a chegar.

A situação ficou ainda mais crítica quando o diretor da Instrução Pública, João Pereira Lagos, pediu ao Inspetor Geral o fechamento das aulas, nos seguintes termos:

V. Ex^ã, já ha poucos dias, e attendendo á uma reclamação feita pela commissão de sanidade respectiva, designou-se permittir que se fechassem ditas aulas durante o periodo de oito dias.

Em vista da gravidade do mal, que parece dever resistir por algum tempo á todos os meios medicos actualmente empregados, julgo conveniente ampliar-se aquelle praso por uns trinta dias, até que a experiencia resolva a difficuldade de um modo definitivo.⁹¹

Para livrar a população do flagelo, providenciou-se um lazareto e um hospital, iniciou-se o saneamento da cidade e concentrou-se verbas para as despesas urgentes, além da

⁹¹LAGOS, João Pereira. Correspondência. Curityba, 12 mar.1878. In: OFFICIOS, 1878. v.6, p.33-4.

contratação de mais dois facultativos, tudo que a respectiva comissão havia pedido.⁹²

Em Morretes, a febre amarela grassou na colônia italiana, onde foram mantidos dois facultativos sob os cuidados do doutor Valle.

Na cidade de Paranaguá, o atendimento coube a Leocádio Corrêa que, juntamente com a Câmara Municipal, propôs um **Edital** com doze posturas a serem seguidas pela população, reforçando as práticas comuns aos períodos epidêmicos.⁹³

A febre amarela era atribuída, nessa ocasião, segundo o relatório presidencial, ao clima e à imigração:

(...) rigor excepcional da estação em que estamos, a constante entrada de imigrantes que, procedentes de portos infectados, chegam aos centos ao nosso littoral, e a deficiência de nossos recursos sanitários, justificam o receio manifestado pela população do litoral de ser invadido pela enfermidade.⁹⁴

Segundo o relatório do médico Armond, houve casos de febre amarela também em Morretes, por influência de estrangeiros recém-chegados do porto. Não se deixa de salientar que a maioria dos casos desta febre foi precedida de febres intermitentes, repetidas algumas vezes durante mais de um mês. Muitos doentes, julgando-se afetados de simples sezões, como tudo levava a crer, pouco se preocuparam com a molés-

⁹²PARANÁ. Governo. 1878 (Menezes). **Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná pelo presidente da Província o Excellentíssimo Senhor Dr. Rodrigo Octavio de Oliveira Menezes no dia 9 abr.1878.** Curityba, Typ.Lopes, 1878. p.2-3.

⁹³Ver Anexo 5.

⁹⁴PARANÁ. Governo. 1878 (Sã). **Relatório apresentado ao Illustrissimo e Excellentissimo Senhor Dr. Rodrigo Octavio de Oliveira Menezes presidente da Província do Paraná pelo 1º vice-presidente o Excelentíssimo Senhor Jesuino Marcondes de Oliveira e Sã.** Curitiba, Typ.Lopes, 1878. p.1.

tia, não recorrendo ao socorro médico. Somente acorriam a esta ajuda quando surgia inesperadamente o vômito negro e outros sintomas correspondentes ao terceiro período da moléstia. Vê-se também que a febre amarela assumia uma feição traiçoeira que foi, por sua vez, a característica da epidemia.

Não foram poucos os casos violentos em que os sintomas do primeiro período passavam para o terceiro.

Em meados de abril, a epidemia começava, finalmente, a declinar em Antonina, cidade mais atacada, dando ensejo então ao surgimento de notas de agradecimento. Agradecimento aos médicos Justino de Mello e Franco Grillo, aos atendentes, aos enfermeiros e aos práticos que cuidaram com zelo e humanidade dos pacientes no hospital provisório criado **extra-muros** da cidade, pela Comissão Sanitária.

Apesar de a epidemia estar se extinguindo no litoral, a população de Curitiba continuava com medo de ser visitada pelo flagelo. Assim, pessoas **anônimas** da comunidade se preocupavam em alertar não só a população, mas chamar a atenção das autoridades para o fato, no sentido de se preservar a região de serra acima da febre amarela. Publicavam-se notas chamativas nos periódicos da época no seguinte teor:

Affirma a sciencia que esta epidemia não sobe alturas. No littoral está fazendo victimas.

A cordilheira nos preserva do terrivel hospede. A proximidade, porém, em que está o flagello é motivo de sustos e receios. Se não sobe até cá qualquer de suas degenerecencias pode nos ser trazida d'aquelle ambiente saturado de miasmas.

Devemos nos precaver.

A limpeza da cidade, a fiscalização dos generos alimenticios expostos a venda, são de necessidade urgente. Conselhos higienicos ao povo também.

Designar-se-ha a illustrissima municipalidade pensar como nós. Cremos que sim.

QUEM VÊ AS BARBAS DO VISINHO ARDER PÕEM AS SUAS DE MÔLHO.

Toda a Curitiba, está muito suja para que fique livre de sentir a repercussão da febre, que grassa em Antonina.

A fidelidade e os habitantes devem reunir seus esforços para que a cidade se acceie.

ALLIADOS DA PESTE.

Por toda a parte agua estagnada, lodo, lama, materias putrefactas essas sujas, pouco arejadas, quintaes immundos;

Açougues fedorentos, couros a secar. Vive-res pouco saudaveis, e até nocivos expostos á venda; cervejas de tudo e de todo preço, que se bebem e se pagam com dinheiro e com a saude; carnes ensaccadas depois de "azedas". Pão e brõa que cresce e se leveda com drogas prejudiciaes. Aguas estofadas, poucos banhos, muitas latrinas mal construidas, pouca cal nas paredes, lixo amontoado nas casas, nada de fumigação, muita negligencia e muita irregularidade. Eis os aliados da peste. É toda esta frandulagem que nos dá direito a visita próxima dos filhinhos e netinhos bastardos da verdadeira "Amarella", que nos amarella de susto e esta fazendo emigrar os habitantes de Antonina.⁹⁵

O ano de 1879 caracterizou-se pelo aparecimento de casos esorádicos, não chegando a um caráter epidêmico. No mês de maio, foram registrados em Antonina casos graves de febre amarela em estrangeiros. Esses casos aconteceram onde havia maior concentração de russos-alemães e, como não pode-

⁹⁵A PEDIDO. Dezenove de Dezembro. Curityba, 27 mar.1878. n.1895, p.2.

ria deixar de ser, o fato alarmou a população litorânea.

Durante os primeiros meses do ano, em Paranaguá, manifestaram-se alguns casos de febre amarela a bordo de navios do porto, na sua maioria procedentes do Rio de Janeiro. Quando constatada a presença de doentes pelo inspetor de saúde do porto, eram eles levados ao lazareto da ilha das Cobras.

Fato curioso diz respeito ao atendimento dos navios em quarentena na ilha das Cobras. Em particular, o paquete **Rio Grande**, cujo comandante, Adriano Moreira da Costa Lima, e seus passageiros apresentaram queixas à presidência, denunciando o modo como foram tratados pelo inspetor de saúde no trajeto para a quarentena, bem como enquanto esta perdeu. Em relação ao trajeto, reclamaram por ter sido usado um pequeno escaler; e quanto à quarentena, contestaram a qualidade dos serviços e da roupa de cama usada por outros doentes. Mais ainda, cobram toda a responsabilidade no inspetor, já que este transferia a culpa à presidência sempre que eles faziam queixas. Diante do ocorrido, a presidência passou a se defender publicamente, dizendo que, na verdade, grandes ou pequenas, nenhuma das reclamações deixou de ser atendida.

Dias depois, novos incidentes ocorreram, quando foi recolhido um doente de febre amarela no lazareto. Assim os passageiros que ali se encontravam tiveram sua quarentena suspensa, voltando para a terra. Nessa ocasião, o enfermeiro praticou uma contravenção ao abandonar o doente que estava sob seu cuidado, seguindo para a cidade onde entrou em contato com a população.

Nesses acontecimentos, é curioso o pedido de sigilo por parte da presidência, o que não impediu entretanto que a população ficasse a par dos fatos. Foram publicadas notícias sobre o assunto no jornal **Dezenove de Dezembro**, o de maior circulação na Província, apesar do alerta que continha o telegrama.

Conseqüentemente, a presidência tratou de nomear Franco Valle para a comissão médica do porto, substituindo o **mau antecessor**.

Nos anos seguintes, os poucos casos registrados ficaram restritos ao lazareto da ilha das Cobras. Todos os doentes eram tripulantes de navios ali chegados.

No relatório sobre o ano de 1881, o presidente Pedrosa afirma:

No litoral, não me consta se apresentasse qualquer caso de febre amarella, se bem que a epidemia apparecesse na côrte.⁹⁶

Em fevereiro de 1882, o então chefe de polícia interino Ernesto de Lima Santos faz uma exposição da saúde pública em Paranaguá, apresentada ao vice-presidente da Província, o conselheiro Jesuíno Marcondes. Relatou aquele chefe de polícia que ocorreu em Paranaguá a morte de um marinho desembarcado dois meses antes. Este faleceu no hospital de Misericórdia, sendo o fato atribuído à febre amarela, de acordo com o médico daquela instituição.

⁹⁶PARANÁ. Governo. 1881 (Pedrosa). **Exposição com que o Dr. João José Pedrosa passou a administração da Província do Paraná ao presidente Dr. Sancho de Barros Pimentel no dia 3 maio 1881.** Curitiba, Typ. Perseverança, 1881.

No entanto, nenhum outro caso apareceu. É certo, porém, que ali sempre havia muitos casos de febres intermitentes, algumas de caráter pernicioso. Tais febres sempre apareciam no litoral, durante as estações quentes, mas faziam em geral poucas vítimas em relação ao número de atacados.

Apesar de a situação não inspirar cuidados, foram solicitadas ao presidente da Câmara Municipal, o Visconde de Nacar, medidas atinentes ao asseio da cidade, o que compreendia a visita mais assídua aos navios ali aportados.

Face à constatação de que o próprio escaler que servia à polícia e à inspetoria de saúde se achava em estado imprestável, não podendo efetivar seus serviços regularmente, foi autorizado o aluguel de um bote para o mesmo fim, à razão de 30\$000 mensais, até que a presidência resolvesse ou determinasse a reconstrução do escaler deteriorado.

Quanto ao lazareto, achava-se em ordem para qualquer eventualidade.

Como não se tinha notícia no Rio de Janeiro, nem no Sul do Império, de febre amarela ou outra epidemia que justificasse quarentena, nenhuma providência foi tomada a respeito.

Depois de 1879, até o final do período provincial, não foram mais registradas epidemias de febre amarela. Apresentaram-se apenas alguns casos esporádicos, que gradativamente desapareceram.


Em termos demográficos, a febre amarela não provocou desequilíbrio na população paranaense. Embora considerada uma **pestilência** aterradora, ela não chegou a causar vazios

QUADRO 2 - INCIDÊNCIAS DE FEBRE AMARELA NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1889

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89		
GUARATUBA																																						
PARANAGUÁ				36 37																				30 18		479 54												
ANTONINA																	X 61																					
MORRETES																																						
PORTO DE CIMA																																						
CURITIBA																																						
SAO JOSÉ																																						
CASTRO																																						
RIO NEGRO																																						
PALMEIRA																																						
LAPA																																						
IGUASSÚ																																						
PONTA GROSSA																																						
TIBAGI																																						
JATAÍ																																						
S. PEDRO ALCAN.																																						
N. S. DE LORETO																																						
ALD. S. JERÔNIMO																																						
CAMPO LARGO																																						
LITORAL																																						
PLANALTO																																						
EMBARCAÇ/ PORTO																																						
NÃO ESPECIFIC.																																						

Nº de casos
Nº óbitos

X = sem dados específicos

 anos de ocorrências

populacionais. Apesar disso, vários pontos merecem ser revistos com especial atenção, porque traduzem o nível de preocupação da população e da atenção advinda das autoridades da ciência médica, na segunda metade do século XIX.

Em suas incursões pela Província, a febre amarela atingia sobremaneira a faixa litorânea, sendo os portos de Paranaguá e de Antonina os mais atingidos. Eles eram a principal porta de entrada no Paraná e, conseqüentemente, os primeiros a receber uma gama de população que ali transitava de uma região a outra, tendo esses portos como lugares de escala. Muitas vezes, algum viajante era portador do mal e em sua estada transmitia a doença para a população daquelas cidades.

No tocante ao litoral, além das decorrências por sua localização geográfica, o próprio clima da região favorecia o aparecimento de surtos, não só pelo calor excessivo, como pelo pouco asseio da população e das cidades. As casas eram mal instaladas, os animais viviam soltos, havia lixo, lama, águas infectadas e pântanos no centro da cidade. Com isso, a população, sem atinar para os preceitos de higiene e de saneamento básico, favorecia a proliferação da febre.

Já a região acima da serra, ou interiorana, foi privilegiada em relação ao flagelo em estudo. Seu saneamento básico e as suas condições de saúde não diferiam muito do litoral, mas a Serra do Mar a isolava de certa maneira da região litorânea. Ainda, a região interiorana era beneficiada por um clima bem mais ameno, sobretudo no verão. Era jus-

tamente nessa época que o mal proliferava mais intensamente em outros lugares.

Outro fato que merece especial atenção é a entrada de imigrantes que vinham se instalar em diferentes regiões da Província. Em sua chegada, o primeiro lugar de paragem era, sem dúvida, as cidades do litoral. Ali permaneciam alguns dias até seguirem viagem, a fim de se instalarem definitivamente nas colônias que lhes eram destinadas. Esta curta estada no litoral constituía tempo suficiente para o cumprimento do período de incubação que, sabe-se hoje, dura de 3 a 6 dias. Assim, os primeiros casos se manifestavam ali mesmo. Por decisão legal, bastava haver um único indivíduo infectado para que a população componente do grupo fosse cumprir a quarentena, via de regra, no lazareto da ilha das Cobras.

Mesmo assim, na região do planalto, que era menos exposto à febre maligna, o pavor da sua aparição era grande. Evidentemente, o medo era maior ainda na região costeira. A simples notícia de focos epidêmicos na Corte ou em outros pontos do país era motivo suficiente para as localidades se organizarem no sentido de prevenir e reagir contra a possível invasão da moléstia. Nessas ocasiões apelava-se para toda sorte de medidas, desde aquelas voltadas para a higiene e saneamento básico até às preces e orações.

Todo este alarde nem sempre resolvia muito, ou melhor, nem sempre atingia o objetivo esperado, porque a ciência médica não conhecia a forma de transmissão da doença. Atribuía-se o fato às mudanças repentinas da estação, aos

miasmas paludosos, à chegada de imigrantes e à alimentação estragada. Nada era conhecido nesse período sobre o papel desempenhado pelo mosquito **Aedis aegypti** na transmissão e como fonte de infecção para o homem. Tampouco adiantavam os cordões sanitários e as medidas de isolamento em lazaretos, hospitais provisórios e áreas afastadas no campo, pois tal doença não se transmite por contágio direto, nem através de objetos e roupas contaminadas. Assim, embora fosse tomado um grande número de medidas de caráter permanente, preventivo e ocasional, elas não tinham qualquer efeito médico, uma vez que não atingiam o fim proposto.

O pavor da população não se manifestava apenas em termos de transmissibilidade; referia-se também à falta de recursos. Estes recursos estavam relacionados com a ausência de facultativos médicos e de enfermeiros disponíveis na Província para atender as populações infectadas, bem como de medicamentos, dietas, locais apropriados e equipados para o tratamento e a convalescença. Havia, na verdade, uma carência geral, à qual se somava a verba rarefeita destinada aos **socorros públicos**, rubrica presidencial utilizada no atendimento da população durante as calamidades, entre os quais estavam as **epidemias**.

A esse estado de coisas, acrescentava-se a demora nas comunicações e a falta de medidas governamentais eficientes e efetivas, além do pouco avanço da ciência e do despreparo ou baixa experiência de alguns facultativos. Ocorriam, não poucas vezes, o diagnóstico incorreto da febre amarela, atribuições errôneas e tratamentos inadequados.

A febre amarela, na sua inciência, não escolhia sexo, idade ou etnia. Contudo, grande parte das vítimas era encontrada na população estrangeira recém-chegada e na tripulação de embarcações ancoradas nos portos.

Na verdade, durante a segunda metade do século XIX, houve dois grandes períodos epidêmicos no Paraná, o primeiro correspondendo aos anos de 1857 a 1859, e o outro, aos anos de 1873 a 1879, sendo este maior e mais intenso. Os meses preferidos pela maligna iam de fevereiro a março, ocasião em que ocorria a maioria dos casos, correspondendo ao período mais quente e chuvoso do ano.

4.2.2 Febre perniciosa e febre puerperal

As febres dizimavam e atingiam as populações brasileiras nos séculos passados, não privilegiando idade, sexo, profissão ou naturalidade. Várias febres propagavam-se endêmica e epidemicamente, a exemplo da febre puerperal e da febre perniciosa.

A primeira invadiu a Lapa. O médico Santos Lima registrou a ocorrência de uma pequena epidemia, em janeiro de 1876, de febre puerperal. Quanto à outra, ocorreu em 1878 uma **febre perniciosa** entre os imigrantes russos estabelecidos em Ponta Grossa e Castro, conforme consta no ofício do senhor Moreira. Nestas localidades, existiam mais de dois mil colonos. Sobre este assunto o autor acrescenta:

Há diversos colonos que estão soffrendo de ophtalmia, coqueluche e outras enfermidades ligeiras, mas em geral é mui satisfactorio o estado sanitario que em breve será excellente, quanto os individuos que se achão ainda amontoados em diversas fazendas tenhão de resistir em suas respectivas casas, cuja, construcção vai em bom andamento.⁹⁷

Mas, sem dúvida, a febre que mais malefícios causou às populações passadas foi a febre amarela, imprimindo verdadeiro pânico às comunidades, bastando para tanto a notícia de sua possível chegada.

4.2.3 Catarro brônquico

O catarro brônquico infestou epidemicamente a Província mantendo uma sazonalidade. Nesse sentido, verificava-se sua maior ocorrência durante os períodos correspondentes ao outono e à primavera. Muitas vezes, essa moléstia vinha acompanhada de outras, como o crupe e a pneumonia.

Em Palmeira, no ano de 1875, verificou-se uma pequena epidemia de catarro brônquico, manifestando-se com febre de caráter benigno, sem haver nenhum caso fatal. O período de maior incidência correspondeu à primavera, e a causa era atribuída a resfriamentos relacionados às repentinas mudanças de temperatura. Registraram-se, também, alguns casos de crupe durante o inverno, cujas causas eram desconhecidas, sem apresentar um caráter epidêmico.

⁹⁷MOREIRA, P. Correspondência. Ponta Grossa, 30 dez.1878. In: OFFICIOS, 1878. v.23, p.195.

Em Curitiba, a pneumonia e o catarro brônquico eram endêmicos, fazendo parte da bagagem patogênica da população. Contudo, por vezes, entre o outono e a primavera suas ocorrências tomavam a forma epidêmica, de acordo com Jayme Reis. Segundo ele, as epidemias mais notáveis processaram-se em 1877-1879, 1881, 1883 e 1895. As causas que propiciaram o mal estão na inconstância do clima, na altitude, no pó das ruas e das fábricas de erva-mate.

4.2.4 Coqueluche

Também a coqueluche manifestava-se na Província do Paraná com freqüência sazonal, preferencialmente na população infantil.

4.2.4.1 Definição

A coqueluche, conhecida vulgarmente por tosse comprida, ou tosse convulsa, era definida no século XIX como uma tosse violenta, convulsiva ou vômica. Suas manifestações apresentavam-se com intervalos mais ou menos longos e consistiam em expirações sucessivas, seguidas de uma inspiração sonora. As causas da coqueluche não eram bem conhecidas. Entretanto, sabia-se que acometia preferencialmente as crianças. A sua primeira manifestação conferia imunidade permanente ao paciente. Entretanto, a nível populacional, a doença assumia um caráter contagioso rápido.

Sabia-se que a coqueluche durava em média de um a dois meses, podendo prolongar-se até seis ou mais. Consistia numa moléstia perigosa para os lactentes, uma vez que podia causar asfixia. Além disso, durante sua manifestação, podiam ocorrer complicações, sendo mais freqüentes as bronco-pneumonias, a tuberculose do tipo **miliar aguda** e as hemorragias.

Segundo Jayme Reis, o microorganismo gerador da coqueluche localizava-se na garganta e aí persistia provocando os acessos intermitentes e convulsivos de tosse, pela sua ação irritativa sobre os **filetes nervosos** da mucosa da laringe e da traquéia, especialmente na região **arytenoide** e **inter-arytenoide**, onde se acumulariam mucosidades esbranquiçadas que, uma vez expelidas, punham fim temporário à tosse, até novamente serem produzidas pelo organismo.

O tratamento consistia em xaropes, pastilhas, tinturas, vomitórios e outros cuidados. Durante o acesso da coqueluche, era aconselhado apoiar a criança, no caso de estar deitada, e de segurar fortemente a mão na testa. Davam-se ao doente colheres de água fria, caldos ou chá-da-índia para diminuir a intensidade e a duração da tosse. O vomitório era feito no intervalo dos acessos com o auxílio de **poaya** em pó acondicionada a água morna, variando a quantidade conforme a idade.

Ao longo do período estudado, outros tratamentos foram surgindo e amplamente divulgados nos periódicos que circulavam na Província. Alguns tinham até mesmo caráter revolucionário, como a inalação de gases, utilizada na Europa.

Remédio Fácil - Lê-se no Dagbladet de Utrechts. Ha dias que se faz a experiencia de mandar as crianças que tem coqueluxe a fabrica de gaz para lhe fazer aspirar por alguns momentos os vapores que produz a purificação do gaz. Nenhuma experiencia falhou, e apenas as crianças tinham aspirado estes vapores produzia-se uma melhora sempre seguida de perfeito restabelecimento.⁹⁸

As medidas sanitárias sugeridas pelos médicos consistiam no isolamento. Havia, entretanto, consciência de que este isolamento era quase impossível a nível familiar, ainda mais em se tratando de crianças. Propunham ainda a esterilização da mucosidade expelida pelos doentes, bem como a desinfecção dos aposentos.

4.2.4.2 Coqueluche no Paraná

Segundo Lycurgo Santos Filho, a coqueluche não existia no Brasil antes de 1500. Nessa época, sua primeira manifestação vitimou os indígenas em surtos graves, acompanhados de complicações pulmonares. Como causas essenciais, o médico salientou os fatores meteorológicos, ou seja, as mudanças bruscas de temperatura, os ventos constantes, o sereno e a umidade, entre outras.

No Paraná, a primeira notícia da coqueluche é registrada por Antônio Vieira dos Santos, em sua carta de 25 de maio de 1818 a seus parentes em Portugal, onde se refere à doença dizendo:

⁹⁸REMÉDIO Fácil. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 21 maio 1864. n.487, p.4.

(...) presentemente todos andam bons, a exceção de algumas crianças que têm estado bem doentes com uma peste que tem reinado em tôdas estas Cistas Americanas neste anno; de um fluxo catarral, com uma tosse comprida que tem feito grandes mortandades por tôda a parte, principalmente em crianças, mas por ora, graças aos céus, nenhum de minha família não tem perigado.⁹⁹

Ao falar de Morretes, prossegue o autor:

Na Estação do Outomno, até a do inverno e desde Abril até Agôsto de 1818 houve em Morretes bem como quazi em toda côsta Brasileira hua tosse convulsiva, chamada comprida, e os Francezes a denominação cõqueluche da qual, morrerão muitas crianças, não podendo reziztir ao intimo esforço com que a tosse atacava as pessoas affectadas dessa enfermidade.¹⁰⁰

Novamente em 1857, a **tosse convulsa**, como foi referida por Francisco Liberato de Mattos, então presidente da Província, manifestou-se em Curitiba e em outras localidades, mas só em Morretes registraram-se casos fatais. Estes foram confirmados pelo doutor Murici, em relatório enviado à presidência:

Cumpre-me ainda dizer a V. Ex^a que grassa nesta Villa (Morretes) a epidemia da coqueluche, que algum estrago vai fazendo nas crianças sendo já o número de mortos, segundo uma relação que pedi ao Vigario de 43, dado de janeiro findo até 20 deste, em que sepultarão-se seis.¹⁰¹

⁹⁹VIEIRA DOS SANTOS. [In: MOREIRA, J.E.], p.62.

¹⁰⁰VIEIRA DOS SANTOS, p.77.

¹⁰¹MURICI, J.C.S. Correspondência. Curityba, 22 fev.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.130-1.

Em 1863, a coqueluche, embora de caráter **benigno**, fez algumas vítimas na Província, principalmente na cidade de Morretes. Sua notícia se dá no relatório médico de Bousquet:

Grassando a coqueluche (tussis pnererum convulsiva de Willis) em Morretes, fui autorizado pelo Exmo Snr. Dor. Presidente da Província para estabelecer hum hospital ad-hoc, no caso provavelmente de invasão da nova epidemia n'este municipio; athé hoje, porem não tenho usado d'essas faculdades, tanto porque os casos tem sido poucos, como porque elles tem se manifestado em casas abastadas ou em sitios distantes d'esta cidade. Julgo que poucos receios devemos ter d'esse novo flagello; 15 ou 20 casos tenho observado, e todos elles, bem que alguns fossem assustadores, tem cedido ao emprego dos Pôs de Dorrer, fraccionados, e das belladona em poção com o oscimel sallítico.¹⁰²

No ano seguinte, esta doença manifestou-se novamente no litoral, só que agora em Paranaguá, fazendo, contudo, poucas vítimas.

No início de 1865, ela apresentou-se de forma benigna não só em Paranaguá, como também em Curitiba, onde já se fazia presente desde o ano anterior.

Por vezes, manifestações esporádicas ocorriam na Província, como foi o caso de Rio Negro, em meados de 1873. Também apareceu juntamente com o sarampo em colonos de Ponta Grossa, em 1878, durante o mês de dezembro. Novamente despontou em Paranaguá, de 1879 até os primeiros meses do ano seguinte, uma coqueluche de caráter benigno, atingindo apenas a população infantil.

¹⁰²BOUSQUET, Relatório ... 1863. v.1, p.65.

Já no final do período provincial, Jayme Reis citou a coqueluche em Curitiba, salientando que durante todo o ano foram observados casos que só raramente se revestiram de forma epidêmica. Normalmente, a manifestação era concomitante com a varicela e o sarampão, sendo raríssimos os casos fatais.

Em 1885, época em que a epidemia de coqueluche, foi extensa e demorada, o Dr. Trajano apenas teve notícia de uma criança de dois meses, que faleceu asphyxiada no momento do acesso, sem ter havido complicação alguma durante o curso da affecção.¹⁰³

Em 1888, o então presidente Faria Sobrinho referiu-se aos danos que a coqueluche provocou à população da capital e do litoral em seu relatório:

No 1º semestre deste anno reinou a coqueluche com character epidêmico, herança que nos legou o anno passado, produzindo entre as crianças avultado numero de óbitos pelas complicações de que se revestio. (...) Nenhuma epidemia, felizmente, temos a registrar senão a continuação durante a primeira metade do anno, da coqueluche, começada em 1886, e propagando-se às vizinhas cidades de Antonina e Morretes, causando não pequena mortalidade no mundo infantil.¹⁰⁴

Na verdade, a doença em curso, durante o período estudado, manifestava-se periodicamente sobretudo entre a população infantil, tendo como característica o seu caráter benigno. Entretanto, assumia por vezes caráter epidêmico. Os

¹⁰³REIS, p.85.

¹⁰⁴PARANÁ. Governo. 1888 (Faria Sobrinho), p.11-5.

QUADRO 3 - INCIDÊNCIAS DE COQUELUCHE NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1889

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89			
GUARATUBA																																							
PARANAGUÁ					■						■	■															■	■							■				
ANTONINA																																							
MORRETES				X ⁴³ 6						■																													
PORTO DE CIMA																																							
CURITIBA				■							■	■																											
SAO JOSÉ																																							
CASTRO																																							
RIO NEGRO																				■																			
PALMEIRA																																							
LAPA																																							
IGUASSÚ																																							
PONTA GROSSA																										■													
TIBAGI																																							
JATAÍ																																							
S. PEDRO ALCAN.																																							
N. S. DE LORETO																																							
ALD. S. JERÔNIMO																																							
CAMPO LARGO																																							
LITORAL																																							
PLANALTO																																							
EMBARÇAÇ/ PORTO																																							
NÃO ESPECIFIC.																																							

Nº de casos
N.º óbitos

X = sem dados específicos

■ anos de ocorrências

motivos que levavam a manifestações de longo alcance não são possíveis precisar. Sabe-se, contudo, que nestes momentos, quando em determinadas circunstâncias ocorriam complicações, a mortalidade atingia índices insignificantes.

As localidades mais privilegiadas eram as do interior, onde as ocorrências eram bastante rarefeitas.

Já na região litorânea, a presença da coqueluche era mais freqüente, bem como em Curitiba. Dessa forma, segundo os médicos da Província, tanto a coqueluche como a escarlatina tornaram-se endemo-epidêmicas na capital.

4.2.5 Escarlatina

No final do período provincial (1889), houve manifestações de escarlatina, de acordo com o relatório de Jayme Reis. Ela foi trazida por imigrantes estrangeiros, sendo que três meninas vieram a falecer:

Curityba teve a felicidade de povoar-se em pouco tempo com o grande auxilio da emigração europeia; mas teve também a infelicidade de receber em seu seio os germes de muitas moléstias até então desconhecidas.

Ela povoou-se rapidamente; porem tem lamentado muitas vidas que cessaram, chorando muitas dores e vertido muitas lagrimas.

A escarlatina faz parte do grupo das moléstias importadas. Actualmente ella é endemo-epidêmica.

Foi em 1889 que colonos polacos chegaram à Curityba, trazendo consigo crianças em diversos períodos de escarlatina. As pessimas condições hygienicas em que se achavam no momento do desembarque, continuaram no simulacro de hospedaria que lhes deram para agasalho.

Não tardou que a cidade fosse infestada pela moléstia. Ella prolongou-se pelo anno de 1890 e reunida ao sarampão e a variola feriram de morte muitas pessoas, sendo o maior quinhão pertencente aos infelizes polacos entregues a sua agra sina.¹⁰⁵

Prossegue o autor, observando que as epidemias de es-carlatina em Curitiba eram sempre prolongadas, devido à multiplicidade de causas que a favoreciam. Essas condições eram oriundas da população, sobretudo durante os meses frios do ano, correspondendo ao inverno — período em que a doença re-crudesce.

4.2.6 Febre intermitente

Na Província, diferindo da esscarlatina, durante os meses quentes do ano, manifestavam-se diversas formas de febres. Entre elas destaca-se a febre conhecida por febre intermitente.

4.2.6.1 Definição

Segundo a medicina da época, essa febre differia da febre contínua por modificar particularmente o sistema nervoso, bem como suas causas eram outras e sua marcha e tratamento seguiam um ritmo próprio.

Tal febre intermitente, dentro da classificação do século XIX, encaixava-se como uma manifestação do impaludis-

¹⁰⁵REIS, p.183.

mo ou moléstia paludosa em primeiro grau. A tese de Guilherme Pereira da Silva Belmonte, intitulada **Do Diagnóstico e Tratamento das Moléstias Paludosas**, em 1873, vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, demonstra tal classificação, no quadro a seguir.¹⁰⁶

Impaludismo - As affecções dos tres grãos podendo existir em estado simples ou em estado pernicioso	1º Grão	{	Caracterizado por Febre Intermittencia, qualquer que seja o typo observado.	{	Febre quotidiana " terçã " dupla terçã " quartã " dupla quartã etc., etc.
	2º Grão	{	Caracterisado: 1º - por Febre Intermittencia; 2º - por intermittencia sem febre.	{	Febre remittente " pseudo-continua " larvada
	3º Grão	{	Caracterisado por accidentes os mais variados que se podem referir a perturbações nervosas graves ou insolitas, sem Febre, nem intermittencia, perturbações nervosas que se não podem explicar pela existencia de qualquer outra <u>entidade morbida</u> e que são curadas pela quina, como as affecções palustres do primeiro e do segundo grãos.	{	Designação tirada do symptoma <u>predominante</u> ao qual se ajunta o epitheto: <u>palustre</u>

Durante o período provincial, febre intermitente era a denominação mais freqüente de uma doença universalmente conhecida por **sezão, terçã, quartã e maleita** pelos portugueses, **calentura**, pelos espanhóis e **malária** ou **febre palustre**, pelos italianos.

Por ser uma febre infecciosa, o seu agente causador era atribuído ao miasma, cuja origem estava no solo que guardava determinadas condições. Assim, a causa mais geral, segundo Castan, em **Tratado das Febres** (1872), seria um miasma particular proveniente dos pântanos, chamado **eflúvio paludoso**.

A essa causalidade somavam-se as condições regionais, os terrenos improdutivos ou mal cultivados, o encontro das águas salgadas com as doces, as condições meteorológicas, as inundações, a presença dos ventos.

Quanto à sintomatologia, distinguiam-se três períodos: o de frio, o de calor e o de suor.

A febre intermitente podia manifestar-se ainda em seu caráter pernicioso, quando os sintomas eram tão graves e sua marcha tão violenta, que levavam o paciente a óbito após alguns acessos. Essa forma era conhecida como **intermitente maligna**, ou simplesmente **maligna**.

O tratamento utilizado correspondia diretamente aos sintomas de cada momento. No período de frio, o objetivo era prontamente restabelecer o calor com chás, panos quentes e botijas cheias de água fervente nos pés. Durante a febre, o medicamento mais indicado era o sulfato de quinina, cuja dose variava conforme a idade e o estado do doente. Também os vinhos eram utilizados. Se após quinze dias a moléstia não cedesse, aconselhava-se o emprego de cozimentos para serem empregados nos intervalos dos acessos, como o de **pão-pereira**, e de café verde, compreendendo-se com isso o café não-torrado.

Tem-se visto febres, que resistiram a todos estes medicamentos, cederam às vezes a meios estranhos e a remedios caseiros. Muitas vezes um grande susto, uma emoção forte, uma queda grave, tem posto fim a febres que nenhum medicamento pôde curar. Em alguns casos rebeldes é necessário mudar de morada.¹⁰⁷

Na febre intermitente perniciosa, aconselhava-se agir com maior rapidez. Já nas manifestações de dores no ventre, cabeça ou peito, deveriam aplicar-se bichas sobre o local, ou até recorrer à sangria do braço.

4.2.6.2 Febre intermitente no Paraná

Sabe-se que o paludismo alastrava-se endemicamente no Brasil, desde o princípio da colonização. Na verdade, a malícia ou febre intermitente, como era mais conhecida no Paraná, parece ter acompanhado os europeus desde a sua chegada ao continente americano. As tropas de Dom Álvaro Nunes Cabeza de Vaca foram acometidas pela febre, em 1541, quando alcançaram o rio Paraná com destino ao Paraguai. Afirma Júlio Moreira que após essa menção à doença, somente duzentos anos depois são-lhe feitas referências nos sertões do Paraná.

Em 1770, quando das Bandeiras Curitibanos encarregadas de abrir caminho ao Iguatemi, sob o comando de Estêvão Ribeiro Bayão e Francisco Nunes Pereira, foi enviada uma comunicação ao capitão-general Dom Luís de Souza, onde mencionaram a presença da febre palustre dizendo:

¹⁰⁷ CHERNOVIZ, p.1095.

Em dezembro saio do sertão o Capitão Estevão Bayão, gravemente enfêrmo, vindo pela guarda do Pôrto de S. Bento e sem demora a sua casa, onde fâleceu no terceiro dia que a ela chegou (...).

O destino tinha reservado ao Capitão Nunes igual fim, mais triste ainda do que tivera Bayão, sem deixar o itinerário de suas excursões.

O terceiro personagem dessa triste e desastrada aventura através as florestas do Ivaí, Francisco Lopes da Silva, terminou seus dias indo em socorro da Praça de Iguatemi, onde morreu em março de 1772.

O impaludismo tornou-se o fantasma dessa região (...).¹⁰⁸

Na verdade, tanto em Paranaguá, como em outras regiões litorâneas, a febre intermitente tornou-se endêmica, divergindo assim da região do planalto curitibano, onde os seus casos eram raros.

Em Paranaguá e seos arredores reinão endemicamente as febres intermittentes, como em todos os lugares pantanosos ou de mangues do litoral do Imperio, conforme as estações. E se apparecem casos fataes, pode-se attribuir isso, em grande parte, à falta de prontos e adaptados recursos por toda a extensão territorial d'aquellas localidades.

Felizmente em serra-acima ainda não tive occasião de ver em minha clinica um só caso d'essa enfermidade; sem duvida por que a bondade do clima e a ventilação constante sobrepujão a acção nociva dos miasmas que tornão mephitica a atmosphaera ambiente dos lugares paludosos ou humidos da serra abaixo.¹⁰⁹

¹⁰⁸MOREIRA, p.67

¹⁰⁹MURICI, Relatório ... 1861. v.22, p.5.

Nos meses de abril a junho de 1862, registraram-se dezenove óbitos de febre intermitente em índios do aldeamento Nossa Senhora do Loreto de Pirapó, situado na margem esquerda do rio Paranapanema, em consequência das enchentes do rio. A mortalidade era considerada elevada pelo Presidente da Província, uma vez que a população da aldeia era pequena. Como medida assistencial, o governo orientou a remoção do aldeamento para um local mais salubre e remeteu para lá uma ambulância com medicamentos.

Nesse mesmo ano, no mês de setembro, em Morretes, desenvolveu-se uma febre perniciosa que levou à morte seis indivíduos. O povo a denominou **tifo** e ficou bastante alarmado. A presidência da Província, assim que soube do acontecido, destinou ao local o médico Cabussú. Este, em seu relatório sobre o diagnóstico da enfermidade, afirmava tratar-se de **febre remitente perniciosa**. Segundo Cabussú, a febre perniciosa identificava-se com a febre intermitente, embora com características próprias, justificadas em seu relatório médico:

As mesmas causas que concorrem para o desenvolvimento da febre intermitente dão lugar ao aparecimento desta: existe pois uma identidade completa entre estes dois generos de affecções: os symptomas, a marcha, e sobre tudo o tratamento são os mesmos. Há contudo uma differença que as distingue, e esta differença acha-la-hemos no grão de cada uma dellas. A febre perniciosa depende da maior actividade dos miasmas paludozos, os quaes alem de produzirem as mesmas alterações que se manifestão na febre intermitente simples, estendem a sua acção até aos centros nervosos, apresen-

tando por isso maior gravidade, que é ao mesmo tempo auxiliada por uma marcha mais rápida.¹¹⁰

Durante o período provincial, era costume os médicos oficiais do governo enviarem anualmente ao presidente um relatório, onde discorriam sobre o estado sanitário e as moléstias que mais haviam incidido sobre a população, fazendo um breve relato das condições de saúde da população. Em um desses relatórios, o referente ao ano de 1865, Alexandre Bousquet, médico do porto de Paranaguá, dizia textualmente que as febres intermitentes, após terem desaparecido daquela cidade, tornavam a grassar já havia dois anos. Por isso, era inevitável que o novo aparecimento se tornasse endêmico, devido à negligência no tratamento do mangue dos inúmeros terrenos paludosos ao redor da cidade. Mangues, esses, cuja existência impedia a dessecação dos lugares infectados pela estagnação das águas **miasmáticas**.¹¹¹

No mesmo ano, também em Guaratuba, registraram-se casos benignos de febre intermitente. Nos anos seguintes, foram verificadas no litoral febres de caráter benigno, alastrando-se preferencialmente de janeiro a junho.

Em 1867. a vítima da moléstia foi o aldeamento do Paranapanema, de acordo com a presidência da Província, que enviou duas ambulâncias com medicamentos para o tratamento dos indivíduos acometidos da enfermidade. E, em 1869, foi a

¹¹⁰CABUSSU, O.C. Relatório médico. Curitiba, 7 jan.1863. In: OFFICIOS, 1863. v.3, p.58-9.

¹¹¹BOUSQUET, A. Relatório médico. Paranaguá, 23 nov.1865. IN: OFFICIOS, 1865. v.21, p.11.

vez de Rio Negro, outra localidade interiorana, situada na região Sudoeste da Província.

A fala imperial de seis de maio de 1884 traduz o quadro da enfermidade febril ao longo do período provincial, dizendo que: "Grassava em diversos pontos do Imperio as febres paludosas, endemicas em certas regiões do littoral"¹¹².

O Paraná não fugia à regra. Nas localidades litorâneas de Paranaguá, Guaratuba, Antonina, Morretes e Porto de Cima, a febre intermitente era uma constante, incidindo anualmente sobre a população, em caráter benigno e raros casos fatais. A situação só melhorava quando as regiões pantanosas eram tratadas ou extintas. Neste caso, não se registram ocorrências, segundo o que afirmam algumas Câmaras Municipais da região.

Além do litoral, as populações ribeirinhas também se tornaram presa fácil da febre intermitente, mais uma vez provocada pela presença de charcos, banhados e pântanos. É o caso do rio Paranapanema, do aldeamento indígena do Pirapó e da colônia militar do Jataí. No Sul da Província, a localidade vitimada foi Rio Negro.

Em Curitiba, afirmava Jayme Reis que não se podia negar a presença do mal, embora não tivesse um caráter epidêmico. Isso se dava porque a região mais populosa da cidade assentava-se sobre banhados.

Basta isto, basta esses pantanos artificiaes, entretidos pelo descuido, pelo indifferentismo, pela ignorancia, para acre-

¹¹²FALLA. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, maio 1884. n.107, p.1.

QUADRO 4 - INCIDÊNCIAS DE FEBRE INTERMITENTE NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1889

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89					
GUARATUBA												■																													
PARANAGUÁ	■										■	■																													
ANTONINA																																									
MORRETES									X																																
PORTO DE CIMA																																									
CURITIBA																												■													
SAO JOSÉ																																									
CASTRO																																									
RIO NEGRO																	■																								
PALMEIRA																																									
LAPA																																									
IGUASSÚ																																									
PONTA GROSSA																																									
TIBAGI																																									
JATAÍ																																									
S. PEDRO ALCAN.																																									
N. S. DE LORETO									X				■																												
ALD. S. JERÔNIMO																																									
CAMPO LARGO																																									
LITORAL																																									
PLANALTO																																									
EMBARÇAÇ/PORTO																																									
NÃO ESPECIFIC.																																									

Nº de casos
Nº óbitos

X = sem dados específicos

■ anos de ocorrências

ditar-se na existencia das febres paludosas.

A verdade é que em Curityba o paludismo é endemico e activo.

A emigração estrangeira, os trabalhos da estrada de ferro athrahindo batalhões de operários augmentaram a olhos vistos a população urbana.

A cidade estendeu-se consideravelmente em area; as construcções, principalmente as de madeira, pullularam de modo surpreendente; as concessões de terrenos, feitas pela municipalidade foram grandes.

A actividade do homem poz em relevo o dos micro-organismos do - malaria.¹¹³

O autor continua dizendo que em 1881 foram concedidos terrenos de banhado a agricultores estrangeiros por iniciativa de seu pai, Trajano Reis. A concessão prendia-se à condição de dessecá-los e aproveitá-los plantando milho, girassol, eucaliptos e outras plantas com o objetivo de saneamento. Nessa mesma época, converteu-se o vasto pântano da região Nordeste da cidade em passeio público, abrindo-se canais para dar escoamento às águas do rio Belém. Para tal, decidiu-se também aterrar o pântano e para isso empregaram-se centenas de trabalhadores. Conseqüentemente, o elemento paludoso atacou forte, larga e perniciosamente, não só os obreiros, mas os habitantes da cidade. A epidemia foi geral e muitos foram vitimados, pagando com a vida.

A causa do mal foi não só atribuída à atividade de dessecamento dos pântanos, mas também ao fato de a população respirar o ar infectado e de beber águas impuras. Foi somente no final do século XIX que se encontrou a verdadeira cau-

¹¹³REIS, p.152.

sa da malária, descoberta por Laveran e Richard no protozoário da espécie *Plasmodium vivax*, responsável pela febre tercã benigna.

Na capital, a incidência do mal dava-se geralmente de novembro a abril, atenuando-se com a chegada do frio e das geadas. Quanto ao tipo de febre que ocorria, Jayme Reis afirma que:

Na época em que houve os grandes movimentos de terra (...) e que, por tanto, o germen do paludismo lançou-se forte sobre a população, as suas manifestações abrangeram todos os typos conhecidos de malária; quero fallar do intermittente simples do intermittente pernicioso, do remittente simples, do remittente bilioso, do continuo, do larvado.¹¹⁴

4.2.7 Afecções gastrointestinais

Tendo o verão como seu principal aliado, freqüentemente tinham lugar as afecções gastrointestinais. A incidência não respeitava sexo e idade, podendo manifestar-se tanto na sua forma benigna como maligna. Em qualquer uma das ocasiões, suscitava grande medo na população. Entre as moléstias gastrointestinais que afetavam as populações paranaenses, tinham lugar de destaque a gastroenterite e a enterocolite, além da enterite e gastralgia e, sobretudo, a disenteria.

¹¹⁴REIS, p.153-5.

4.2.6.1 Definição

A gastroenterite era definida no século XIX como sendo uma inflamação simultânea do estômago e dos intestinos, com sintomas que se complicavam e se agravavam. Quanto à enterocolite e enterite, limitavam-se apenas à inflamação intestinal.

Os sintomas das duas afecções confundiam-se na sua maioria. Inicialmente, observava-se um cansaço geral que precedia uma indigestão, dores do ventre acompanhadas de cólicas e evacuações líquidas, mucosas e biliosas em número considerável. Por vezes, formavam-se ulcerações e quando isso ocorria havia a eliminação de pus com os excrementos. A língua apresentava-se com as bordas secas e rubras; a sede era intensa, a urina vermelha e o pulso freqüente. Se a inflamação não cedesse ou fosse mal tratada, o ventre aumentava de volume, a língua ficava mais seca, adquirindo cor preta, o pulso fraco e mais freqüente; as evacuações alvinas com um odor fétido, não obedecendo a um mecanismo voluntário, sobrevindo ainda delírio, e o doente acabava por sucumbir. No caso de a moléstia ser bem tratada, a febre e as dores diminuía, as evacuações líquidas eram menos freqüentes e o doente melhorava até atingir a cura completa.

As afecções gastrointestinais eram atribuídas ao consumo de alimentos indigestos, tais como as carnes salgadas, peixes moídos, frutas verdes, águas insalubres. Também se arrolava a ingestão de substâncias corrosivas, de purgantes fortes e a supressão súbita da transpiração, havendo muitas outras que poderiam ser apontadas.

Os tratamentos indicados eram os comuns da época, não fugindo à regra: repouso, cataplasmas de linhaça no ventre, clisteres, chás, medicamentos opiados e, sobretudo, a manutenção de uma dieta apropriada à base de caldo de galinha ou de carne magra de vaca, leite, mingaus, ovos, doce de frutas, geléias, frango, galinha e costelinhas de carneiro.

Já a gastralgia, também denominada **cardialgia** ou **gastrodinia**, era definida como dor nervosa do estômago. Segundo Chernoviz, tratava-se de um sofrimento do estômago, puramente nervoso, isto é, sem lesão apreciável do órgão e sem inflamação. Apenas a sensibilidade achava-se modificada, mas o tecido do órgão conservava a aparência normal.

Atribuía-se como causas: temperamento nervoso, vida sedentária, além dos trabalhos intelectuais. Somavam-se a estas causalidades outras como: problemas morais, pesares, emoções vivas, vigílias prolongadas, falta de alimentação, hemorragias abundantes, menstruação, lactação e as fortes intempéries atmosféricas, entre outras.

4.2.6.2 Afecções gastrointestinais no Paraná

Normalmente, era durante as estações quentes que se manifestavam afecções gastrointestinais freqüentes. Isso se devia não só ao calor, mas também à mudança dos hábitos alimentares e ao maior consumo da água. Neste quadro, está o caso da gastroenterite de 1855, que atingiu tanto o litoral, como a região serrana. Teve início em outubro e prolongou-se até março do ano seguinte. No mesmo período, o cólera-morbo

grassava em outras regiões brasileiras. O presidente da Província do Paraná Henrique de Beaurepaire Rohan argumentava que talvez não se tratasse de gastroenterite, mas sim de cólera, no caso, atenuado pelo clima.

A mesma suposição de se tratar do cólera ocorreu em janeiro de 1863, assustando a população de São José dos Pinhais. Desta vez, tratava-se apenas de uma simples gastralgia acompanhada de náuseas, vômitos mucosos, febre, delírio, vertigens, cefaléia e cólica intestinal, segundo o relatório médico de Murici. O autor acrescentava que as coisas se complicaram, resultando em um caso fatal devido ao tratamento dos **entendidos** que empregaram purgantes extremamente fortes e em doses excessivas. A moléstia acometia mais intensamente as pessoas expostas ao sol, como os tropeiros e roceiros. Já a enterocolite de 1867, em Curitiba, manifestou-se com maior intensidade entre as crianças.

Fator semelhante, ou seja, a incidência em crianças, ocorreu em 1876, quando a enterite disseminou-se entre as populações do litoral e Curitiba. O relatório médico de Leocádio Corrêa, enviado ao então presidente Adolfo Lamenha Lins, caracterizava a moléstia como grave e mortífera, pois levou a óbito mais da metade dos casos observados. Acrescentava o autor:

(...) desenvolveu-se em os meses de Abril, Maio e Junho, accommettendo simultaneamente a innumeradas crianças, e tendo como disse terminação fataes na mór parte dos casos.

Consistia em uma gastro-enterite, vomitos aguosos contendo sempre vermes lombricoides, e diarrhea choleriforme abundantissima.

Qual a causa desta affecção? É problema que envolve difficuldades que não posso superar. Com effeito uma causa geral atmospherica não pode ser invocada, embora essa affecção tenha-se apresentado simultaneamente em diversas localidades como Antonina, Morretes, Porto de Cima (e mesmo Curityba, segundo consta-me); mas, porque razão só appareceria só caso se apresentaria em adulto, nem mesmo em criança maior de cinco annos!

Noto porém, a coincidência de todos os doentes apresentarem vomitos verminosos, alguns mesmo deitando esses entozoarios volumosos desenvolvidos, digo, e vivos por simples exposição.¹¹⁵

Durante o segundo semestre de 1886, de acordo com o presidente Faria Sobrinho, ocorreu uma epidemia de gastroenterite na Província, sem registrar grande número de óbitos. Esporadicamente, ao longo do período observado, registraram-se casos de afecções intestinais, sobretudo entre os colonos imigrantes recém-chegados e nas hospedarias de imigrantes.

4.2.8 Disenteria

As epidemias que provocavam perturbações gastrointestinais eram geralmente designadas **disenterias**. Cabe ressaltar neste ponto que, no século XIX, desconheciam-se os agentes causadores do mal, tratando num único quadro patológico tudo que se originasse da diarréia.

Assim, as disenterias bacilares, ahigelosas, salmoneloses, colibaciloses, as ame-

¹¹⁵CORREIA, 1879, p.169.

bianas, as viróticas – somente individualizadas há poucas décadas, na era pastorianiana – e mais as diarréias gripais, as simpáticas e tantas outras, constituíam apenas uma entidade patológica que se caracterizava pela soltura de ventre quando sanguinolenta, a diarréia denominava-se "câmaras de sangue". Além desse, outros nomes receberam as disenterias no passado: "caimbras de sangue, cursos de sangue, ventre solto, fluxos de ventre (...).¹¹⁶

4.2.8.1 Definição

A disenteria, na segunda metade do século XIX, era definida como uma moléstia cujos principais sintomas estavam nas freqüentes evacuações de matérias mucosas misturadas com sangue, acompanhadas de cólicas e de um **sentimento de ardor** no ânus. Jayme Reis afirmava que o micróbio que produzia a disenteria não estava ainda definitivamente determinado, possibilitando inúmeras hipóteses.

Assim, as causas atribuídas à doença eram as mais heterogêneas possíveis, indo desde a influência atmosférica, até a roupa molhada no corpo, o que fica evidente na descrição de Napoleão Chernoviz:

Em primeiro lugar devem anotar-se as temperaturas elevadas; assim, nos países quentes esta affecção, é, com as molestias do figado, uma das que ocasionam maior mortandade. Os calores que succedem ao frio humido, produzem frequentemente a dysenteria. As outras causas são: o uso de comidas indigestas; as carnes que tiverem soffrido uma fermentação putrida, ou que procederem de animaes doentes; as aguas estagnadas e lodosas, a ingestão de substâncias improprias à nutrição, as indigestões repetidas, um simples erro de regimen

¹¹⁶SANTOS FILHO, p.180.

nos convalescentes, enfim, o abuso dos purgantes. Uma causa não menos poderosa, que todas as precedentes, consiste nas emanações fetidas e infectas que se exalam das substancias animaes em putrefacção, ou que se levantam das dejeccões alvinas de homens affectados de dysenteria e reunidos em logares estreitos, como prisões, hospitaes e navios. A roupa molhada ao corpo por algum tempo, o frio humido, sobretudo nos pés, o somno ao ar durante a noite, a residencia em logares baixos e pantanosos, tornam-se também causas de dysenteria.¹¹⁷

A disenteria se manifestava em duas formas distintas: a disenteria benigna e a grave ou maligna. O que era diferenciado pelos sintomas que apresentavam:

O prognóstico é favorável na dysenteria leve; é sempre muito serio na dysenteria intensa. Raras vezes esta molestia occasiona a morte quando ataca somente um indivíduo ou alguns indivíduos isoladamente; pelo contrario, faz estragos espantosos nos acampamentos, hospitaes, cidades citiadas, etc. Dôres excessivas, evacuações quasi contínuas, o fedor cadaverico das materias, os soluços, o esfriamento das extremidades, entre os syntomas, aquelles que annunciam maior perigo.¹¹⁸

No tratamento, eram empregadas algumas medidas visando sobretudo à contenção da diarréia, seu principal sintoma. Suspendia-se a alimentação sólida, que era substituída por água de arroz ou de cevada e solução de araruta. Durante o dia, faziam-se **clisteres** preparados com sementes de linho ou raiz de altéia e sobre o ventre faziam-se cataplasmas de linhaça. Administrava-se o ópio em poções ou pílulas. Caso a

¹¹⁷CHERNOVIZ, p.887-8.

¹¹⁸CHERNOVIZ, p.889.

disenteria não cedesse a esses medicamentos, tomava-se um vomitório.

Aconselhava-se a desinfetar o quarto com o fenol perfumado. As vasilhas e as matérias fecais por uma aplicação de sulfato de ferro em pó.

Durante uma epidemia de dysenteria, convem não se expôr ao contágio; porque esta molestia communica-se às vezes; por conseguinte, é necessário tirar do quarto os excrementos à medida que sejam evacuados, entregar grande asseio, abrir frequentemente as portas e as janellas para renovar o ar, espalhar pelo quarto soluções de chlorureto de cal ou coaltar saponinado de Le Boeuf, como já disse, e não dormir no quarto do doente.¹¹⁹

4.2.8.2 Disenteria no Paraná

No Brasil, as disenterias eram das afecções mais comuns e frequentemente referidas por todos os autores. Elas eram atribuídas à falta de asseio corporal e à ausência de preceitos higiênicos elementares, entre os quais o ato de defecar nos quintais e lançar detritos ao redor das casas, resultando daí poluição da água utilizada, o que auxiliava a propagação das disenterias.

Não conhecendo os agentes causais, os médicos e cirurgiões tratavam em um único quadro patológico denominado as **Câmaras**, que incluía as infecções e as perturbações gastrointestinais. O termo **Câmaras** significava **defecar**.

As disenterias não respeitavam ninguém, podendo grassar endêmica ou epidemicamente. Para Santos Filho, elas foram:

¹¹⁹CHERNOVIZ, p.890.

Responsáveis por uma parte bem significativa do obituário, as disenterias não pouparam a população, assolando tanto os indígenas quanto os colonizadores. Ora benignas, ora graves, de acordo com o agente etiológico, manifestando-se de forma endêmica e epidêmica. Abundam nas cartas e crônicas jesuíticas as referências às "Câmaras de sangue".¹²⁰

No Paraná, em 1629, quando da expulsão dos índios das reduções jesuíticas de Loreto e de Santo Inácio Mini, na margem esquerda do rio Paranapanema, manifestou-se uma epidemia de **caimbras de sangue**, chegando a matar cerca de dois mil índios.

Esse triste episódio foi atribuído ao padre Montóya, que conduzia doze mil índios até as terras do Uruguai, submetendo-os a privações de toda sorte. Relatos do próprio padre nos chegaram, onde ele conta que:

A fadiga, os obstáculos cada vez maiores e os mantimentos, reduzidos a quasi nada, a doenças, os acidentes que se multiplicavam, iam penetrando de desalento a expedição.

(...) Sobreveio a fome, com todos os seus horrores. (...) Nada chegava bastante. Por esse motivo couro de vaca já seco, e até cobras, sapos e mais quanta cousa se via, agarravam para comer.

Em consequência, uma epidemia devastou os fugitivos. Dois mil morreram depois de terem tomado o sacramento.

(...) As possibilidades do sertão fizeram nascer às margens dos ribeiros uns aipos que crescem até ao tamanho de mais vara e têm gosto semelhante ao sal. Cada dia os arrancavam e Deus nosso Senhor os fazia brotar outra vez para ter o povo o que comer, e assim a gente sarou prontamente das

¹²⁰SANTOS FILHO, p.180.

camaras de sangue que tinham dizimado a povoação.¹²¹

Em 1788, Paranaguá sofreu uma grande epidemia de disenteria, falecendo considerável numero de pessoas em poucos dias. A epidemia ficou conhecida como a **Peste Grande**, e sua erradicação foi atribuída à devoção e à piedade dos habitantes que freqüentavam o Terço do Santíssimo Rosário da Mãe de Deus, segundo Antônio Vieira dos Santos:

Foi a grande epidemia que principiou a grassar no povo desta villa de camaras ou dysenterias de sangue, e com tal vehemencia se acendeo a furia della que, em poucos dias se contarão quazi trezentas pessoas falecidas, em hum povo diminuto que, não chega a quatro mil pessoas, cujo furor se applacou depois que, a devoção e piedade dos habitantes se vio frequentada no terço do Santissimo Rozario da Mãe de Deus.¹²²

Novamente Paranaguá foi assolada no biênio 1802-03 e Curitiba também pagou o seu tributo em 1806.

Alguns anos se passaram e em 1810 a população curitibana foi novamente assolada pelo terrível flagelo. Dessa vez, a epidemia foi tão intensa que a Câmara de Vereadores nem pôde se reunir durante o mês de maio. Comenta Júlio Moreira:

A epidemia foi de tal maneira danosa que, em novembro dêsse mesmo ano, depois de ter havido eleições para juizes e vereadores em Curitiba, e de se ter apurado o pelouro e publicado a relação dos votados, três

¹²¹MONTOYA. Conquista espiritual. Anais da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro. In: MARTINS, p.81-2.

¹²²VIEIRA DOS SANTOS, p.176.

dos sete membros eleitos não puderam assumir suas funções por terem falecido no período de tempo decorrido desde o dia da eleição até ao da posse. Por este motivo a Câmara teve de proceder a investidura de novos oficiais porque **eram falecidos os eleitos vereadores Alferes João Antônio Ferreira e João Pereira, e o Juiz de órfãos Sargento-mor Antonio José Ferreira (...).**¹²³

Outra vítima dessa epidemia foi o padre Francisco José Ferreira, que faleceu na Vila de Lages, em 1º de novembro do mesmo ano, durante uma solenidade religiosa, precisamente na hora em que pregava do púlpito. Tal acontecimento causou grande consternação em Lages e Curitiba, onde o padre gozava de grande estima.

No ano seguinte, a população de Antonina foi atacada pela epidemia. E, em 1817, todo o litoral paranaense e catarinense sofreu os danos das disenterias.

Na verdade, as **câmaras de sangue** sempre se fizeram presentes no Paraná, sobretudo nas estações quentes do ano, mas foram poucas as vezes em que a doença foi epidêmica.

As localidades do litoral mais molestadas pelas disenterias eram Morretes e Paranaguá, lugares onde o mal proliferava desde 1857, e em 1861 ainda se tinha notícias dele:

(...) a dysenteria que antes assolava a população do Município, vão desaparecendo de dia em dia; este melhoramento do estado sanitário hé devido certamente à melhor alimentação dos lavradores e da classe pobre, à dissecação dos lugares pantanosos; à participação enfim, da classe trabalha-

¹²³MOREIRA, J.E., p.59.

dora aos commodos hygienicos que V.V.S.S. com hum zelo digno de admiração, não cessão de lhe proporcionar abrindo novas ruas e ocupando-se incansavelmente da salubridade publica.¹²⁴

Praticamente o mesmo ocorre com a Vila de Ponta Grossa, localizada no interior, onde em um ofício o subdelegado participa a existência de **caimbras de sangue** que fizeram alguns casos fatais, na maioria entre crianças. No período de 1860 a 1862, o mal ainda não estava totalmente debelado.

Curitiba foi, por sua vez, vítima das disenterias em 1862, quando o mal se espalhou entre os soldados da guarnição do exército, fazendo uma vítima fatal. Quem os socorreu foi o médico Cabussú, autor do seguinte relatório:

Se, porem as grandes epidemias parecem respeitar os limites desta Provincia para não tocar a sua salubridade ao apogêo da perfeição, desenvolveo-se no princípio do anno uma dysenteria com caracter maligno e da qual forão atacados muitos individuos da Capital. Dêo-se um só caso fatal na pessoa de um soldado do Corpo de Guarnição em 14 de janeiro. Nesta occasião tendo dado V. Ex^a [o presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira] as necessárias providencias para a disseminação de dez doentes que se achavão em uma péssima enfermaria, que então existia no quartel do mesmo Corpo, extinguindo-se a moléstia.¹²⁵

Também em Paranaguá, no ano de 1862, ocorreram casos de disenteria maligna, perfazendo treze vítimas, total que não inclui os casos dos arrabaldes. Na ocasião, disseminava-se igualmente a varíola, subjugando as populações do li-

¹²⁴BOUSQUET, A. Relatório médico. Paranaguá, 15 dez.1861. In: OFFICIOS, 1861. v.21, p.87-8.

¹²⁵CABUSSU, O.C. Correspondência. Curitiba, 7 jan.1863. In: OFFICIOS, 1863. v.3, p.57-8.

toral. Em relatório médico de 1863, enviado à presidência, doutor Bousquet, médico do município de Paranaguá, comenta a conduta empregada para debelar o mal:

A Dysenteria ceifou também, ha seis meses, bastantes vidas, ella desapareceu felizmente e n'estes ultimos dias tem havido novos casos, erão causados pela ingestão de fructas verdes: - convidei o povo à abster-se, patentei-lhes o mal a que se expunham, e graças ao bon senso de todos, cessou logo de manifestar-se a affecção.¹²⁶

Em 1865, tem-se notícia de que houve casos de **camaras de sangue** em Paranaguá, desta vez em caráter esporádico e sem maiores malefícios.

No começo de abril de 1867, na enfermaria militar da Capital, registraram-se três casos de disenterias entre os recrutas do exército. No mesmo período, também em Paranaguá e em Antonina, surge uma epidemia de disenteria. Na segunda localidade, as ocorrências foram mais graves, causando muita apreensão. Só no mês de abril, foram atendidos setenta e seis doentes pelo doutor Franco Valle. Este, em seu relatório à presidência, denuncia que os poucos casos fatais ocorridos tinham origem em atendimentos feitos por curandeiros ou em simples cuidados caseiros. Assim se expressa ele:

(...) devo relatar um facto bastante significativo, quero fallar da existencia de um homeopatha que é negro e escravo, a quem, segundo me contou; entregarão-se para serem tratados aquelas pessoas doentes e além d'este grande o número de perigosos

¹²⁶BOUSQUET, Relatório... 1863. v.1, p.64.

curandeiros. Sendo assim, V^ã Ex^ã compre-
hende que não só a gravidade da epidemia a
causa dos casos fataes, porem tambem os
perigos de tratamentos brutaes a mais se-
vera das punições, um dever existir a me-
nor das considerações.¹²⁷

Já em meados de maio, a epidemia declinou e Franco Valle, que havia sido enviado pela presidência para prestar socorros, pôde retornar a Curitiba.

No entanto, no último mês do ano, o mal recomeçou a difundir-se em Paranaguá, Morretes, Antonina e Porto de Cima, permanecendo por todo o ano de 1868. O presidente Horta de Araújo, em seu relatório de abertura da primeira sessão da oitava legislatura em fevereiro de 1868, ao falar da saúde pública, dizia que nos primeiros dias do mês de dezembro do ano findo reapareceram em Paranaguá e pouco depois em Morretes as **câmaras de sangue**. Inicialmente, eram casos isolados em pontos diversos, mas, em janeiro, a doença cresceu de intensidade, causando sérios receios na população litorânea.

A Câmara Municipal de Paranaguá nomeou prontamente uma comissão para prevenir o alastramento do mal, sobretudo entre as populações pobres, embora o maior temor fosse que a epidemia se transformasse em colerina ou tifo. Nesta ocasião, o litoral paranaense achava-se sobressaltado com a possível invasão do cólera.

A Camara Municipal d'esta Cidade, communi-
ca a V. Ex^ã que havendo apparecido em seu

¹²⁷VALLE, J.J.F. Correspondência. Curitiba, 11 maio 1867. In: OFFICIOS, 1867. v.10, p.213-4.

município a epidemia Câmaras de sangue, degenerando muitas vezes em Cholerina e Typho, tendo já ceifado muitas vidas, deliberou em sessão de hoje e por medidas higiênicas reclamadas pelo Dor. Inspetor de saúde, nomear uma comissão que ficou composta de vereadores (...).¹²⁸

Também Curitiba foi vítima da epidemia, nos quarteirões da Cachoeira, Veados, Ribeirão da Onça e Capivary. O jornal **Dezenove de Dezembro** assim noticiava:

Esta molestia, que aparece todos os annos com mais ou menos intensidade sem comtudo causar grandes estragos, manifestou-se ultimamente com alguma gravidade.

Alguns casos fataes tem-se dado nesta capital e seus arrabaldes. Entretanto está reconhecido que o mal cede logo que o affectado submete-se a um regular tratamento medico (...).¹²⁹

O médico Dias da Rocha que atendeu a população carente afirma que nos quarteirões mencionados foram vinte e quatro as pessoas atacadas, das quais dezesseis eram crianças e oito adultos, entre estes treze do sexo masculino e onze do sexo feminino. Quando partiu do local, o tenente Joaquim Marques dos Santos ficou encarregado do atendimento aos doentes, recebendo informações minuciosas sobre a enfermidade, além de um receituário discriminado para os diferentes casos, com os medicamentos mais aconselhados. Em seu relatório, o médico diz que a mortalidade foi elevada, pois as medidas propostas quanto à alimentação não foram cumpridas:

¹²⁸PINTO, C.S. et alii. Correspondência. Curityba, 11 maio 1867. In: OFFICIOS, 1867. v.10, p.213-4.

¹²⁹CAMARAS de Sangue. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 25 abr.1868. n.884, p.3.

Segundo pude saber, o numero dos affectados da dysenteria desde o fim de Fevereiro monta a cerca de cento e vinte e os mortos a vinte e oito.

A mortalidade, portanto, na proporção de 23% é assustadora; e não tenho noticia de que em nem uma epidemia de dysenteria ella attingisse tão alta cifra.

Este lamentavel acontecimento encontra explicação satisfatoria no desprezo completo de tratamentos therapeuticos e condições hygienicas.

Defeito, procurava-se combater a molestia com infusão de gengibre, aguardente, café e drasticos de primeira força, como o taynyá.

Alem destes auxiliares da dysenteria na producção da morte, importante papel representava a alimentação composta de feijão e carne salgada.¹³⁰

Nas regiões do interior como Ponta Grossa, Castro e outras, os casos de disenterias foram raros, não havendo assim epidemias.

Durante as épocas epidêmicas, a população ficava alerta para medidas e medicamentos que favorecessem um prompto restabelecimento dos pacientes. Assim, a imprensa da época preocupava-se em notificar as últimas descobertas **revolucionárias** no tratamento das disenterias ou câmaras de sangue. Um desses remédios era o **mastruço**, planta muito conhecida, da qual se fazia um óleo que deveria ser tomado diariamente em colheradas.¹³¹

Em princípios de 1869, José Murici foi solicitado pelo subdelegado de polícia da freguesia do Iguaçu, em São Jo-

¹³⁰ROCHA, J.D. Correspondência. Curityba, 31 mar.1868. In: OFFICIOS, 1868. v.7, p.37-8.

¹³¹SILVA, D.C. Medicação importante. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 28 out.1868. n.936, p.4.

sé dos Pinhais, para ali socorrer os doentes de **dor de barriga** nos quarteirões do Faxinal, do Campo Redondo, do Tietê e nas fazendas do Capuçu e Rio Grande. Entretanto, na ocasião da visita médica, a epidemia já havia sido debelada, restando apenas alguns casos de diarréia. Mesmo assim, os medicamentos da ambulância que acompanhava o doutor Murici foram todos distribuídos, uma vez que havia escassez de remédios na região. Ainda em abril, a epidemia atingiu São José dos Pinhais, no quarteirão do Cupim. Em seis casas visitadas havia dez doentes.

Nas duas últimas décadas do período provincial, no Paraná aconteceram diversos episódios envolvendo câmaras de sangue. Em parte isto se devia à intensificação da imigração européia e à chegada freqüente de colonos italianos e poloneses. A cada nova entrada de imigrantes, chegava também a moléstia, que se difundia no litoral, em Curitiba e no interior, como também nas regiões das colônias. Entretanto, era normalmente no verão, quando havia diminuição das águas, maior consumo dos frutos verdes, calor excessivo, alternado com bruscas baixas de temperatura, em um contexto de habitações em terrenos baixos, úmidos e pantanosos que a população tornava-se mais vulnerável a tal enfermidade.

De acordo com Jayme Reis, a epidemia de 1877 e 1878 alastrou-se entre os habitantes de Curitiba e os colonos recém-chegados, atingindo 478 pessoas, com uma mortalidade de 3%, entre os quais a maioria era polonesa. Houve também as epidemias de 1880, 1882, 1889 e depois do período estudado, ainda no século XIX, a de 1890, 1893, 1895 e 1898. Todas

QUADRO 5 - INCIDÊNCIAS DE DISENTERIA NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1869

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89		
GUARATUBA																								■														
PARANAGUÁ				■				■	■			■		66 X	■																							
ANTONINA																																						
MORRETES				■				■																		■												
PORTO DE CIMA																																						
CURITIBA									X 1					3 X	120 28										476 143			■		■							■	
SÃO JOSÉ																	10 X																					
CASTRO																																						
RIO NEGRO																																						
PALMEIRA																																						
LAPA																																						
IGUASSÚ																■																						
PONTA GROSSA							■	■	X 13																													
TIBAGI																																						
JATAÍ																																						
S. PEDRO ALCAN.																																						
N. S. DE LORETO																																						
ALD. S. JERÔNIMO																																						
CAMPO LARGO																																						
LITORAL																																						
PLANALTO																																						
EMBARCAÇ/ PORTO																																						
NÃO ESPECIFIC.																																						

N.º de casos
 N.º óbitos

X = sem dados específicos

■ anos de ocorrências

essas manifestações foram justificadas pelo grande número de colonos poloneses chegados a Curitiba e portadores de disenteria.

Aqui alojados em más condições hygiênicas, usando de alimentos a que não estavam habituados, a moléstia foi entretida por longo tempo entre elles.

Contaminadas as aguas, infectadas as latrinas, que, como já disse, eram simples buracos cavados no solo, começou a affecção a desenvolver-se entre a população urbana.

Muito concorreram para que o germen dysenterico tomasse grande impulso, as communições entre o povo e os colonos, a admisão de criadas polacas retiradas da hospedaria, umas recém-saradas, outras que eram atacadas do morbo pouco tempo depois de residirem nas casas de familia.

A partir d'aquelle momento o germen dysenterico não mais abandonou o solo de Curitiba, tornou-se endemico, manifesta-se as vezes sob a fôrma epidemica.¹³²

Mas, de acordo com o presidente da Província Jesuíno Marcondes, não eram só Curitiba e Paranaguá as localidades vitimadas pela disenteria. Morretes e Ponta Grossa também foram visadas, sobretudo nas hospedarias de imigrantes. Nestes locais, acumulava-se uma população recém-chegada, cansada e debilitada da viagem, estranhando os hábitos alimentares do país. Como uma saída para esse impasse criado pelo imigrante, o presidente esperava que:

A excellência de nosso clima, uma alimentação sã e abundante, os trabalhos de campo e as providências tomadas, restituirão

¹³²REIS, p.89.

brevemente, conto certo, a saúde e o vigor aos immigrants novamente chegados.¹³³

Ao falar do contágio, Jayme Reis dizia que a principal via de penetração do micróbio era a digestiva, com a ingestão de águas infectadas pelo germen, bem como de outras bebidas ou de alimentos nas mesmas condições:

Pelas vias aéreas também é possível o contagio, quer pela estada nos aposentos viciados, quer inalando o principio pathogeno pelo contacto com as fossas nasaes de qualquer objecto contaminado.

Ao ar livre também é possível a receptividade do mal, em Curityba, porque quem transita pelas suas ruas não calçadas (...) sente-se mal com as emanações fetidas que respira.

De envolto com outros microbios, pôde facilmente o da dysenteria ser inspirado.

As dejecções dos doentes, compostas de pequena quantidade de materias fecaes (...)

São, portanto, as fezes dos doentes que encerram o germen contagiosos, que viciam o ambiente, os solidos e os liquidos.

A séde do mal é o intestino grosso, especialmente o recto.

É lá que os microbios estabelecem residencia, fabricam as toxinas, que produzem o envenenamento geral do organismo.¹³⁴

Sem dúvida, as regiões mais atingidas pela disenteria eram aquelas mais suscetíveis ao contato de populações estrangeiras. Conseqüentemente, tanto as cidades litorâneas, com o fluxo de seus portos, quanto as do interior que recebiam contingentes de imigrantes estavam sujeitas a uma maior incidência da moléstia.

¹³³PARANÁ. Governo. 1878 (Sá), p.1.

¹³⁴REIS, p.90.

4.2.9 Febre tifóide

A disenteria, em muitas ocasiões, foi confundida com uma doença extremamente mais grave e alarmante: a febre tifóide.

4.2.9.1 Definição

A febre tifóide designava, na segunda metade do século XIX, uma febre contínua, contagiosa e epidêmica, cujo caráter mais saliente era um estado de estupor particular, análogo ao da embriaguez. Esta moléstia manifestava-se ordinariamente entre as grandes aglomerações, quando os indivíduos que as compunham estavam expostos a paixões, tristezas, oprimidos pela miséria e desalinho. Outros fatores concorriam para tal, como as comidas insalubres e a água corrompida. Também eram propícios ao desenvolvimento da febre tifóide os locais com restrições espaciais, como as prisões, hospitais e acampamentos, entre outros.

A febre tifóide era considerada tanto pela população como pelos médicos uma moléstia grave, devido não só ao número de pessoas que vitimava, mas também ao número de óbitos dela decorrente.

O ciclo do tifo perdura aproximadamente quinze dias e compreende três períodos: calafrio, prostração e terminação. Durante certas épocas epidêmicas, tal ciclo da moléstia apresentava-se modificado, havendo por vezes complicações com outras afecções graves, como a disenteria. Quanto ao trata-

mento, exigia-se um regime alimentar cauteloso. O doente devia ser sustentado com alimentos leves, de fácil absorção, tais como: leite, caldos, vinho e limonadas, dispensando todo e qualquer alimento sólido.

Nas últimas décadas do século XIX, muita ênfase foi dada ao tratamento da febre tifóide e de outras febres perniciosas, lançando no mercado novos métodos e novos medicamentos como:

Pílulas Paulistanas!

Estas pílulas já tão conhecida e acreditadas curam as seguintes moléstias: (...) As pílulas nº 3 - São um poderoso preservativo contra o typho, febre perniciosa, leucorrhéa, Chlorose, moléstias do fígado, etc.

Não há necessidade de dietas rigorosas, é necessário, apenas algumas precauções e exercícios. À venda na Pendula Meridional.¹³⁵

Quanto a novos tratamentos, um dos que mais chama atenção é o baseado no uso de creosoto ou ácido fênico. Sugerido pelo **Montpellier Médical** e publicado pelo jornal **Dezenove de Dezembro**, parte-se do princípio de que a modificação patológica do sangue na febre tifóide depende de um **fermento** organizado e que o creosoto ou ácido fênico poderiam impedir a aparição ou a multiplicação dos **fermentos** tifóides.¹³⁶

¹³⁵ANNUNCIOS. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 31 mar.1880. n.2035, p.2.

¹³⁶TRANSCRIPÇÃO. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 3 fev.1884. n.30, p.2.

4.2.9.2 Febre tifóide no Paraná

A primeira manifestação do tifo na Província do Paraná não tem uma data precisa, mas, de acordo com Jayme Reis, a febre tifóide já acometia a população curitibana desde o final do século XVII:

A febre typhica é epidemica em Curityba, segundo resa a tradição, há mais de dous séculos, porque em documentos escriptos de 1675 já são narradas as suas façanhas, ceifando annualmente quer quando reina sporadicamente, quer quando faz suas investidas sob a fôrma de pequena epidemia, quer quando reina como grande epidemia, muitas vidas, mais sobre os estrangeiros que sobre os nacionais; mais entre os que não observam os preceitos hygienicos que entre os que conservam asseio; mais entre os depauperados que entre os de saúde florescente.¹³⁷

O autor confirma, afirmando que nos rios Ivo e Belém, que atravessam a cidade, eram lançados detritos, principalmente pelos habitantes ribeirinhos, e denuncia ainda a falta de uma infra-estrutura municipal para água potável e águas servidas.

Quanto às epidemias provinciais, ocorreu uma em 1857, sobretudo no litoral. Morretes foi uma das localidades mais atingidas, difundindo-se o mal nos primeiros meses do ano, concomitantemente com a disenteria, o carbúnculo, a coqueluche e a febre tifóide. Isso se deu justamente num período de **extremo** calor, ao qual era atribuído o aparecimento destas moléstias.

¹³⁷REIS, p.95.

No porto de Paranaguá (1860), a febre tifóide manifestou-se a bordo do brigue espanhol **Pablo**, vitimando sete marinheiros, dos quais três faleceram. De acordo com o ofício do provedor de saúde do porto, Cunha Moreira, a causa do aparecimento do mal foi a grande falta de asseio da embarcação e a falta de ventilação. Também veio a falecer, vítima da febre tifóide, em dois dias e meio, o doutor Krebs.

Em dezembro de 1861, a vila de Guaratuba foi fortemente atingida pela epidemia de febre tifóide, sendo designado Alexandre Bousquet para o diagnóstico e tratamento dos enfermos. Sobre esse episódio, ele fez o seguintes comentários:

Pela certidão inclusa do digno Vigario d'essa freguezia veerá V. E. que não deixarão de ser graves os estragos occasionados pela epidemia, pos o numero de óbitos dos ultimos dois mezes, he o duplo dos óbitos reunidos dos nove ou dez mezes anteriores (...) acrescendo o enorme numero dos doentes existentes à minha chegada; 25 em huma villa cuja população não passa de 200 almas; isto hé 1 doente por oito habitantes!! ¹³⁸

Apontava em tal relatório como causas prováveis do aparecimento da moléstia identificada como sendo **tifo-adinâmico**, a pobreza extrema dos habitantes, a falta das comodidades higiênicas indispensáveis à vida, como também a alimentação péssima e insuficiente. Responsabilizava também as emanções paludosas e miásmáticas contínuas provenientes do rio, do lodo pantanoso que se estendia ao longo da rua da praia. Concluiu o médico que existiam na população todos os

¹³⁸BOUSQUET, Relatório ..., 1861, v.21, p.9.

defeitos orgânicos predisponentes de um povo ictiófago. Apresentou ainda uma lista discriminada dos doentes por ele tratados quando da sua estada em Guaratuba:

Lista nominativa dos doentes a que se refere o relatório do Dr. Bousquet.

hum innocente (fallecido antes do desembarque) (José Ramos) (fallecido o dia seguinte) do caiuvã	23	annos
Maria Jacyntha de Ramos	} os tres tambem de { Caiuvã	50
Luis Ramos		32
Manoel Dias		60
Américo Joaqm. da Silveira de Guaratuba	30	"
Joaqm. Roberto (ficou ainda doente)	25	"
Maria Julia de Jesus	28	"
Benjamin João de Capistrano	13	"
José de Areiola	4	"
Antonio Guardiano Epímaro	5	"
Mã Roza do Espirito Santo	45	"
hum escravo do Cap. Joaqm. Ant. da Costa	40	"
José Fabricio Gonçalves	37	"
Mã mulher de Marcelino Francisco	53	"
Modesto Antonio da Silva	36	"
Joaqm. José da Rocha	65	"
Manoel	3	"
Manoel Ramos	50	"
Maria Rosa de Quadros	37	"
Moaquina Rosa de Quadros	21	"
João Francisco Antonio da Silva	53	"
Maria da Silva Braga	18	"
Felicia Gonsalves	20	"
Joaqm. Manoel Baptista	23	"
Florencio Gonsalves	29	" 139

O relatório presidencial de Gomes Nogueira, referindo-se ao ano de 1861, acrescenta ao quadro que na Capital, no mês de setembro, no quarteirão do Bom-Sucesso, a doze léguas da cidade, faleceram três pessoas de uma mesma família vinda de Antonina. Acreditava-se ter havido um envenenamento, mas o médico designado pelo governo para atender o caso,

¹³⁹BOUSQUET, Relatório..., 1861, v.21, p.10.

Dias da Rocha, observou tratar-se da febre tifóide biliosa. Posteriormente, faleceu mais um doente no hospital de Curitiba.

O tifo, embora não fosse considerado uma doença pestilencial, trazia também com sua possível aparição o medo das populações. Tal enfoque fica bem claro quando se manifestou na vila de Morretes, em setembro de 1862, uma febre com alguns casos mórbidos à qual a população denominou **tifo**. Após a chegada do facultativo, o médico Olegário Cesar Cabussú, com a finalidade de socorrer as vítimas, este esclareceu que se tratava de uma **febre remittente perniciosa**, divergindo da opinião local.¹⁴⁰

No ano de 1865, a febre tifóide atingiu novamente as populações paranaenses. É o caso da freguesia de Palmeira e da comarca de Castro, onde houve alguns casos fatais, e de Curitiba, onde o número de óbitos foi de doze. A doença atingiu os militares, sendo estes tratados na Enfermaria Militar. Murici comenta tal fato dizendo textualmente que os doentes foram acumulados no pequeno edifício da enfermaria, em número superior à sua capacidade e sem ter comodidades indispensáveis, chegando a situação a ponto de haver dois enfermos em uma mesma cama.

Também a natureza das enfermidades que se desenvolveram, ou por efeito climático ou por degeneração da epidemia, foram fatos que exigiram providências. O autor justifica o surgimento do tifo, referindo-se ao sarampo e à bronquite

¹⁴⁰PARANÁ. Governo. 1863 (Nogueira). **Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira na abertura da 2ª sessão da 5ª legislatura em 15 fev.1863.** Curitiba, Typ.Lopes, 1863. p.10-3.

capilar que há tempo se manifestavam na cidade, levando alguns soldados à enfermaria e quando se apresentavam casos rebeldes ao tratamento apropriado, a febre tifóide assumia um caráter mais sério.¹⁴¹

A febre tifóide continuou reinando por todo o ano seguinte na Capital, embora o número de casos fatais fosse pequeno. Nesse período, na vila do Príncipe (Lapa), a febre tifóide manifestou-se de maneira pronunciada e intensa, fazendo muitas vítimas. Já em Palmeira e Rio Negro, que também foram visitadas pelo mal, seu caráter era mais benigno.

Em 1868, vários pontos da Província foram vitimados pela febre tifóide, de acordo com o relatório anual de Alexandre Bousquet. Em Paranaguá, de janeiro a maio, a população foi assolada pela **dysenteria typhica**, além de outras febres. O **tifo-adinâmico** atingiu a população de Antonina, fazendo algumas vítimas. As afecções tíficas também incidiram em Morretes, Porto de Cima, Ponta Grossa e Castro, onde fizeram dezessete vítimas. No ano seguinte, todo o litoral foi novamente atingido, entre janeiro e maio.

No começo de 1870, foi a vez da população de São José dos Pinhais sofrer os ataques da febre tifóide no quarteirão da Campina, onde acometeu cinco pessoas, falecendo duas delas. Na Lapa, foram registrados dez óbitos. Os colonos poloneses da capital e os de Assungui também tiveram de lutar contra o mal que se desenvolveu em caráter epidêmico em 1876, e em 1879, em Morretes.

¹⁴¹MURICI, J.C.S. Correspondência. Curitiba, 12 out.1865. In: OFFICIOS, 1865. v.19, p.232.

QUADRO 6 - INCIDÊNCIAS DE FEBRE TIFOIDE NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1899

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89		
GUARATUBA								21 T																														
PARANAGUÁ				■			■								■																							
ANTONINA															■																							
MORRETES				■					6 6						■												■											
PORTO DE CIMA															■																							
CURITIBA								x 4				x 12	■											■														x 189
SÃO JOSÉ																		x 5																				
CASTRO												■			■																							
RIO NEGRO												■	■																									
PALMEIRA												■	■																									
LAPA												■	■					x 10																				
IGUASSÚ																																						
PONTA GROSSA															■																							
TIBAGI																																						
JATAÍ																																						
S. PEDRO ALCAN.																																						
N. S. DE LORETO																																						
ALD. S. JERÔNIMO																																						
CAMPO LARGO																																						
LITORAL				■												■																						
PLANALTO																																						
EMBARÇAÇ/PORTO																																						
NÃO ESPECIFIC.																																						

N.º de casos / N.º óbitos X = sem dados específicos ■ anos de ocorrências

Nos primeiros anos da década de 80, a febre tifóide foi uma constante na Província, sobretudo durante o verão, embora sem apresentar caráter epidêmico. Na Capital, segundo relatos de Jayme Reis, foi justamente nessa época que a situação começou a mudar. Primeiramente, efetuou-se uma limpeza ao longo dos rios Ivo e Belém, o que diminuiu sensivelmente a incidência da doença. Quanto às cisternas, só haveria um progresso quando da instalação de uma rede de água e esgoto.

Em 1889 e 1891, em Curitiba, ocorreu uma grande devastação provocada pela febre tifóide. Em ambas as vezes, a causa foi atribuída à chegada de imigrantes poloneses nas hospedarias, trazendo com eles alguns doentes.

Observa-se ao longo do período estudado que o tifo, doença endêmica em várias regiões da Província, apresentou-se por vezes epidemicamente. Sobretudo nos últimos anos do século XIX, a maciça presença de imigrantes estrangeiros, sem condições de higiene, alimentação e hospedagem, contribuiu muito para a difusão do mal.

Por outro lado, havia também equívocos quanto ao diagnóstico de médicos da era pré-bacteriológica, enquadrando a febre tifóide como febre maligna, perniciososa ou remittente. O agente tífico só foi isolado em 1880, tanto por Eberth, como por Robert Koch, que também diferenciaram as febres paratíficas.

4.2.10 Sarampo

Outra doença que despertou receios e preocupações tanto entre médicos, como entre a população foi o sarampo. Embora atingisse preferencialmente as crianças, muitas vezes complicava a sua marcha fazendo muitas vítimas.

4.2.10.1 Definição

O sarampo ou **sarapão**, doença pertencente ao grupo das moléstias exantemáticas, caracterizava-se por uma febre acompanhada de tosse, vermelhidão dos olhos, erupção na pele na forma de pequenas pintas avermelhadas.

O agente infeccioso do sarampo não era bem conhecido. Até o século XVI era tido como uma variedade da varíola, confundido até o século XVII com a escarlatina. Sabia-se, entretanto, que se desenvolvia de maneira epidêmica, transmitindo-se facilmente em pessoas residentes numa mesma casa. Todavia, como acontece com todas as moléstias contagiosas, esta não era contraída sem uma certa predisposição. Ordinariamente, a florava entre as crianças, embora pudesse manifestar-se em todas as idades, incidindo raramente mais de uma vez no mesmo indivíduo.

O sarapão é considerado moléstia de crianças, porque na regra geral são poucos os que nos primeiros annos de vida escapam á sua influencia.

A immunidadade conferida é frequente, mas não absoluta, nem permanente em todos.

Ha pessoas que o tem soffrido por duas e tres vezes.

Nas localidades onde nunca penetrou o sarampão, si acontece ser levado, por qualquer circunstancia, o germen productur, elle ataca indistinctamente velhos, adultos e creanças.¹⁴²

Quanto aos sintomas, podiam ser facilmente reconhecidos, havendo sinais característicos como febre, língua branca com as margens avermelhadas, olhos vermelhos, sonolência, pintas vermelhas pelo corpo acompanhadas de dor de garganta e mal-estar. Cabe lembrar que a marcha da moléstia não se fazia de modo constante, podendo haver erupção inicial ou tardia. Porém, a inflamação dos órgãos internos era considerada mais perigosa do que a erupção de pele.

Quando o sarampo permanecia em períodos considerados regulares, seu tratamento era simples. Consistia em manter o paciente em temperatura amena, alimentá-lo com caldos, leite ou água de arroz, bebidas emolientes, mornas, como a infusão de flores de malva ou violas, ou xarope de **gomma**. No entanto, o sarampo podia apresentar uma série de complicações, tais como convulsões, diarréia, inflamação dos pulmões e bronquite capilar.

Como não se conheciam bem as causas do sarampo, não se podia também determinar a época em que se operava o contágio. Alguns autores acreditavam que ele ocorria em todos os períodos. O único meio de preservação era o isolamento, recomendado até o vigésimo dia, sobretudo nas epidemias de sarampos graves e malignos.

¹⁴²REIS, p.165.

4.2.10.2 Sarampo no Paraná

Segundo Chernoviz, o sarampo não era conhecido na América. Os primeiros casos ocorreram em 1518, trazidos pelos negros africanos e pelos brancos. O **sarampão**, como era denominado, foi referenciado e descrito pelos cronistas seiscentistas. Foi então, em muitas manifestações epidêmicas, confundido com a varíola devido à sua intensidade, mortalidade elevada e falta de discernimento claro de alguns profissionais médicos. No decorrer de algumas epidemias, ele grassava concomitantemente com a varíola, aumentando assim seu caráter letal:

O primeiro livro da literatura médica brasileira **Tratado Unico das Bexigas, e Sarampo**, Lisboa, 1683, de Simão Pinheiro, versou tanto sobre a varíola como sobre o sarampo, já diferenciados clinicamente, embora ainda mal diagnosticados pela maioria dos profissionais.¹⁴³

No século XVIII, violentas epidemias como as do Maranhão e Pará se fizeram sentir. Neste sentido, em princípios do século XIX, devido à falta de imunização contra a doença, um professor da Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, Manuel Joaquim Henriques de Paiva, propôs uma vacinação geral de crianças, através da inoculação. Foram seguidos os mesmos moldes usados contra a varíola. Como técnica, esfregava-se a pele com as escamas obtidas na época da descamação. No entanto, não foram alcançados os mesmos resultados obtidos com a vacina jenneriana.

¹⁴³SANTOS FILHO, p.164.

No Paraná, a primeira notícia do sarampo data de dezembro de 1695, em Paranaguá.

(...) os moradores da vila de Paranaguá e de Iguape, ficaram com algumas impossibilidades para poderem ir a descobrimentos de minas, como costumavam, por causa de se lhes morrerem os seus negros de sarampo e bexigas.¹⁴⁴

Em meados do século XVIII, mais precisamente em 1756, Curitiba sofreu uma grande epidemia generalizada, quando "não se achava gente para alugar pela dita paragem, por causa das muitas enfermidades que haviam"¹⁴⁵.

Paranaguá era freqüentemente visitada pelo mal e em 1805 houve uma grande epidemia, registrando-se óbitos.

Mais tarde, em 1805, houve em Paranaguá uma grande peste de sarampo, da qual morreram bastante pessoas.

Esta enfermidade era mais ou menos frequente em Paranaguá, onde aparecem o sarampo em alguns anos e em outros as sezões.¹⁴⁶

A primeira manifestação de sarampo, na Província do Paraná, data de 1858, segundo referências no relatório presidencial de Francisco Liberato de Matos, ao falar do estado sanitário:

Em diversos pontos da província reinou o sarampo, fez, porém, uma ou outra vítima,

¹⁴⁴DOCUMENTOS Inéditos dos Arquivos Históricos de Lisboa. In: MOREIRA, J.E., p.61-2.

¹⁴⁵BOLETINS do Arquivo da Câmara Municipal de Curitiba. In: MOREIRA, J.E., p.62.

¹⁴⁶MOREIRA, J.E., p.62.

excepto na villa de Ponta Grossa onde consta terem fallecido perto de 30 crianças.¹⁴⁷

Muitas vezes, a bexiga ocorria junto com o sarampo, como no caso de Morretes, em 1861. Com isso, o índice de mortalidade apresentava-se elevado, conforme confirmam os registros médicos. Outro fato curioso é o de confundirem, ou melhor, tratarem como se fossem moléstia única o sarampo, a rubéola, a varicela ou a catapora.

Concluindo esta parte da exposição occorre-me fazer menção (...), que tem apparecido, aqui ou ali; bem como a rubéola, ou sarampo, e a varicelle visiculosa, ou cataporas, lembrando-me porem de só ter visto casos fataes d'aquella primeira enfermidade em Morretes, onde grassou na mesma época em que ali estive por causa da epidemia das bexigas.¹⁴⁸

Uma das maiores epidemias de sarampo na Província data de abril de 1865, quando chega à região um contingente do exército procedente da cidade de Santos, onde incidia com intensidade tal doença.

Na capital sarampo epidêmico, trazido por ventura pela cavalaria, ao regressar de Stos. Iniciou no quartel e se alastrou a cidade e seus suburbios. Grassa com rapidez mas sem caráter assustador sem caso fatal.¹⁴⁹

¹⁴⁷PARANÁ. Governo. 1859 (Mattos). **Relatório do Estado da Província do Paraná, apresentado ao vice-presidente Luiz Francisco da Camara Leal pelo presidente Francisco Liberato de Mattos por occasião de lhe entregar a administração da mesma Província.** Curityba, Typ.Lopes, 1859. p.4.

¹⁴⁸MURICI, J.C.S. Correspondência. Curityba, 19 dez.1861. In: OFFICIOS, 1861. v.22, p.10.

¹⁴⁹PARANÁ. Governo. 1865 (Fleury). **Relatório do presidente da Província do Paraná o Dr. André Augusto de Pádua Fleury na abertura da 2ª sessão da 7ª legislatura em 21 mar.1865.** Curityba, Typ.Lopes, 1865. p.6.

Embora a epidemia se manifestasse em sua forma benigna, muitos foram os casos registrados. Tanto assim que, no relatório de agosto, o presidente comentou sua visita ao hospital militar. Segundo ele, o salão da enfermaria já não acomodava os doentes, recorrendo-se a camas suplementares que, no caso, foram colocadas no gabinete de entrada. Só no período decorrido entre 1º de junho e 9 de agosto, a Enfermaria Militar registrou um movimento de cinqüenta e quatro enfermos, assim distribuídos:

Existiam	18
Entraram	36
Saíram	52
Existem	2 ¹⁵⁰

O sarampo epidêmico, de acordo com o médico Murici, atingiu todas as classes sociais e todas as cidades. Registrou-se uma diminuição em sua freqüência nos meses de julho e agosto, e as novas manifestações efetuaram-se até dezembro. Contudo, a população civil não sofreu tanto quanto o contingente militar. Os casos fatais foram de pequena monta, não excedendo a dez registros.

No litoral, a epidemia também se alastrou, com um caráter mais assustador em Guaratuba, Antonina e Morretes. Nesta, só na casa do capitão José Antônio Nóbrega, ela fez cinco vítimas entre as crianças, em questão de poucos dias.¹⁵¹

¹⁵⁰PARANÁ. Governo. 1865 (Araújo). **Relatório com que o Exm. Sr. vice-presidente da Província Dr. Manoel Alves de Araújo passou a administração ao Exm. Sr. presidente Dr. André Augusto de Pádua Fleury no dia 19 ago.1865.** Curityba, Typ.Lopes, 1865. p.9.

¹⁵¹MURICI, J.C.S. Relatório. Curityba, 11 dez.1865. In: OFFICIOS, 1865. v.23, p.115-6.

Em Paranaguá, também foram registrados casos fatais que, segundo Bousquet, foram devidos não à moléstia, mas sim a uma **medicação intempestiva**.

Na vila do Príncipe e nas regiões próximas, o sarampão apareceu em pequena escala. Na comarca de Castro, muitos casos ocorreram. O sarampo espalhou-se nos aldeamentos de São Jerônimo, São Pedro de Alcântara, Colônia Militar do Jataí e Paranapanema. Fez vítimas entre os índios que não se sujeitavam ao escasso tratamento que havia por falta de recursos. A mortalidade foi desproporcional, pois uma tribo de Coroados ficou reduzida a menos da metade. O alto índice de mortalidade foi justificado no relatório presidencial da seguinte forma:

A falta de medico e de tratamento em gente semi-barbara deve-se attribuir essa violencia de uma enfermidade, que em outros districtos se mostrára de carácter tão benigno. ¹⁵²

Em agosto de 1873, tem-se notícia do sarampo em Rio Negro, irradiando-se juntamente com a tosse comprida, sem, contudo, fazer vítimas.

O sarampão desenvolveu-se em Paranaguá, durante todo o ano de 1875. Acometeu indiferentemente pessoas de todas as idades, todavia com caráter benigno, cedendo a simples medicação. Ressurgiu em 1876, no último trimestre do ano, atacando preferencialmente as crianças, embora mantendo a sua forma benigna.

¹⁵²PARANÁ. Governo. 1866 (Fleury). Falla dirigida à Assembléia Legislativa Provincial do Paraná na primeira sessão da oitava legislatura à 15 fev.1866 pelo presidente André Augusto de Pádua Fleury. Curitiba, Typ.Lopes, 1866. p.18.

Em Porto de Cima, localidade do litoral, de junho até dezembro apareceram três diferentes moléstias em uma mesma família, segundo Leocádio Corrêa. Tratava-se de rubéola, sarampo e catapora. As enfermidades tornaram-se mais ou menos intensas, conforme a constituição orgânica dos indivíduos afetados, fazendo algumas vítimas.

A aparição do sarampo attribue-se a sua qualidade contagiosa por cujo meio de Moraes a este municipio, tendo seu maior desenvolvimento as proximidades do equinocio de Setembro, tendo perdido sua maior influencia do principio de Outubro em diante. ¹⁵³

Uma grave epidemia de sarampo ocorreu entre 1881 e 1882, em Curitiba. Com ele a mortalidade tornou-se expressiva chegando a 75% dos casos registrados. Tal índice deveu-se às complicações que se deram como a bronco-pneumonia e até mesmo a **tuberculose miliar aguda**. O foco irradiador de contágio foi atribuído à presença dos colonos.

Só no mês de dezembro de 1882, de acordo com o livro de óbitos da paróquia de Curitiba, foram registrados vinte e cinco de crianças e dezessete de adultos, e, em janeiro do ano seguinte, dezenove óbitos infantis e sete adultos. ¹⁵⁴

Em junho de 1885, começaram a surgir reclamações a respeito das epidemias trazidas pelos imigrantes. Tais reclamações referiam-se aos cuidados necessários com a entrada desses contingentes afetados. Entre as moléstias difundidas

¹⁵³CORRÊA, 1875 e 1876, p.170.

¹⁵⁴OBITUÁRIO. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 17 jan.1883. p.4.

QUADRO 7 - INCIDÊNCIAS DE SARAMPO NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1854 - 1889

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	
GUARATUBA												■																									
PARANAGUÁ												■											■	■													
ANTONINA												■																									
MORRETES								■				■																									
PORTO DE CIMA																							■														
CURITIBA												X																■	■								
SAO JOSÉ																																					
CASTRO												■																									
RIO NEGRO																						■															
PALMEIRA																																					
LAPA												■																									
IGUASSÚ																																					
PONTA GROSSA					■																																
TIBAGI																																					
JATAÍ												■																									
S. PEDRO ALCAN.												■																									
N. S. DE LORETO												■																									
ALD. S. JERÔNIMO												■																									
CAMPO LARGO												■																									
LITORAL												■																									
PLANALTO																																					
EMBARÇAÇ/ PORTO																																					
NÃO ESPECIFIC.				■								■																									

N = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos}}{\text{óbitos}}$ X = sem dados específicos ■ = anos de ocorrências

por imigrantes estavam o sarampo, as anginas e a tosse convulsa. As despesas dos tratamentos corriam por conta da Província e coube a Trajano Reis o atendimento médico. A agência oficial de colonização de Curitiba, em dezembro de 1885, adverte a presidência da chegada de mais colonos:

V. Ex^a sabe está grassando na Hospedaria Geral das Terras e Colonização avisando-me do embarque de 59 immigrants para esta provincia.

O recebimento desses immigrants conjuntamente com os affectados, poderá traser maior desenvolvimento á aquella moléstia, e como consequência acrescimo de despesa para os cofres publicos.¹⁵⁵

Tal epidemia, iniciada com a chegada de imigrantes, estendeu-se até 1886. Mas, ao contrário da anterior, atacou um elevado número de crianças e foi benigna, não se registrando mais de dois por cento de óbitos. Os doentes apresentavam "erupção franca, prompta, apenas com ligeiro catarro bronchico".

Após o período provincial, ainda no século XIX (1890), desenvolveu-se uma epidemia que acometeu grande número de pessoas, cuja mortalidade girou em torno de dez por cento.

Na verdade, o sarampo não se traduzia em moléstia aterradora, embora exigisse alguns cuidados médios. Registrava sua maior incidência nas crianças e já no final do século XIX era comum entre os colonos.

¹⁵⁵MEIRELLES, C.S. Correspondência. Curitiba, 26 dez.1885. IN: OFFICIOS, 1885. v.23, p.26.

O vírus causador da moléstia era desconhecido e as medidas preventivas não eram as mais apropriadas. Entre elas estavam: reclusão das crianças em casa e isolamento das levas de colonos. Assim, era quase impossível abrandar o contágio, principalmente em regiões de maior concentração populacional, como a área urbana.

4.2.11 Variola

A doença **exantemática** que se desenvolvia com maior freqüência, atingindo as diversas regiões da Província, não respeitando sexo nem idade e trazendo consigo o pavor e o medo, era a variola.

Considerada molestia pestilencial, juntamente com o cólera, a febre amarela e a peste, atingiu o Brasil desde a colonização até meados do século XX, quando foi erradicada.

4.2.11.1 Definição

A variola ou bexiga, como era conhecida, era assim definida no século XIX:

(...) uma erupção geral de borbulhas pelo corpo, que se convertem em grandes pústulas redondas e purulentas; acabam pela dessecção e deixam nodoas vermelhas, às quaes succedem cicatrizes mais ou menos apparentes.¹⁵⁶

¹⁵⁶REIS, p.164.

Os médicos da época classificavam-na em duas categorias, ou seja, em benignas ou discretas e graves ou confluentes, sendo estas também conhecidas como **pele de lixa** e **olho de peixe**.

Na varíola benigna, as pústulas, embora numerosas, eram separadas umas das outras. Os primeiros sintomas que surgiam eram os calafrios seguidos de alta de temperatura, náuseas, sede, perda de apetite, dores de cabeça, cansaço e, por vezes, delírio. No quarto dia, iniciava-se a erupção cutânea, a princípio no rosto, percorrendo o pescoço, peito e membros e só começava a desaparecer no décimo primeiro dia, ocasião em que as pústulas desinchavam para finalmente secar, formando crostas que caíam em torno do décimo quarto dia. Em seu lugar, permaneciam pequenas cicatrizes que podiam ou não desaparecer. Quanto às erupções que surgiam na pele, elas eram avermelhadas e dolorosas, apresentando serosidade purulenta.

Com relação à varíola grave ou confluyente, todos os sintomas manifestavam-se com maior intensidade e as pústulas eram tão numerosas a ponto de se confundirem umas com as outras.

A varíola tinha quase sempre um fim funesto, devido à violenta inflamação. De qualquer forma, quando isto não ocorria, a doença deixava sérias deformidades, como surdez e perda de visão. Esta moléstia era também conhecida por **olho de polvo**, por apresentar-se achatada no centro, assemelhando-se a um umbigo. Outra denominação era **pele de lixa**, pois deixava a pele áspera e enrugada, semelhante à pele de pei-

xe, atacando preferencialmente o rosto. Sua manifestação mais temida era a conhecida por **bexiga preta, negra** ou **hemorrágica**. As pústulas, em vez de pús, continham serosidade ou sangue estagnado. Ela apresentava-se contagiosa em todos os seus períodos e a transmissão podia efetuar-se diretamente pelo ar e indiretamente pelo contato com objetos pertencentes ao foco varioloso. Sua incidência era maior no inverno e menor no verão. Tanto as crianças, como os adultos apresentavam o mesmo grau de vulnerabilidade. As faixas etárias menos propensas eram a dos anciãos e a dos recém-nascidos.

Pouco se sabia, no século XIX, sobre o micróbio gerador da varíola. Coube ao médico francês Hyppolyto Bernheim (1837) fazer os primeiros estudos, descobrindo na linfa de uma pústula variólica um micrococcus em tudo semelhante ao da linfa vacínica, embora mais espesso. Tanto a imunidade natural, quanto a adquirida, segundo J. Ramos, podia ser transmitida hereditariamente. Quanto à imunidade ofertada via vacina, observou-se que a proporção de mortos para os não vacinados era de 50%, para os mal vacinados de 26% e para os bem vacinados de 2%. Portanto, a melhor profilaxia era, sem dúvida, a vacinação, seguida da revacinação.

A vacina antivariólica foi descoberta por Eduardo Jenner, em 1798, traduzindo-se num grande avanço científico. Até então, os antigos, para eliminar o flagelo, valiam-se da inoculação do próprio vírus variólico, o que levava inevitavelmente à aquisição da doença. A prática da vacina foi sendo gradativamente difundida e tornou-se obrigatória para to-

da população. Conseqüentemente, os institutos vacínicos, comissões de vacinação e equipes médicas responsáveis pelo serviço de atendimento da população multiplicaram-se.

No Brasil, pelo fato de não existir remédio específico para o mal, a terapêutica empregada era inoperante e contraproducente. Tratavam-se apenas os sintomas principais, salvando-se somente os mais resistentes ou possuidores de anticorpos adquiridos no trato, no convívio com os doentes, ou em um primeiro contágio.

Entre os índios, os jesuítas empregavam o tratamento clássico, que consistia em sangrias, purgas e clisteres: abrir as vesículas e pústulas com pontas de tesouras, lavar as chagas e tirar os bichos e gusanos. Como estimulante, valiam-se de aguardente, vinho de rosas, drogas e infusões diversas. As pústulas e crostas eram unguidas com vinagre, azeite e óleos.

Nos séculos XVIII e XIX, a dieta observada para os variolosos não fugia à regra, pois era freqüentemente empregada em outras doenças, consistindo em canja, arroz, feijão, farinha e marmelada.¹⁵⁷

No Paranã, as terapêuticas utilizadas não divergiam daquelas empregadas no restante do Brasil e mesmo do exterior. Temos como exemplo o relatório médico de Alexandre Bousquet, de 1863, onde ele diz empregar nas variólas benignas o método expectante, combinado com algumas pequenas doses de ipecacuanha e rigorosos preceitos higiênicos. Eram

¹⁵⁷SANTOS FILHO, p.162-3.

também feitas fricções mercuriais sobre a pele e ministrados laxantes, bebidas acidulantes e beladona, em casos graves. Na varíola confluyente, era dada quina unida ao vinho Generoso, o éter fosforado e, raras vezes, os sais mercuriais internamente.¹⁵⁸

Além desses cuidados recomendados, empregava-se o banho com folha de tabaco para refrescar a pele, a máscara de emplastro de Vico ou uma mistura de glicerina e água aplicada na pele com um pano úmido, quando o rosto se encontrasse muito inchado ou dolorido, pressupondo erupção abundante.¹⁵⁹

A esses remédios e métodos terapêuticos, muitos outros se somam. Mas, na verdade, nenhum deles conseguia a preservação contra a varíola. A única medida profilática, sem dúvida, consistia e consiste na vacinação e revacinação da população que, mesmo não podendo deter o flagelo, ao menos pode minorar seus efeitos maléficos.

4.2.11.2 Varíola no Paraná.

Para vários autores, a varíola foi uma das doenças que maior índice de mortalidade provocou no Brasil. Foi responsável pela extinção de grande número de índios, desprovidos de imunidade, vindo a contrair o mal com maior frequência, além de apresentar menor resistência.

¹⁵⁸BOUSQUET, Relatório..., 1861, v.1, p.64.

¹⁵⁹BERTOLDI. Vaccina, varíola e varioloide. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 6 dez.1873. n.1460, p.2-3.

A varíola foi trazida da Europa e da África, onde era endêmica. A primeira grande epidemia de varíola no Brasil ocorreu em 1563, e ficou conhecida entre os jesuítas da Bahia como o **açote do Senhor**. Desde então, passou a grassar em surtos epidêmicos periódicos, alguns dos quais dizimando grande número da população. Contribuía para esses avanços e reincidências da doença a falta de medidas preventivas eficientes, os contatos efetuados nos portos com navios infectados, ao lado da falta de uma legislação mais atuante, e, finalmente, a não conscientização das autoridades e da população na prática da vacinação e revacinação.

Como exemplo dos primeiros momentos da presença da varíola em território brasileiro, Lycurgo Santos Filho conta uma passagem extraída das cartas jesuíticas, onde se fala textualmente do aparecimento do flagelo:

Umhas varíolas ou bexigas, tão asquerosas e hediondas que não havia quem as pudesse suportar com a grande fetidez que delas saía, e por essa causa morriam muitos ao desamparo comidos dos vermes que das bexigas nasciam e se engendravam em seus corpos, em tanta abundância e tão grandes, que causavam um grande horror e espanto a quem os via (...).

Os indígenas, assustados, ficaram com um fantástico temor da varíola (...), eles abandonavam os irmãos e companheiros atacados e fugiam espavoridos, dando grandes voltas pelas matas, para despistar o demônio da varíola.¹⁶⁰

Assim como a nível nacional, o Paraná também foi frequentemente acometido pelo flagelo variólico. Sua primeira

¹⁶⁰SANTOS FILHO, p.157-8.

aparição ocorreu entre 1694 e 1695, em Paranaguá. Na ocasião, curiosas medidas preventivas foram tomadas pela Câmara Municipal daquela localidade, para impedir a entrada de navios e embarcações portadoras de bexigentos. Para tal fim, utilizaram-se de pólvora e chumbo para guardar o **caminho do mar das bexigas**. A medida vigorou até 1721, quando o Ouvidor Geral da Capitania de São Paulo Rafael Pires Pardiniho fez algumas alterações, impondo a fiscalização do porto e a quarentena.¹⁶¹

Têm-se ainda notícias de uma reaparição da varíola entre os militares, em 1775. Novo surto de extensão considerável ocorreu em 1802 e 1803, atingindo, além de Paranaguá, Antonina e Morretes, localidades vizinhas, fazendo grande número de vítimas. Em tal ocasião, o capitão-mor de Antonina estabeleceu o isolamento dos bexigentos para que a epidemia não se alastrasse.

A partir de então, a varíola passou a se manifestar com insistência no Paraná. Em 1817-18, foi a vez de Curitiba, o que ocorreu novamente em 1838, perfazendo, dessa vez, cinquenta e dois óbitos, dos cento e noventa e oito casos registrados entre os meses de junho e dezembro.

Durante o período provincial, a primeira manifestação ocorreu entre 1855 e 1857, surgindo inicialmente em Guaratuba, através de uma canoa de cabotagem procedente da freguesia de Itajaí, na Província de Santa Catarina. O Governo, informado da situação, designou o médico Angelo Christiano

¹⁶¹MOREIRA, J.E., p.31-2.

Reye para o atendimento da população, além de mandar construir um pequeno lazareto para atender as vítimas do flagelo.

No mesmo período, Paranaguá também foi acometida pelo mal, só que desta vez ele era proveniente do porto de São Luiz do Maranhão, lugar onde se desenvolvia a doença.

Além dessas localidades, foram também vítimas da varíola as populações de São José dos Pinhais e, pouco depois, de Morretes, contagiada pela primeira localidade. Em Morretes, a situação se complicou, pois ali já estava agindo o sarampo. Entre a população, ninguém se dispunha a tratar dos doentes, a não ser a maçonaria, que lhes ofereceu acomodação. A situação piorou ainda mais, dado o fato de um curandeiro local não aconselhar a vacinação. Diante dessas circunstâncias, tornou-se inevitável a ocorrência de vítimas fatais.

Antonina também não escapou ao flagelo, devido à chegada do Segundo Batalhão de Artilharia, com destino a Mato Grosso. A partir de então, medidas preventivas para impedir o contágio e de atendimento da população passaram a ser tomadas pela presidência. De forma geral, limitavam-se a isolar os variolosos em chácaras, lazaretos, enfermarias e hospitais, locais onde poderiam ser atendidos por médicos, enfermeiros, pessoas vacinadas ou que tivessem tido um primeiro contágio. Cabia ainda ao governo fornecer alimentação, medicamentos e roupa de cama. Quanto à população, ficava responsável pela caiação e desinfecção das casas, limpeza dos quintais e criações de animais e do fechamento dos poços

infectados. Quanto às medidas sanitárias, nem sempre as quarentenas eram determinadas ou mesmo cumpridas. Cabia às Câmaras Municipais criar comissões de saúde locais ou estabelecer cordões sanitários, atendendo a população no que fosse necessário. Era também de competência do governo o serviço de vacinação e revacinação que, na verdade, consistia no meio mais seguro de poupar a população das varíolas.

Só em julho de 1859, Paranaguá foi novamente vitimada pela varíola, trazida por alguns marinheiros ao porto.

A epidemia de maiores proporções no período provincial, provocando temor na população e fazendo grande número de vítimas, ocorreu nos anos de 1863 e 1864, prolongando-se até 1867, com o aparecimento sucessivo de casos esporádicos. Tratava-se de uma epidemia a nível nacional, atingindo desde o Rio Grande do Sul, até províncias do Norte do país.

A terrível epidemia das bexigas que ha quasi um anno reina nesta cidade [Santos] e já tanctas victimas tem feito, ainda não quer deixar-nos. Invadiu a capital e muitas povoações desta provincia [São Paulo] e segundo noticiam os ultimos jornaes, hoje também flagella as provincias do Paraná, Santa Catharina, Rio Grande do Sul, e algumas das províncias do norte do Imperio. Mas não somente tem observado o reaparecimento mais frequente da hedionda moléstia e seu desenvolvimento teimoso em caracter maligno.¹⁶²

No Paraná, o mal atingiu tamanha proporção graças a falhas nos serviços sanitários, de acordo com o relatório médico de Olegário Cesar Cabussú, onde ele descreve a situa-

¹⁶²A EPIDEMIA reinante das bexigas. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 26 set.1863. n.419, p.3-4.

ção. Em 1º de março de 1863, fundeou no porto de Paranaguá um iate vindo de Laguna (Santa Catarina), trazendo farinha e milho. No porão da embarcação, achavam-se dois indivíduos portadores de varíola. Mas nem o médico do porto, nem o secretário responsável pela fiscalização procederam a um exame rigoroso, sequer visitaram o iate, exigindo a **carta limpa de saúde**, como prescreve a lei para as doenças contagiosas. Conseqüentemente, houve franca comunicação da tripulação com as pessoas que auxiliaram no descarregamento. Isso resultou em vários casos de varíolas benignas.

Para preservar a população do contágio, seria necessário, primeiramente, isolar os doentes, o que não foi feito. Em segundo lugar, destruir a aptidão para contrair a doença através da vacina. Como esta se achava em falta, substituiu-se a linfa vacínica pelo pús de um varioloso, o que levou à variolização nas pessoas inoculadas. Nada justificava o procedimento do vacinador de Paranaguá, embora se soubesse que a varíola inoculada era menos perigosa que a contraída através do contágio. Os casos de bexigas confluentes foram muitos, e pouca ou nenhuma medida sanitária preventiva foi posta em prática. A população pobre sofreu sobremaneira e até os presos da cadeia foram atingidos pelo mal.

A Câmara Municipal dispôs-se a atender os variolosos em um hospital provisório. Havia a enfermaria das prisões, o quartel do destacamento, a clínica particular de Alexandre Bousquet e a clínica de Ricardo Augusto da Silva Rego à disposição. Quanto ao lazareto da ilha das Cobras, local mais

apropriado para o isolamento e tratamento das vítimas, não pôde ser utilizado por achar-se abandonado.

Medidas de cuidados básicos foram exigidas da população pela Câmara Municipal: sustar a comunicação de vendas, cair e desinfetar as casas e quintais, retirar os porcos e outras criações imundas, vacinar as populações da cidade, dos subúrbios e das localidades vizinhas.

Aparentemente, a epidemia se achava sob controle, em vias de extinção, quando reapareceu violentamente no quarteirão do Ribeirão, a três léguas de Paranaguá. Tratava-se de um bairro pobre com grande número de famílias acometidas. A Câmara Municipal cuidou logo de estabelecer no local um hospital provisório para o atendimento dos enfermos, além de designar um lugar para os enterramentos dos variolosos.

De Paranaguá, a varíola espalhou-se às populações vizinhas, não desaparecendo nem com a estação fria. Em Morretes, o mal foi levado por um morador de Barreiros que contraiu a moléstia quando da sua estada em Paranaguá. Avisado da existência de vários casos no povoado, o delegado de polícia de Morretes tomou prontamente medidas preventivas, evitando com isso o contato dos variolosos com o restante da população.

Antonina, Guaratuba e até a colônia do Superagui, no litoral, foram vitimadas pelo flagelo proveniente de Paranaguá. No interior, algumas localidades foram contaminadas pela varíola, como a população de Rio Negro, Castro e São José dos Pinhais, no lugar denominado Ambrósios. Finalmente, nos

mais diversos pontos da Província, a varíola aparecia, tanto em seu caráter epidêmico, como em casos esporádicos.

Sem dúvida, no decorrer desta epidemia, foi Paranaguá a localidade mais assolada. Só no ano de 1863, registraram-se oficialmente 695 casos na população urbana, com 85 óbitos, não incluindo as vítimas dos arrabaldes. Dado o elevado número de mortes, os enterramentos passaram a ser preocupação das autoridades médicas locais. Primeiro, devido aos cadáveres variolosos que permaneciam muitas horas insepultos por falta de covas, ou de quem as fizesse; segundo, porque atribuíam a recrudescência da doença às emanações morféticas contendo o **micróbio causador** da varíola através do vento.

Juntamente com a varíola em Paranaguá, desenvolveram-se a febre biliosa, as disenterias e a coqueluche.

Nos anos que se sucederam, isto é, 1864 e 1865, foram registrados casos esporádicos na Província, por vezes fazendo vítimas fatais.

No biênio seguinte (1866-67), foi a vez da freguesia de Palmeira registrar suas vítimas fatais, como também Curitiba, com casos esporádicos.

Por um período de cinco anos, o território paranaense encontrou-se livre do flagelo variólico. A epidemia de 1872, que se espalhou em vários pontos do Brasil, só apareceu na Província no ano seguinte, surgindo nas regiões da Lapa, Capital, Antonina e freguesia do Iguassu, onde teve maior intensidade, prolongando-se até janeiro de 1874, com 35 vítimas, nos 75 casos registrados.

Em 1876, novamente a varíola manifestou-se na Província, nos municípios de Tibagi, Ponta Grossa e Castro. A respeito das manifestações de varíola em Castro, Leocádio Corrêa, em seu relatório médico anual, comenta:

(...) doloroso é consignar uma triste ocorrência que tanto tem aterrado aos nossos conterrâneos pelo terrível contagio da varíola que em principios de mez passado [outubro] foi trasida por um negociante da villa do Tibagy, vindo da Côrte que ali chegando desenvolveo-se com muita intensidade, tendo feito muitas victimas e extimando em seo auge sem que me conste ter declinado; antes pelo contrario são assustadoras as noticias que d'ali chegão narando os estragos da enfermidade, miseria e falta de recursos para aquelle povo, consecuencia d'aquelle flagello quando desenvolvido nas localidades centraes, onde abundão os da classe ignorante e proletaria.¹⁶³

A colônia militar do Jataí e o aldeamento indígena de São Pedro de Alcântara foram acometidos pela varíola em fevereiro de 1877. Graças ao desvelo de Frei Timotheo e de Telêmaco Borba a epidemia não atingiu o caráter assustador que se esperava.

Durante o segundo semestre de 1878, o litoral foi ameaçado pelas **bexigas**, registrando-se apenas casos esporádicos entre tripulantes de embarcações procedentes do Rio de Janeiro, onde o mal vinha apresentando muita intensidade. A situação no litoral repetiu-se somente no último trimestre de 1882, até maio do ano seguinte. Na ocasião, a varíola manifestou-se em Morretes, mais precisamente na colônia Améri-

¹⁶³CORRÊA, 1875 e 1876, p.176.

ca, com doze casos, dos quais quatro feleceram, segundo relatório médico de Antônio de Azevedo Monteiro, responsável pela criação de um lazareto e do atendimento médico dos doentes.

Em Paranaguá, também a epidemia de varíola manifestou-se, findando em princípios de janeiro de 1883, segundo Leocádio Corrêa, encarregado do atendimento médico dos afetados que foram recolhidos no lazareto da cidade. O fenômeno pode ser avaliado no mapa de variolosos relativo ao lazareto de Paranaguá. Neste mesmo ano, no mês de dezembro, foi a vez de Antonina e Porto de Cima serem afetadas pela moléstia, devido à chegada na região de alguns praças infectados.

Nos anos posteriores, através da documentação consultada, é possível observar a marcha da varíola. Em julho de 1884, esta difundia-se intensamente no Rio da Prata, em Entre-Rios e na República Argentina. Em princípios de 1885, de acordo com a fala imperial de D. Pedro II, eram as províncias do Norte assoladas pelo flagelo, onde se incluíam Amazonas, Pará, Pernambuco e Alagoas. Em dezembro de 1886, a varíola era uma ameaça em Santos. Foi nessa ocasião que o Paraná, preocupado com um possível contágio, nomeou comissões sanitárias em Paranaguá, Antonina, Morretes e Porto de Cima. Apesar disso, a varíola surgiu em Morretes, trazida por uma família procedente da Corte. Dado o pouco interesse do governo provincial pelo assunto, a epidemia se alastrou, gerando pânico entre a população. O problema só foi contornado com a chegada do doutor Caldas, que procurou incansavelmente aliviar o sofrimento dos enfermos e proceder na

Moappa

do movimento clinico do Hospital de variolosos de Paranaquã de 23 de Dezembro ultimo a 12 de Janeiro corrente

Nomes.	Naturalidade	Data de entrada	Data de alta	Observações.
Felicitina Maria do Rosario	Brazileira	23 de Dezembro	27 de Dezembro	Pausa de mex anterior. Falleceu.
Joaquim Antonio Lopes	Idem.	Id.	12 de Janeiro.	Idem Idem Curado
Yeni Lopes Cardozo	Idem.	Id.	Idem	Idem Idem Idem.
Nestor Lopes	Idem.	Id.	29 de Dezembro	Idem Idem Idem.
Gayme Lopes	Idem.	29 de Dezembro	12 de Janeiro.	Confluentes. Curado
Joaquima Lopes	Idem.	Id.	Idem.	Discretas. Idem.
Rosa Lopes	Idem.	31 de Dezembro	3 de Janeiro.	Bemigna. Idem.
Anna Lopes	Idem.	Id.	Idem.	Idem. Idem.



Hospital de variolosos na Ilha das Cebias de Paranaquã. 13 de Janeiro 1913.

O medico encarregado do Serviço.

M. Vaccaro Corrêa

orientação de medidas profiláticas entre a população. Quanto ao sepultamento dos bexiguentos, estes foram realizados em locais predeterminados, sem percorrer as ruas da povoação, nem o cemitério público,¹⁶⁴ conforme indicara a recomendação médica.

Em fevereiro de 1887, a varíola apresentou-se novamente em vários pontos da Província, acompanhando desta vez a chegada de imigrantes italianos vindos de Santos e ilha Grande, onde a epidemia estava grassando. Mesmo ocorrendo alguns falecimentos a bordo do vapor, a inspetoria do porto nada fez para preservar a população do contágio. Assim, foram nessa ocasião vitimadas pela **bexiga** as populações de Curitiba, Antonina e Morretes.

Tal situação tendeu a repetir-se, devido às sucessivas entradas de imigrantes italianos e poloneses, procedentes de portos infectados pela varíola, com destino a diversas localidades paranaenses. Somava-se a isso a negligência das autoridades sanitárias em evitar o contato entre a população recém-chegada e os habitantes locais. Nessas circunstâncias, a varíola difundiu-se novamente no começo de 1889, numa hospedaria de imigrantes em Campo Largo, Morretes e em São José dos Pinhais, originária de São Paulo, através de um viajante. Em Curitiba, a varíola ocorreu com a chegada de um contingente de soldados de infantaria, vindos do Rio de Janeiro, onde havia casos da doença. Esses se instalaram em uma hospedaria de polacos recém-chegados, sendo o suficiente

¹⁶⁴MAPPA. In: OFFICIOS, 1883. v.2, p.137.

QUADRO 8 - INCIDÊNCIAS DE VARIÓLA NA PROVÍNCIA DO PARANÁ - 1884 - 1889

LOCALIDADE / ANO	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89		
GUARATUBA		2	1																																			
PARANAGUÁ		2	1	2					1	6	5	1																										
ANTONINA			1																																			
MORRETES			10																																			
PORTO DE CIMA																																						
CURITIBA																																						
SAO JOSÉ																																						
CASTRO																																						
RIO NEGRO																																						
PALMEIRA																																						
LAPA																																						
IGUASSÚ																																						
PONTA GROSSA																																						
TIBAGI																																						
JATAÍ																																						
S. PEDRO ALCAN.																																						
N. S. DE LORETO																																						
ALD. S. JERÔNIMO																																						
CAMPO LARGO																																						
LITORAL																																						
PLANALTO																																						
EMBARÇAÇ/ PORTO																																						
NÃO ESPECIFIC.																																						

Nº de casos
 N.º de óbitos

X = sem dados específicos

anos de ocorrências



para que o mal se desenvolvesse, apesar de todas as medidas tomadas no sentido de isolar os primeiros doentes.

A epidemia de 1889, segundo Jayme Reis, durou até outubro de 1891, atingindo 2.011 pessoas não vacinadas, com um índice de 15% de mortalidade.¹⁶⁵

Numa análise geral do período provincial, podem-se caracterizar cinco grandes períodos epidêmicos, ou seja: 1855-59 (cinco anos), 1863-67 (cinco anos), 1872-78 (sete anos), 1882-83 (dois anos) e 1886-89 (quatro anos).

As populações que mais sofreram o contágio foram as da faixa litorânea, que tinham nos portos o seu grande inimigo. Merecem atenção os anos de 1863-64, sobretudo em Paranaguá, quando se registraram 678 casos oficiais, sem contar a população suburbana e das localidades vizinhas. Os anos de maior mortalidade registrada foram o de 1875, em Iguassu, e o de 1889, em São José dos Pinhais.

Quanto aos Campos Gerais, foram poupados mais uma vez dos flagelos variolíticos, que só ocorreram em Castro, em 1873-87, e em Palmeira, em 1863-67.

Nos últimos anos do período provincial, de maneira geral, as medidas preventivas para obstar o contágio seguiam a prática rotineira, predeterminada para as doenças epidêmicas pelo governo imperial. Como medida preventiva, valiam-se de vacinação e revacinação de dez em dez anos, determinadas para toda a população. As medidas higiênicas que deveriam ser tomadas em períodos epidêmicos eram da competência do

¹⁶⁵REIS, p.169-70.

governo e consistiam em isolar os variolosos e estabelecer enfermarias próprias para o seu atendimento em locais apropriados, determinar quarentenas e cordões sanitários, dessecar os pântanos, fiscalizar os gêneros e o asseio nos mercados, manter a limpeza pública, irrigar as ruas durante o verão e, finalmente, promover a tranqüilidade moral dos cidadãos.

Durante a epidemia de 1889-91, em Curitiba, Jayme Reis, responsável pelo serviço do hospital de isolamento da Capital, comenta que os enterramentos de variolosos eram feitos fora do recinto da cidade, geralmente à noite, horário em que diminuía o movimento das ruas. Os responsáveis por tal serviço eram os próprios enfermeiros ou pessoas habilitadas que cuidavam dos bexiguentos.

Na Província, durante os períodos de surtos epidêmicos de varíola, como conseqüência de sua posição geográfica, o litoral ficava mais exposto ao contágio. Isso se dava tanto pelo clima e pela concentração da população, como pela presença dos portos. O mesmo não ocorria com as regiões de planalto, onde a distância, a serra do Mar, o clima e a população dispersa em pequenos grupos contribuía para a menor incidência da varíola.

Embora durante os surtos epidêmicos o governo provincial se mobilizasse no sentido de prevenir e obstar o contágio, só a vacinação e a revacinação protegiam efetivamente a população. Porém, somente quando aterrorizada ante um surto epidêmico já instalado é que a procura ao serviço de vacina se intensificava. Cabe lembrar que os anos de incidência de

variola no Paraná Provincial correspondem aos anos de procura do serviço de vacinação. Embora a série de dados não seja completa para esse período, é possível fazer-se tal afirmação, com base nos dados da tabela a seguir.

ANO	POPULAÇÃO VACINADA	TOTAL DA POPULAÇÃO	
1854	239	62.258*	
1855	427		
1857	462		
1861	373		
1862	791		
1863	2.182		
1864	359		
1865	1.096		
1866	141		
1867	728		
1868	724		
1869	396		
1873	3.195		126.722**
1875	638		
1876	1.639		

* Estatística do ano de 1854.

** Censo Demográfico de 1872 (IBGE).

A tabela acima confirma que a vacina, embora fosse um instrumento de prevenção, era usada como tratamento, visto que a maior procura coincide com os surtos epidêmicos.

4.2.12 Carbúnculo

O carbúnculo, apesar de não ser uma doença freqüente, causava preocupações e medo entre a população.

4.2.12.1 Definição

Carbúnculo, também conhecido por **antrás** e **pústula maligna**, consistia num tumor duro, doloroso e pouco proeminente no centro, com uma escara negra. Tinha todas as características de uma doença terrível.

Esta moléstia, acreditavam os médicos, aparecia em lugares baixos e úmidos, justamente onde se fazia a decomposição de animais e vegetais, durante os fortes calores. Muitas vezes esta era a condição ideal para que o carbúnculo se manifestasse no homem. Outras vezes, ele podia ser transmitido pelos animais que se achavam contaminados. Mesmo após a sua morte, o simples contato com seus restos era suficiente para transmitir o mal. Assim, o carbúnculo tornou-se a moléstia característica dos curtidores, carneiros e ferradores, isto é, das pessoas em contato constante com os animais. Havia também a possibilidade de o carbúnculo ser inoculado pela picada de insetos que tinham tido contato com algum animal carbunculoso. Para alguns médicos da época, ele podia ser transmitido simplesmente pelo fato de se comer carne de animais afetados ou que morriam após grande fadiga. Existiam mesmo exemplos de transmissão de homem a homem, embora fossem raros.

Quanto à natureza da moléstia, no século XIX acreditavam ser provocada por bactérias:

A natureza parasitaria do carbunculo ficou patente depois das descobertas de Rayer e Davaine, que descobriram, no anno de 1850, bastõezinhos filiformes no sangue de animaes mortos. Esses pequenos bastõezinhos

direitos, cylindricos, são bacteries que crescem e vivem no sangue, e que inoculados em outros animaes, reproduzem a molestia.

No homem o contagio do carbunculo tem sempre lugar por inoculação. O liquido que contem as bacteries, a pelle ou os ossos de um carneiro morto de carbunculo communicam a molestia se acharem-se em contacto com uma esfoladura ou uma erosão da pelle. Os animaes se inoculam, principalmente se são hervas picantes, urtigas, cardos, etca., que fazem feridinhas na lingua e no focinho. Está provado até a evidencia que os cadaveres dos animaes que morrem de carbunculo são a principal causa da propagação da molestia.¹⁶⁶

O carbunculo tinha uma sintomatologia que nem sempre se manifestava de modo idêntico. Um tipo de manifestação era aquela em que no centro da inflamação edematosa aparecia uma escara negra rápida acompanhada de dor pungente, palidez geral e pulsação fraca. Neste caso, o doente falecia entre 24 ou 36 horas, outras vezes a morte ocorria em mais dias. Quando o paciente conseguia superar 24 ou 48 horas, o pulso tornava-se mais forte e a gangrena parava, a escara então desprendia-se e caía. Estes sintomas caracterizavam o **carbunculo** propriamente dito.

Outro tipo de carbunculo era designado vulgarmente por **pústula maligna** e apresentava sintomas semelhantes, embora sua evolução fosse mais rápida.

O carbunculo era uma moléstia grave e o doente, muitas vezes, vinha a falecer não só por socorros tardios, como também pela abundância da supuração.

¹⁶⁶CHERNOVIZ, p.459.

A cada fase, o tratamento requeria cuidados especiais. Inicialmente, a preocupação devia centrar-se na destruição do tumor gangrenoso; através da cauterização, a qual podia ser efetuada de duas maneiras: pela aplicação de um líquido cáustico, o **oleo de vitriolo**, nas partes gangrenadas, ou pelo uso do ferro em brasa. Muitos médicos preferiam fazer uma incisão com o bisturi no centro do tumor, antes de efetuar a cauterização, para que sua ação fosse mais rápida e efetiva. Após a cauterização, eram aplicados cataplasmas de linhaça. A região atingida soltava-se em alguns dias e na sua cavidade colocavam-se fios cobertos de ceroto, tomando-se o cuidado de lavar com água de **Labarraque** ou água fenicada.

Depois dessa operação, o doente deveria ingerir vinho de quina, três vezes ao dia, até fechar a ferida.

Também podiam ser empregados antissépticos como a água fenicada, a tintura de iodo diluída e o coaltar saponiado de **le Boeuf**, com os quais se faziam injeções subcutâneas ao redor das pústulas.

4.2.12.2 Carbúnculo no Paraná

O carbúnculo foi citado na Província do Paraná pela primeira vez em 1857, quando doutor Murici foi chamado à vila de Morretes para socorrer os doentes de varíola. Mas ao chegar lá, constatou que a varíola já se tinha extinguido e no seu lugar surgiram várias outras enfermidades, entre elas

o carbúnculo. Na ocasião, esta situação foi atribuída às condições atmosféricas:

Extraordinário tem sido o calor neste lugar, e é sem dúvida a elle que se pode attribuir o aparecimento destas moléstias.¹⁶⁷

Mas a primeira notificação da pústula maligna na Província, em caráter epidêmico, data de janeiro de 1858, na vila de São José dos Pinhais. Na ocasião, constaram-se casos de carbúnculo, inclusive provocando óbitos. Ao saber da epidemia, o governo provincial prontamente tomou medidas e procurou investigar as possíveis causas do mesmo.

O presidente Francisco Liberato de Mattos, em seu relatório, na abertura da Assembléia Legislativa Provincial, de 1859, ao falar do estado da saúde pública, comenta:

Em principios de janeiro do anno passado na villa de São José dos Pinhaes deram-se alguns casos de pustula maligna - carbúnculo. Já tinham fallecido 3 pessoas quando de ordem da presidencia para lá foi o médico Leopoldo Schmid; 4 que se achavam acomettidos da mesma enfermidade salvaram-se, cauterizando as pustulas.

O médico verificou, que os primeiros que enfermaram, tinham sido contagiados por animaes fallecidos do mal do baço na estrada de Morretes para aquella villa e na de Manderituba à duas legoas da mesma villa, deu todas as providencias, e em fins do referido mez tinha o mal inteiramente cessado.¹⁶⁸

¹⁶⁷MURICI, J.C.S. Relatório médico. Morretes, 22 fev.1857. In: OFFICIOS, 1857. v.2, p.131.

¹⁶⁸PARANÁ. Governo. 1859 (Mattos), p.4.

Ao analisar este texto, pode-se concluir que o mal reinante em São José era proveniente de Morretes e Mandirituba, onde a doença existia, se não em caráter epidêmico, ao menos com alguns focos de infecção. Isso foi confirmado em julho do ano seguinte, 1859, quando surgiram manifestações de carbúnculo em Morretes e na freguesia de Porto de Cima, com casos fatais.

Surge uma reincidência nas mesmas localidades já citadas, em junho de 1860, sendo cinco casos em Porto de Cima, dos quais dois faleceram, e em Morretes constam três casos, com apenas um óbito. O documento elaborado pela Câmara Municipal de Morretes, em sessão extraordinária de 30 de junho de 1860, e enviado à presidência, tem o seguinte teor:

A camara municipal de Morretes, accusando a recepção do officio de V. Ex. de 18 do corrente, tem a informar que com effeito se deram na freguezia do Porto de Cima cinco casos da molestia chamada - carbunculo - de que trata o officio do Sr. delegado deste termo de 10 do corrente, vendo também junto por copia, dos quaes falleceram 2 pessoas, e 3 se acham restabelecidas, sendo dos fallecidos um livre e outro escravo, e das tres salvas um livre e dous escravos; todos elles foram tratados por um experiente que ha nesta villa, que aos livres subministrou gratuitamente o curativo e outras pessoas o tratamento. A camara pensa também que as causas expostas pelo Sr. delegado são, talvez, as que militam para o desenvolvimento dessa molestia, sem mesmo excluir couros internos que por qualquer mão estado em que estejam alguns delles, ou que contenham em si materias estranhas e prejudiciaes podem dar causa a isso. A camara deixou de dar para aquella freguezia as ordens no sentido de remoção de qualquer objeto que julgasse origem ou causa do desenvolvimento da molestia, porque soube antes de agora que o Sr. delegado já o tinha feito em tempo op-

portuno, no entanto ella aqui na freguesia da villa deu em tempo as ordens competentes ao respectivo fiscal no mesmo sentido que o Sr. delegado o fez para a do Porto de Cima, com acrescimo de que se recomendasse aos donos de fabricas que lavassem e limpassem bem os couros no acto que tirassem para cortar, e que seria conveniente que quando os pozessem de molho, o fizessem sempre em água corrente. Agora cumpre igualmente scientificar a V. Ex. que também aqui na freguesia da villa se deram tres casos da mesma molestia, sendo os affectados dous escravos e um livre, dos quaes falleceu um escravo, e os outros dous sararam. É quanto esta camara tem a informar, pondo mais no conhecimento de V. Ex. que aquelle mal parece achar-se extincto, visto que até o presente não consta ter-se dado outros casos da mesma molestia. ¹⁶⁹

Do que ficou visto até aqui, é possível salientar que na Província do Paraná as cidades mais vulneráveis ao aparecimento do carbúnculo eram Morretes e Porto de Cima, no litoral, e São José dos Pinhais, no interior. Isso se devia às atividades econômicas envolvendo o uso de couro. Portanto, seria necessário que as Câmaras Municipais tomassem medidas satisfatórias, uma vez que no Brasil ainda não fora instituída a Polícia Sanitária, a exemplo de outros países.

(...) o carbunculo e pustula maligna, que são tão contaminaveis ao homem, como já se tem visto em Morretes e em S. José dos Pinhães, quaze sempre com casos fataes.

Sabe-se do grande uso e consumo que n'esta Província se faz dos couros para os surrões, em que se acondiciona a herva mate que vai ao mercado. Sabe-se que tem acontecido quasi annualmente aos que trabalham com esses couros ainda muito tempo depois

¹⁶⁹GUEDES, J.C. et alii. Governo Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 7 jul.1860. n.236, p.2.

de tirados das rezes, soffrerem d'esse mal perigosissimo; e o que não poderá resultar do uso de herva mate empregnada do virus que assim contamina o mal, não só aos insurreiadores, como aos que d'ella fazem uso?

É em Morretes, pelo uso dos couros no insurruamento do mate, e em S. José pelas charqueadas, que tem apparecido o carbunculo.

Ora, sabe-se que os couros de que se servem em Morretes descem da serra, e mesmo assim, tem produsido o dito mal. Sabe-se que no gado mesmo gordo pode apparecer essa enfermidade; e conjectura-se o perigo que há em que assim como se vende os couros, se venda a carne aproveitada de animaes affectados de semelhante molestia!

Parece-me necessário que as Camaras Municipaes providenciem de modo a que não vão ao côrte das rezes, sem previo exame d'estas em quanto varias, bem como não devem ser cortadas sem terem três dias de descanso, quando trazidas de lugares remotos, ou depois da viagem que fazem até o lugar do matadouro.¹⁷⁰

Mas, com o passar dos anos, nota-se que as pústulas malignas pouco a pouco desapareceram, graças ao emprego de barricas de madeira, em substituição ao couro, no acondicionamento da erva-mate.

4.2.13 Cólera

Uma das doenças que maior medo gerou entre a população foi o cólera. Sua notícia era suficiente para causar terror.

¹⁷⁰ MURICI, Relatório... 1861. v.22, p.4-5.

4.2.13.1 Definição

O cólera-morbo era definido, na segunda metade do século XIX, como uma moléstia aguda, rápida em sua marcha, muito dolorosa e grave, cujos sintomas mais notáveis consistiam em vômitos freqüentes, evacuações alvinas abundantes, acompanhadas de urina e, finalmente, câimbras dos membros. Era incluída na categoria das doenças **pestilenciais**.

O rápido contágio do cólera levou os cientistas da época a acreditarem que ele teria como causa o desenvolvimento de **um parasita**, isto é, um micróbio que deveria ser necessariamente identificado. Foi Koch que descobriu esse **micróbio**, em 1883, através de suas pesquisas. Sua forma assemelhava-se à de uma vírgula. As experiências também atestaram que, injetado em animais de diversas espécies, todos estes, sem exceção, eram acometidos pelo mal. Outra constatação foi que sua multiplicação se dava mais rapidamente na água e isso motivou a afirmação de que as epidemias se deflagravam após a descarga e limpeza de navios que chegavam com seus porões cheios de **líquidos fétidos**. A existência desse **micróbio** impôs certas regras e precauções especiais, que não poderiam ser negligenciadas enquanto reinasse alguma epidemia.

Segundo Manoel Luiz Vieira, em sua tese de 1875, os lugares baixos e úmidos eram o **habitat** preferido pelo cólera para a sua devastação, destacando-se os pântanos, onde muitas vezes se tornava endêmico:

(...) Não ha duvida, diz elle, que uma epidemia de cholera sô tem lugar em localidades collocadas em terreno poroso e permeavel; ao contrario, um terreno pedregoso, solido, não podendo ser penetrado pela agua, exclue o apparecimento dessa molestia.¹⁷¹

Prosseguindo, Manoel Vieira atesta a importância das condições atmosféricas na etiologia do cólera. Assim, era no estio, via de regra, que ele se mostrava mais violento. Os epidemiologistas de então acreditavam que o ar atmosférico úmido e quente precedia as epidemias de cólera, uma vez que favoreciam a putrefação das matérias orgânicas, constituindo-se numa condição importante para a origem do mal. As pressas mais freqüentes do flagelo eram as mulheres em idade adulta, os pobres e os negros:

O chôlera é uma dessas moléstias que mais numero de victimas faz na classe pobre. E com effeito, entre os proletarios mal alimentados e que vivem agglomerados em habitações humidas que elle se torna mais grave e frequente. No Rio de Janeiro quasi que se tem limitado a raça preta.¹⁷²

Ao falar das influências das aglomerações, a conferência de Constantinopla formulou três leis:

1ª - Toda aglomeração de homens na qual grasse o cólera traduz-se numa condição favorável à difusão rápida da moléstia;

¹⁷¹VIEIRA, M.L. *Das grandes epidemias pestilenciais e das regras e preceitos hygienicos que se devem observar no intuito de obstar o seu desenvolvimento ou propagação.* Rio de Janeiro, Typ.Universal, 1875. p.27.

¹⁷²VIEIRA, p.28.

2ª - A rapidez do contágio é proporcional à concentração da massa aglomerada;

3ª - Em uma população aglomerada, quanto mais rápido é o contágio da molestia, mais pronta é sua cessação.

Com relação à sintomatologia, o primeiro período do cólera caracterizava a sua forma mais branda.

(...) é caracterizada pela fraqueza, perda de appetite, sede; dores no ventre, borborygmos estrondosos, e diarreia amarel-la ou esbranquiçada, e fetida; há além d'isso abatimento, insomnia, suores, desmaios, calefrios vagos e irregulares; o pulso é regular ou algum tanto acelerado. É a reunião d'estes symptomas que se dá o nome de cholera.¹⁷³

Estes sintomas variavam quanto à duração, podendo levar apenas um dia ou prolongar-se além de uma semana. Terminavam quase que imediatamente quando havia cura ou eram substituídos pelos sintomas do cólera grave. O cólera apresentava uma duração rápida. Havia casos em que o doente podia morrer em apenas algumas horas, ocorrendo também exceções, quando ele persistia por mais de doze dias. Tudo dependia das condições físicas do doente. A convalescença era lenta, exigindo sérias precauções.

Durante a vigência do cólera, afirmam alguns autores, outras moléstias agudas ou crônicas desapareciam. "Assim, notou-se o desaparecimento das hydropsias, das inflamações,

¹⁷³CHERNOVIZ, p.579.

das molestias rebeldes da pelle pela influencia da affecção cholericã" ¹⁷⁴ .

O tratamento era bem variado, atendendo aos sintomas e a cada período específico da doença. Assim, durante uma epidemia de cólera, quando o indivíduo sentia fraqueza súbita e diarréia, deveria deitar-se na cama, cobrir-se, tomar uma xícara de chá de hortelã-pimenta ou, na falta deste, chá de erva cidreira. Também fazer um clister de cozimento de linhaça, observar a dieta à base de baldo de galinha, além de beber **mistura anti-cholérica**. Para manter o paciente com as extremidades inferiores do corpo aquecidas, devia-se colocar botijas cheias de água quente nos pés e pernas do doente. Com este objetivo, podia-se beber uma xícara de café ou chá-da-índia bem quente com rum.

Com o intuito de destruir os miasmas, aconselhava-se a colocar no quarto do doente pratos com dissolução de cloreto de cal, ou umedecer o assoalho com uma solução de água e ácido fênico. Para desinfetar os urinóis e latrinas, utilizava-se a mistura de um litro de água para trinta gramas de sulfato de ferro. Esta solução tinha a propriedade de modificar a composição das matérias evacuadas pelos coléricos. O ácido fênico diluído em água também desempenhava o papel de desinfetante.

Ainda um número grande de medicamentos era proposto contra o cólera, entre os quais figuram: o sulfato de quina, os calomelanos, o subazotato de vismutto, a cânfora, o acetato de amoníaco, entre outros.

¹⁷⁴CHERNOVIZ, p.581.

Para prevenir o mal, era aconselhado o asseio das ruas e casas, a ventilação dos quartos e, especialmente, a desinfecção dos dejetos com uma solução combinada de sulfato de ferro e água. Somam-se a estas outras precauções: evitar-se dos lugares baixos e úmidos, evitar as mudanças súbitas de temperatura, vestir-se adequadamente com o clima da estação, manter uma alimentação saudável, em quantidade conveniente e não excessiva, conservar os bons costumes de higiene, fazer exercícios físicos, manter uma vida regrada, não se deixar dominar pelos pezares e tristezas e, finalmente, vencer o susto que a epidemia inspirava.

O cólera caracterizava-se pela devastação que provocava nas populações durante os períodos epidêmicos. Tratava-se de uma doença conhecida desde tempos imemoriais, sendo já citada nos tempos de Hipócrates, quando recebia o nome grego de **kholera**, significando **fluxo de bilis**. O cólera que se conhece hoje é originário da Índia, sendo denominado também **cólera-asiático** ou simplesmente **peste** – denominação tecnicamente errônea. É a associação de uma diarréia abundante a vômitos incontroláveis, com manchas azuladas no corpo e rápida perda de peso. A morte é decorrente da desidratação e acontece em alguns dias, semanas, ou mesmo subitamente.

A primeira grande epidemia do século XIX a semear terror e morte em muitos povos data de 1817, na região de Jessora – delta do Ganges. Daí proliferou para outras regiões asiáticas e países vizinhos, até atingir a Europa.

A colera passava, portanto, por uma dessas "febres" próprias dos países exóticos quando, sem outra razão aparente a não ser a rapidez e a intensidade das trocas comerciais, deixou, no princípio do século XIX, o seu domínio habitual e começou a viajar.¹⁷⁵

Em 1839 e em 1846, houve novas incidências e a marcha da doença se fez em duas rotas: uma penetrou o mar Negro, invadindo seus portos; a outra atravessou a Rússia, a Alemanha e a França, chegando a atingir Portugal e Espanha.

4.2.13.2 Cólera no Paraná

Foi da segunda ramificação, com duração até 1855, que o Brasil importou a moléstia por via marítima. Tratava-se do cólera perfeitamente caracterizado, que invadiu primeiramente a Província do Pará e os lugares ribeirinhos do Alto Amazonas.¹⁷⁶

Logo que a embarcação chegou no Pará, casos de cólera começaram a proliferar. Juntamente com os colonos, aparecia a primeira epidemia de cólera em território brasileiro. Nessa ocasião, segundo Manoel Vieira, de 16.800 pessoas vitimadas, 4.715 foram casos fatais.

No mesmo ano e em todo 1856, o cólera assolou a Província da Bahia, propagando-se também pelo interior. A Comissão de Higiene Pública da Província atribuiu o cólera, na

¹⁷⁵SOURNIA & RUFFIE, p.117.

¹⁷⁶VIANNA, p.106-8.

ocasião, à presença de "águas putridas e esterquilinos de extensão enorme", perturbações que eram observadas desde fins de 1854.

Em julho de 1855, o mortífero mal marcou sua presença na Corte e, de acordo com o Barão de Lavradio, devastou com mais intensidade as ruas próximas do litoral e do mangue, reaparecendo doze anos depois.

Outras províncias também sofreram a presença do cólera, como Sergipe, Pernambuco, Alagoas, Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Em todas foram registrados óbitos. Na fala imperial de 4 de setembro de 1855, quando do encerramento da 3ª sessão da Assembléia Geral Legislativa, o Imperador D. Pedro II refere-se à epidemia reinante nos seguintes termos:

A epidemia que invadiu a provincia do Pará vae-se estendendo por todos os pontos do imperio. O meu governo tem prestado ás populações accommettidas promptos socorros, e se esforça por impedir a propagação, e o incremento de semelhante flagello.

Confiemos que a Divina Providencia, que tantas vezes nos tem manifestado sua proteção e misericórdia, ha de ouvir as nossas preces e abençoar os nossos esforços.¹⁷⁷

Ainda em dezembro de 1855, os noticiários atestavam a presença do cólera em províncias como Sergipe, onde fizera

¹⁷⁷O DEZENOVE de Dêzembro. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 26 set.1855. n.26, p.3.

em pouco tempo considerável número de vítimas fatais. Na Província de São Paulo, a epidemia apresentava seus primeiros casos, em consequência do que se organizou um cordão sanitário na serra do Cubatão. Finalmente, na Corte, na Província do Rio de Janeiro, acreditava-se que o mal já se estava dissipando.

Embora o Brasil estivesse assolado pela presença marcante do cólera-morbo em quase toda sua extensão, no ano de 1855, o Paraná havia apenas sofrido um falso alarme no princípio do mês de dezembro do ano anterior, pondo de sobresalto a população do litoral. Isso se dera em consequência da notícia da chegada da barca **Florentin**, procedente de Hamburgo, no porto de Paranaguá, com destino à Província de Santa Catarina. Um passageiro da barca, o alemão Carl Erdemann, espalhou a notícia de que se desenvolvera, a bordo da mesma, o cólera, perecendo considerável número de indivíduos. Quando o chefe de polícia teve conhecimento deste facto, mandou rapidamente um expresso a São Francisco para obter notícias exatas do que ocorrera. Procurava-se assim acalmar a população e tomar providências pertinentes, caso se confirmasse a notícia. Como resposta, obteve a seguinte explicação:

A barca, diz o delegado de S. Francisco, em officio de 6 de dezembro, recebeu a seu bordo duzentos e treze passageiros (colonos) de Hamburgo, dos quaes trinta e quatro morrerão durante a viagem. O Dr. Eduardo Deyroll, que teve ordem para ir a bordo examinou se houvera moléstia contagiosa na barca, declarou que não, e que informando-se do commandante e dos passa-

geiros acerca da mortandade que tivera lugar, estes lhe disserão que forão crianças a mor parte dos que morrerão, e que a causa da molestia não foi obra senão da mudança rápida da alimentação de terra para a de bordo, tanto assim que de meia viagem em diante quasi não houve mais fallecimento algum, chegando apenas um menino doente. Na opinião do comandante e passageiros, a moléstia não era contagiosa e nenhum symptoma apresentava de colera, sendo certo que nessa mesma barca, em outra viagem, quando igualmente transportava colonos, morrerão trinta e seis passageiros, sem que se levantasse o boato, que agora fez correr imprudentemente o mencionado Carl Erdemann, de Colera-morbus.¹⁷⁸

A suspeita do cólera foi afastada com esta interpretação official, mas o medo de sua presença continuou. Isso acontecia sobretudo em razão dos noticiários atestando o mal e suas conseqüências danosas na Província do **Grão-Pará**. Temia-se o seu desenvolvimento em todo o Brasil. Assim, a Secretaria do Estado dos Negócios do Império, na pessoa de Paula Candido, ordenou às diversas províncias que tomassem immediatamente medidas e providências, no intuito de prevenir a chegada da doença ou ao menos minorar-lhe os efeitos e estragos.

Devido à falta de profissionais, o vice-presidente em exercício, Theófilo Ribeiro de Rezende, tratou de nomear uma comissão extraordinária de saúde no porto de Paranaguá. Esta era composta pelo juiz de direito, pelo presidente da Câmara Municipal e por um médico estrangeiro recém-chegado, o único

¹⁷⁸PARANÁ. Governo. 1855 (Vasconcellos). **Relatório do Presidente da Província do Paraná, o Conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 8 fev.1855.** Curityba, Typ.Lopes, 1855. p.38-9.

com habilitação legal para exercer a medicina: Theodoro Reichert. Prontamente a comissão atendeu à solicitação do governo e remeteu-lhe uma descrição das medidas sanitárias que foram tomadas e propostas contra a invasão do cólera naquela cidade.

Na Capital, a Secretaria de Polícia também organizou uma comissão composta pelo médico Murici, o único em Curitiba, e mais onze membros incumbidos de propor e promover a execução de medidas adequadas ao fim visado. A comissão, em suas atribuições, afirmava que a maior parte das providências indicadas já haviam sido realizadas pelo governo. Entretanto, entre os meios preventivos aconselhados pela higiene, a comissão julgava coerente incluir os seguintes:

1ª O aceio das ruas e arrabaldes mais próximos da cidade, promovendo-se a dessecação das águas estagnadas e remoção de imundícies, que facilmente se convertem em outros tantos focos de infecção. 2ª Fiscalização vigorosa do aceio interior das casas particulares e da cadeia. 3ª um exame minucioso de todos os comestíveis expostos à venda, bem como das tabernas, suas vasilhas, &c., para o fim de evitar-se não só que sejam consumidos pelo povo gêneros deteriorados, como que elles sejam medidos ou vendidos em vasilhas, cuja substancia possa alteral-os. 4ª Evitar por todos os meios convenientes a transmissão do mal, ou prohibindo absolutamente o ingresso de pessoas e objetos vindos dos lugares affectados, ou estabelecendo nos pontos convenientes longas quarentenas e meios de desinfecção a que devão sujeitar-se as pessoas e cousas vindas de lugares contagiados.

5ª Prohibir desde já os enterramentos dentro ou em roda das igrejas, determinan-

do que elles se fação em cemiterios extra-muros.¹⁷⁹

Além dessas medidas iniciais, a comissão foi mais longe, propondo outras mais específicas, caso realmente ocorresse a manifestação epidêmica. Nesse sentido, seria imprescindível:

1º) procurar obter prontamente do governo geral ou provincial uma botica repleta de medicamentos de boa qualidade e em quantidade suficiente, não só para a população da Capital como do interior;

2º) **Implorar** ao governo geral o envio para a Capital de mais alguns médicos militares, ao menos até que cessasse a possibilidade de contágio;

3º) Publicar as observações médicas a respeito das causas que possibilitassem ou favorecessem o desenvolvimento da moléstia, dos cuidados e do tratamentos;

4º) Criar um lazareto nos arredores da cidade, onde pudessem ser socorridos os enfermos pobres;

5º) Mandar buscar na Corte exemplares da obra do Dr. Peixoto sobre o cólera-morbo, para distribuição.

As duas primeiras medidas mencionadas são elucidadas no relatório de Murici, apresentado ao governo, indicando os meios de se preservar a Província da epidemia reinante. Dizia textualmente:

¹⁷⁹ROZEIRA, M.G. et alii. Publicação pedida. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 10 out.1855. n.28, p.2-4.

Certo de minha insufficiencia e do quanto é precario o serviço de um só homem, darei principio à minha exposição, pedindo a V. Ex. que se digne solicitar do governo imperial a vinda de seis médicos, pelo menos, e dous pharmaceuticos, pois lugares existem, e populosos, onde se não encontra, ao menos, um curandeiro. E porque de nada serviria a presença desses doutores, à vista da falta absoluta de remedios proprios para combater o cholera, maximo de serra-acima, onde não há uma só botica, tendo uma população de trinta a quarenta mil almas, espero que V. Ex. se digne também solicitar a remessa de medicamentos, que deixo de enumerar por delles se ter pleno conhecimento no Rio de Janeiro, e também de utensis proprios para seu preparo; não esquecendo tambem a remessa de outros para casos ordinarios.¹⁸⁰

Outra preocupação destacada por Murici dizia respeito ao transporte dos enfermos aos hospitais. Para este fim, ele sugeriu que se criassem comissões compostas, pelo menos, de cinco indivíduos, para que quando houvesse enfermos em seus distritos, pudessem prestar os primeiros socorros e transportá-los ao hospital público, imediatamente. Aos membros da comissão deveriam ser fornecidos medicamentos apropriados para o combate ao mal em sua fase inicial. As irmãs de caridade poderiam ser aceitas como membros dessas comissões, pois o autor afirma: "acho mesmo justo que pessoas do sexo feminino possam fazer parte destas comissões, tanto mais que entre as pessoas accomettidas muitas se encontrarão do mesmo sexo".

Para o transporte do enfermo, de sua residênciã ao hospital, seria utilizada a padiola. A sugestão era de que

¹⁸⁰MURICI, J.C. O Dezenove de Dezembro. **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 10 out.1855. n.28, p.2-4.

cada comissão tivesse duas delas à disposição, sendo uma coberta. Os encarregados de carregar as padiolas, em horário integral, deveriam ser os escravos existentes no quarteirão.

A par dessas medidas sugeridas para a Capital, muitas outras foram propostas, especialmente para cada uma das diversas localidades da Província. As medidas propostas eram mais rigorosas que as adotadas em relação as outras epidemias, dado o pavor que o cólera implantava nas populações.

A presidência nomeou, nas diferentes vilas, tanto do litoral, como do interior, comissões extraordinárias de higiene com a mesma incumbência de formular medidas e normas a serem seguidas pela população local, caso houvesse a invasão do cólera-morbo.¹⁸¹

Foi por ocasião da ameaça do cólera no Paraná que o governo provincial tomou a iniciativa, por sugestão das comissões de saúde organizadas, de mandar determinar locais para a construção de lazaretos e hospitais provisórios, sobretudo no litoral, porta de entrada de grande número das moléstias.

Grande ênfase também foi dada às **quarentenas**, que deveriam ser observadas pelos navios vindos de portos infectados ou com suspeita de casos a bordo. Entretanto, tais preocupações já haviam sido propostas desde outubro de 1854.

A influência mais marcante das doenças tidas com **pestilenciais** era no plano psicológico e se traduzia no medo à

¹⁸¹GUIMARÃES, F. Declaração. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 19 set.1855. n.25, p.3.

moléstia. E, como não podia deixar de ser, isso aconteceu também com o cólera. Nessas ocasiões, a religiosidade popular era manifestada de modo premente, sobretudo em preces, orações e atos públicos. Nesse sentido, insere-se a atitude da população quando se noticiou o cólera na Província do Paraná.

Desta sorte, o então chefe de polícia da Capital, José Antônio Vaz de Carvalhaes solicitou rapidamente, em nome da comissão de saúde, orações para proteger a comunidade da epidemia, ao padre Isaías Ribeiro d'Andrade e Silva:

Esta commissão vae dar hoje começo aos seus trabalhos; mas como estou convencido de que quaesquer que sejam as providencias que por ventura se tomem nenhum resultado proficuo se obterá, se a Divina Providencia não vier em nosso socorro, lembrei-me de rogar a V. revm. que fizesse celebrar na matriz desta capital preces publicas, nas quaes o povo possa invocar a inesgotavel misericordia do Todo Poderoso, supplicando-o a que afaste desta provincia e de todo o imperio esse flagello que começou no norte, e que ameaça assolar o Brazil inteiro.

Certo do zelo com que v. revm. exerce as funcções do seu augusto ministerio, espero que tomará esta minha rogativa na consideração que ella merecer (...).¹⁸²

A prática de novenas e orações públicas aparecia nas diversas regiões da Província, como em Tibagi, onde recorriam à Nossa Senhora dos Remédios e ao mártir São Sebastião, protetor do local.

¹⁸²CARVALHAES, J.A.V. Polícia. **Dezenove de Dezembro.** Curitiba, 29 ago.1855. n.22, p.3-4.

Para esses fins, eram publicados anúncios nos periódicos locais, contendo orações especiais para atender às necessidades do momento aflitivo:

ORAÇÕES extrahidas dos melhores livros de PIEDADE, e proprias para implorar a misericordia de Deos no tempo da peste, approvadas pelo Exmo. e revmo. Snr. Arcebispo da Bahia, achão-se nesta typographia.

A Milagrosa Estrella do Céu e oração de Nossa senhora do Desterro contra a peste estão à disposição dos fieis devotos nesta typographia a 160 e 100 rs.¹⁸³

Quanto ao tratamento empregado, foi sugerido um remédio tido como revolucionário na época: o **sumo de limão**. Ele foi empregado com sucesso na Província do Pará, por uma comunidade indígena, baixando consideravelmente o índice de mortalidade do cólera. Inicialmente, tratava-se de uma sugestão feita pelo reverendo João Francisco Regis Batista, ao observar os índios. Ela foi posteriormente ratificada pelo médico Francisco da Silva de Castro, presidente da comissão de higiene pública, que esclarecia:

Tenho empregado o **sumo de limão** na dose de uma colher (das de sôpa) de meia em meia hora na cholerina leve, na cholerina grave, no cholera confirmado, e no cholera algido.¹⁸⁴

Em Paranaguá, em meados de novembro, foram registrados dois casos de cólera em viajantes a bordo do patacho

¹⁸³ANNUNCIOS. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 5 dez.1855. n.36, p.4.

¹⁸⁴BARROS, S.R. Suplemento. Belém, Palácio da Presidência do Pará, 30 nov.1855. p.2. (Ver Anexo 6.)

Obligado, sem, contudo, ter havido qualquer consequência em terra.¹⁸⁵

O fantasma do flagelo persistia e isso ficou bem claro quando o provedor de saúde pública do porto de Paranaguá Angelo C. Reye, enviou ofício ao presidente da Província, Henrique de Beaurepaire Rohan, comunicando a vaga notícia do cólera grassando em Santos. Todavia, as casas de saúde e as pessoas que de tal porto chegavam à Província afirmavam ser **tudo de inexacto**. Com tais informações truncadas correu o boato de haver o cólera a bordo da barca **Jezus Ramos**, no porto de Paranaguá. No entanto, comprovados os fatos, constatou-se que era um mero caso de **thísica mesenterica**.

Esse clima de insegurança, iniciado no final de 1855, perdurou até o ano seguinte. Mesmo na fala do trono de 3 de maio do mesmo ano, continuava-se alertando para o flagelo:

A epidemia que no decurso do anno passado invadira algumas províncias do imperio e esta cortê, tem sucessivamente accommettido a maior parte das outras.

Os males causados por esse terrivel flagello continuão a magoar profundamente o meu coração. Confio porem na Divina Providência, que por sua infinita misericordia, ouvindo nossas fervorosas preces o arredará para sempre do Brasil.

O meu governo não poupou esforços, nem cessa de empregar-os, para acudir às povoações atacadas.¹⁸⁶

O apoio imperial é sentido a nível provincial. O então presidente em exercício, analisando a situação do Paraná

¹⁸⁵GOVERNO Provincial. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 21 nov.1855. n.34, p.2.

¹⁸⁶FALLA. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 21 nov.1855. n.34, p.2.

nos primeiros meses de 1856, afirma que constantemente grassava na Província, durante o verão, uma espécie de gastroenterite branda. Coincidentemente com esta afecção epidêmica, o cólera manifestava-se nas populações do Pará, da Bahia, da Corte, do Sergipe, de Alagoas e do Rio Grande do Sul. Tal fato gerou a certeza de que a gastroenterite se apresentava como precursora do horrível flagelo, ou como o próprio cólera, modificado pelas condições favoráveis do clima. A verdade é que, embora houvesse hipóteses, nenhum caso fatal ocorreu. Apesar disso, não foram poupadas medidas para impedir o ingresso e propagação do mal na Província, com a criação de quarentenas e hospitais para que não faltassem socorros urgentes à população.

Começaram a surgir suspeitas de possibilidade de contágio em diversas regiões da Província. Uma delas ocorreu em Guarapuava. O Paraná, na segunda metade do século XIX, mantinha relações comerciais com as Províncias do Sul, quando eram negociados a erva-mate e o gado, transportados desta região para o Rio de Janeiro. Em tais transações, uma boa parte da população masculina do interior estava em permanente contato com aquelas regiões e nesse período, na Província de São Pedro do Rio Grande do Sul, estava incidindo intensamente o cólera. Dada a grande probabilidade que havia de se contrair a doença, a população preocupada com os poucos recursos médicos e a falta de medicamentos na região, solicitou socorros à presidência da Província:

(...) esta Prov^a pelo seu contacto com a do Rio Grande do Sul está muito exposta a ser visitada pelo cólera morbus que tem devastado Porto Alegre, e que é muito de crer que ella faça a sua invasão pelo território de Guarapuava onde não há recursos que ponhão os seus habitantes ao abrigo dos estragos daquella horrivel epidemia, tornando-se por isso indispensavel verbas e medicamentos (...).

Exm^o Snr. é di publica notoriedade que apenas em Paranaguá existem algumas boticas regulares, porem essas não são tantas nem tão bem sortidas, que possão abastecer as povoações do litoral, quanto mais as muitas de serra acima, caso o cholera chegue a esta Provincia. ¹⁸⁷

Diante das circunstâncias, foi enviado o doutor Murici, médico da guarnição do corpo fixo dos militares, encarregado de verificar qual era na verdade a epidemia reinante e tomar as medidas que achasse necessárias, não só para Guarapuava, mas também para Castro e Palmeira.

Em seu relatório, apresentado à presidência da Provincia, prestando contas do ocorridos, ele afirma que:

Na Palmeira segundo o que vi e de quem fui informado a molestia que ali grassa e que victima, foi a gastro-entero-collite, tendo alguns casos mais agudos dos n'esta cidade occorrerão no mez de Outubro. ¹⁸⁸

De qualquer forma, a ameaça do cólera assustava as pessoas, como foi o caso de um rapaz, portador da doença que, ao saber de tal fato, ingeriu uma automedicação fortís-

¹⁸⁷MURICI, J.C.S. Correspondência. Curityba, 20 jan.1856. In: OFFICIOS, 1856. v.1, p.290-1.

¹⁸⁸MURICI, J.C.S. Correspondência. Curityba, 8 jan.1856. In: OFFICIOS, 1856. v.1, p.295-6.

sima. Tal medicação — jalapá em pó e ruibarbo — foi considerada por Murici como suficiente para levar à sepultura um homem são e, evidentemente, levou a óbito o rapaz em questão.

O pavor e o medo da possível invasão da epidemia eram gerais. Com a ameaça do cólera, as cidades passaram também a se preocupar com o sepultamento e para isso foram autorizadas as construções de cemitérios em quase toda a Província, que passam a ser resguardados por muros, além de regularizarem-se os hospitais **provisórios**. Esse foi o caso de Guaratuba, Morretes e Paranaguá, onde uma casa cedida pela **Maçonaria** foi transformada em hospital. Na ocasião, iniciou-se a construção definitiva do lazareto da ilha das Cobras e, em Antonina e Guarapuava, de um hospital provisório.

Enfim, desde a instalação da Província, em 1853, esta foi a primeira ocasião na qual o governo tentou organizar, a nível provincial, o sistema sanitário de atendimento médico à população em hospitais, bem como tomou medidas sanitárias preventivas, distribuiu medicamentos e cuidou dos sepultamentos de forma generalizada.

Para reforçar ainda esta colocação, observa-se a preocupação com a invasão da moléstia, quando a própria população tomava a iniciativa de advertir o governo sobre as medidas a serem tomadas, conforme se verifica pelo seguinte:

Deus se compadeça de nós!!!

Snr. fiscal, veja que o cholera esta nos batendo á porta!

Olhe para o estado immundo em que se acha a carioca da rua do Commercio!!!

Quarta-feira apontaremos deveres que v.s. ignora, ou faz vista **gorda**.¹⁸⁹

Outra situação curiosa, tendo como pano de fundo o cólera, ocorreu em abril de 1857. Nessa ocasião, Krebs, médico em Paranaguá, veio a falecer de uma doença qualificada pelo seu colega Carlos Tobias Reschteiner, como **cólera-morbus**. Com a temerosa notícia, a população começou a se alvoroçar. Para acalmar a situação, o então provedor de saúde do porto, em exercício, Henrique da Cunha Moreira, a pedido da Câmara Municipal, deveria confirmar ou não o diagnóstico. Baseou-se ele nas palavras de Cunha Moreira, segundo o qual a **causa mortis** não passava de uma febre tifóide. Com os esclarecimentos dados, surge nova questão: o que levaria Tobias Reschteiner a dar uma versão falsa da situação?

O assistente do Senr. Krebs foi o Senr. Carlos Tobias Reschteiner aqui chegado a poucos dias de Antonina este Senr., ou ignorando a molestia de seu collega, ou querendo infundir terror á população para talvez pôr em pratica algum projeto imaginario, guardou silencio até depois da morte de Krebs sobre a molestia que o tinha levado a sepultura, dizendo sempre, que este tinha morrido de uma molestia muito feia; a ponto tal, que a Câmara Municipal desconfiando exigio 3 dias depois da morte do homem, do Senr. Reschteiner, que lhe declarasse o diagnóstico da molestia e este senhor teve a ousadia de avançar, que o Senr. Krebs tinha morrido de "chole-
ra-morbus".

¹⁸⁹PUBLICAÇÕES Pedidas. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 13 fev.1856. n.46, p.4.

Exmo. Senr., quatro horas antes de fallecer o Senr. Krebs eu fui velo e encontrando a cabeceira do doente o Senr. Reschteiner este conferenciou comigo, eu examinei minuciosamente e o doente forneceu-me commemorativos sufficientes, para que diagnostico certo e seguro d'uma febre tyfoide que tinha accometido o Senr. Krebs desenvolvendo-se logo em seo segundo periodo (...).¹⁹⁰

No ano de 1862, a presidência da Província recebeu correspondência (como era costume, entre as Províncias, em caso de epidemia) de Recife, alertando para o reaparecimento da moléstia naquela Província. Juntamente com o referido ofício vinham instruções a respeito do procedimento e da utilização de um medicamento específico para a doença, recomendado por Américo Guimarães, médico da comissão do governo de Pernambuco:

Não deve haver prohibição absoluta d'agoa aos doentes: elles a devem beber moderadamente. As suas vestes, coberturas e dormitorios devem estar limpos. Finalmente a sua alimentação nos primeiros dias deve ser de papas ralas-de farinha de trigo e araruta, de gomma, cariman, etc.¹⁹¹

No ano seguinte, ou seja, 1863, novas ocorrências epidêmicas manifestaram-se no Brasil. Os fatos foram relatados tanto na fala do trono, como no relatório presidencial. Nessa ocasião Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Ala-

¹⁹⁰MOREIRA, H.C. Correspondência. Paranaguá, 8 abr.1857. In: OFFICIOS, 1862. v.6, p.38.

¹⁹¹GUIMARÃES, A.A. Instruções. Recife, 26 mar.1862. In: OFFICIOS, 1862. v.6, p.38.

goas, Sergipe e Ceará achavam-se invadidos pelo cólera, além da febre amarela endêmica.

No Paraná, embora nenhum caso efetivo se houvesse manifestado, nos primeiros dias de janeiro desconfiou-se do aparecimento da moléstia, em São José dos Pinhais.

O doutor Murici foi mais uma vez prontamente designado para identificar a doença e socorrer os necessitados. Quanto à moléstia, ele afirmou, em relatório, que não passava de uma **gastralgia**, acompanhada de náuseas, vômitos mucosos ou biliosos e com cefaléia em alguns casos; em outros, apresentavam-se febre, delírio, vertigens, cefaléia intensa e vômitos biliosos e ainda outros eram acometidos de cólicas intestinais. Quanto aos afetados, tudo indicava tratar-se de uma moléstia de caráter benigno. Assim, o único caso fatal foi atribuído, mais ao tratamento inadequado dos chamados **entendidos**, que à gravidade da doença. A população mais atingida foi a de pessoas expostas aos raios solares, como tropeiros, roceiros e outros.

A manifestação seguinte do cólera se daria no biênio 1867-68, desta vez atingindo preferencialmente a região Sul, ou seja, Buenos Aires, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Rio de Janeiro. Nesta sua aparição, a moléstia não manteve um caráter tão mortífero como em sua primeira invasão.

Correspondendo a este período, na Província do Paraná apareceu a **cholerina**, denominação do primeiro período do cólera. Segundo Chernoviz, tratava-se de uma moléstia observada em todos os países, independentemente de epidemia.

A colerina acometeu sobretudo as populações do litoral, em Antonina e Porto de Cima, e foi atendida e medicada pelos médicos José Joaquim Franco Valle e Bruno Brethanpt. O caráter de sua manifestação foi epidêmico, chegando a fazer algumas vítimas. De acordo com o juiz de paz de Porto de Cima, foram quatro as vítimas fatais:

(...) nesta Freguezia [Porto de Cima] tem-se dado varios câsos de huma molestia que principia como - cholerina - de cuja molestia já quatro tem sucumbido.

Aquí esteve o medico de Antonina Dr. Bruno que veio tratar de hum que sucumbio em quatro dias, e me certificou que a molestia reinante era cholerina degenerada.

Achão-ce affectados mais de trinta pessoas, porem me parece já declina (...).¹⁹²

Mas para Alexandre Bousquet, inspetor de saúde do porto de Paranaguá, a colerina nada mais era que a denominação vulgar da **entero-colite** que fez, só em Antonina, um total de trinta e nove óbitos, no decorrer do ano. Tais fatos, segundo ele:

(...) demonstrão evidentemente a necessidade imperiosa de velar, sem cessar, sobre o aceio das ruas e dos quintaes, a frequente criação das casas, a dessecação das águas estagnadas dentro da cidade, a inspecção medica dos generos alimenticios expostos a venda, de a cessação enfim do abuso nocivo de criarem-e na cidade, animais suinos.¹⁹³

¹⁹²MARQUES, M.G. Correspondência. Porto de Cima, 4 abr.1867. In: OFFICIOS, 1867. v.9, p.171.

¹⁹³BOUSQUET, A. Relatório médico. Paranaguá, 16 dez.1868. In: OFFICIOS, 1868. v.19, p.16.

Durante o período provincial, a colerina só se manifestou novamente em 1875, desta vez em Morretes, fazendo algumas vítimas entre a população infantil.

Por sua vez, o cólera-morbo caracterizado traduziu-se em ameaça ao Paraná, uma vez que se achava alastrado nas cidades de Buenos Aires, na Corte do Rio de Janeiro e em Niterói. Medidas e cuidados preventivos passaram a ser adotados no porto de Paranaguá, com a desinfecção dos navios e a quarentena de tripulação e passageiros, quando necessário.

O Paraná foi novamente poupado do flagelo do cólera, não ocorrendo a manifestação de nenhum caso registrado em seu território.

Já no final do período provincial, ou seja, de 1884 a 1887, o fantasma do cólera veio novamente assaltar as populações brasileiras. Desta vez, achava-se disseminado com muita intensidade na bacia do Mediterrâneo, acometendo países como o Egito, Argélia, Turquia, Espanha, França e Itália, provocando inclusive a falta de medicamentos. Também na América do Sul, mais propriamente a região do Rio da Prata, achava-se infectada.

Assim, de acordo com a fala imperial de 8 de março de 1885, D. Pedro II justificava a necessidade de serem tomadas cautelas para prevenir a invasão do mal no Império, decretando-se o fechamento dos portos no Brasil. Assim, só houve registro de manifestação do cólera na região de Mato Grosso, em 1887.

Na Província do Paraná, o presidente, alertando para o fato, comenta:

Tendo apparecido o cholera em diversos pontos da Europa, Republicas do Prata e provincia de Matto Grosso forão tomadas, de acordo com as instrucções recebidas do Governo Geral, todas as providencias no sentido de evitar-se a invasão do mal n'esta provincia.

Desde, meiado do mez de Novembro ultimo, acha-se á disposição da presidencia, estacionado na barra de Paranaguá, o cruzador "1º de Março", á cujo commandante, em 19 do citado mez, forão dadas as instrucções, pelo seguinte officio:

Tendo sido pelo Exm. Sr. ministro do imperio posto á disposição d'esta presidencia o cruzador "1º de Março" sob seu commando, para o serviço sanitario do porto, recommendo a V. S. para esse fim que tenha em vista as seguintes instrucções:

1ª tomar com o referido Cruzador uma posição conveniente, fundeado ou em movimento, para evitar a entrada de quaesquer embarcações procedentes dos portos declarados infeccionados ou suspeitos do cholera-morbus, conforme a relação que será ministrada a V. S. pelo Dr. Inspetor de saúde do porto da provincia, fazendo intimar taes navios, caso queirão se approximar, a ir fazer quarentena de rigor no lazareto da Ilha Grande.

2ª Deverá V. S. empregar, em execução do que acima lhe fica recommendado, os meios aconselhados pela presidencia, antes de recorrer a força, de que em ultimo caso poderá uzar.

3ª Finalmente, auxiliará em tudo que for possivel a execução das medidas que o referido Dr. Inspector de saúde tiver de pôr em practica contra a invasão do cholera na provincia. ¹⁹⁴

¹⁹⁴PARANÁ. Governo. 1887 (Faria Sobrinho). Relatório apresentado à Assembléia Legislativa do Paraná no dia 7 fev.1887 pelo presidente da Província o Exm. Snr. Dr. Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho. Curitiba, Gazeta Paranaense, 1887. p.24-5.

Além da região costeira, a região interiorana se preparava contra a ameaça do cólera. Nesta, Guarapuava resolveu tomar suas providências, pois fazia ligações comerciais diretas com a República Argentina, através das povoações de **Erê**, dos **Hervaes de São Pedro** e do rio **Pirahy**.¹⁹⁵

Mas, ao que tudo indica, o Império foi poupado da presença do flagelo que vinha infectando os países a nível mundial:

O estado sanitario do paiz em geral é bem e ha vastas regiões que oferecem permanentes condições de salubridade. Medidas adequadas impediram ou attenuaram certas enfermidades que periodicamente apparecem em alguns pontos do littoral e nos preservaram do cholera-morbus que invadira Estados vizinhos. E no caso continuava grassando no Chile e nas Repúblicas do Rio da Prata.¹⁹⁶

A alegria pela ausência da epidemia foi compartilhada na Província pelo presidente Faria Sobrinho, o qual dispensou as medidas extraordinárias de prevenção. Determinou que retornasse ao Rio de Janeiro o cruzador **1º de Março** que se encontrava à disposição na baía de Paranaguá, incumbido de evitar a entrada de embarcações procedentes de portos suspeitos ou infectados pelo cólera. Também o cordão sanitário estabelecido na região do **Campo Erê** foi suspenso. Este era comandado pelo major José Bernardino Borman, a fim de prevenir a comunicação com a República Argentina através da região.

¹⁹⁵ALBUQUERQUE, A.C.P. Correspondência. Curitiba, 331 jan.1887. In: OFFICIOS, 1887. p.31-2.

¹⁹⁶FALLA do Trono. **Dezenove de Dezembro**. Curitiba, 5 maio 1888. n.34, p.2.

Na verdade, o Paraná, durante o século XIX, de acordo com a documentação pesquisada, nunca foi atingido pela epidemia de cólera. Traduziu-se como um território poupado pelo flagelo, o que era justificado na época pelo seu clima **salubérrimo** e pelas efetivas medidas tomadas, tanto no litoral como em localidades do interior, evitando o contágio. Tais medidas foram determinadas, a nível local, pelas Câmaras Municipais e na esfera mais ampla, pelo governo imperial. Estas medidas destinavam-se também ao pronto atendimento aos doentes, caso houvesse, e a impedir a marcha ou entrada do mal na região. Em tais ocasiões, era recrutada toda a população qualificada ou voluntária para o possível atendimento e prática médica. No litoral, o esquema de segurança e vigia no porto de Paranaguá era redobrado. Os hospitais provisórios e o lazareto da ilha das Cobras achavam-se sempre de prontidão para qualquer eventualidade desagradável.

Sobre tais ocorrências, algumas questões podem ser levantadas: o que teria levado realmente a sociedade paranaense a ser preservada dos surtos periódicos, ameaçadores e mortíferos do cólera? Seria simplesmente a influência atenuante do clima, ou os comportamentos alimentares, higiênicos e sociais, diferenciando-se assim das demais Províncias brasileiras, tiveram um papel preponderante nesse caso? Por que a doença não atingiu a população? Tais questões permanecem, entretanto, sem resposta precisa.

Assim como na França de 1831, o cólera contribuiu para decidir e impor a criação de vários organismos de saúde pública no Paraná, com conseqüências políticas, demográficas

e sanitárias que levaram o governo a realizações urbanísticas. Esse foi o caso da preocupação em torno dos lazaretos, hospitais provisórios e cemitérios.

Desse modo, apesar do medo coletivo que despertava nas populações, o cólera não chegou a impor sua marca na demografia do Paraná Provincial.

4.2.14 Beribéri

Uma das epidemias que mais provocou polêmicas nos últimos anos do período provincial foi o beribéri. O mal reinava epidemicamente desde o final da década de 70, mais precisamente em 1878, nas províncias do Norte do Brasil. Só em 1884, tem-se notícia do beribéri no Paraná, acometendo a pessoa do Inspetor de Saúde do porto de Paranaguá, Leocádio Corrêa. A nota divulgada acrescentava ser o primeiro caso notado na Província. Nada mais se noticiou sobre o assunto até 1887, quando novamente o beribéri aparece, não como epidemia reinante, mas como boato infundado:

Graças a Deus?

A proposito do beri-beri, escreve o nosso estimavel collega do **Livre-Paraná**, de Paranaguá, as linhas seguintes em data de 22 do corrente:

Pessoa competente nos autorisa a declarar que é inteiramente destituida de fundamento a noticia que dá a **Gazeta Paranaense** de

se ter manifestado oito casos de beri-beri
nessa cidade.¹⁹⁷

Três dias após esta primeira nota, o jornal **Dezenove de Dezembro** confirmou oficialmente a notícia da não existência do beribéri. No entanto, o relatório de Miranda Ribeiro, presidente da Província, ao falar da nosologia terrestre, comprovou a existência da moléstia, que grassava juntamente com a varíola. O flagelo foi trazido do Norte por militares da armada, que aqui estiveram em comissão.¹⁹⁸

4.2.15 Sarnas e Caxumba

Para uma melhor compreensão do quadro patológico provincial, merecem ainda atenção aquelas **pequenas** epidemias que, embora atingissem a população, não provocaram grande número de óbitos, nem espalharam o terror. Trata-se da caxumba, das sarnas, da rubéola e de certas febres.

Em princípios de 1869, Morretes foi acometida por uma epidemia de sarnas entre as crianças, gerando grande preocupação na escola, que exigiu o cumprimento de determinação prescrita por lei:

O artigo 39, § 1º do reg. prov.º de 8 de abril de 1857 exclue da matricula das au-

¹⁹⁷NOTICIARIO. **Dezenove de Dezembro**. Curityba, 24 jan.1887. n.18, p.2.

¹⁹⁸PARANÁ. Governo. 1888 (Ribeiro). **Relatório que ao Exmo. Snr. Commendador Ildefonso Pereira Correia segundo vice-presidente da província apresentou o Exmo. Snr. José Cesário de Miranda Ribeiro por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Parana em 30 jun.1888**. Curityba, Typ.Gazeta Paranaense, 1888. p.15-6.

las publicas os meninos que sofram molestias contagiosas.

Neste caso está a sarna.

Entretanto, por circunstancias que não me cumpre verificar, as aulas nesta villa contam grande numero de alumnos infectados d'esta molestia sem importancia na apparencia, mais de graves consequencias na generalidade de seus effectos.¹⁹⁹

A sugestão dada foi para que os professores, os pais ou responsáveis se conscientizassem da situação dos alunos doentes, evitando que os mesmos frequentassem as aulas até o completo restabelecimento.

Ainda em Ponta Grossa, em 1875, houve vítimas de parotidite, moléstia conhecida vulgarmente por caxumba, doença importada de Castro, localidade vizinha, onde o mal se fazia presente. Diz textualmente o relatório provincial:

Esta molestia, desenvolvida pelo contagio, foi importada da cidade de Castro por alguns allunos do instituto Paranaense que lá forão em o mez de Maio assistir a uma festa religiosa. Assim principiando a transmitir-se entre os alumnos do mencionado collegio, logo grassando com intensidade entre a população desta cidade e alem.

As conclusões mais proveitosas a dedusir dos factos são: O sexo masculino foi de preferencia attacado. Na pluralidade dos casos os adultos forão os que mais soffrerão. A metastase para os testiculos, entre os homens e para as mamas, entre as mulheres, complicou mais de dois terços dos affectados. Não houve caso algum fatal.²⁰⁰

¹⁹⁹ABREU, M.N. Correspondência. Morretes, 8 jan.1869. In: OFFICIOS, 1869. v.2, p.200.

²⁰⁰CORRÊA, 1875 e 1876. p.170.

4.3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO PROVINCIAL: FREQUÊNCIA, EXTENSÃO

Após uma análise isolada e circunstanciada das principais doenças epidêmicas durante o período provincial, torna-se possível fazer uma abordagem mais ampla, englobando todo o período estudado.

A partir de uma síntese, serão relatados em conjunto a doença, o período e a localidade atingida, não se levando em conta o número de casos e de óbitos registrados na documentação até aqui arrolada e trabalhada.

Não devemos esquecer, uma vez mais, as dificuldades impostas pelas fontes, particularmente quanto à precisão dos registros e ao número incalculáveis de subregistros, não só para óbitos, mas também para a incidência da doença. Estes fatores, de certa forma, mascaram o quadro sanitário real. Paralelamente, torna-se praticamente impossível avaliar o papel das principais endemias no século XIX, as quais, direta ou indiretamente, influenciaram na formação do quadro epidemiológico provincial. Como exemplo, está a febre intermitente, que era endêmica no litoral, ou a febre tifóide, endêmica em Curitiba. Da mesma forma, poder-se-iam citar a tuberculose, as afecções gástricas, as bronquites, além do leque de moléstias até aqui tratadas, ou seja: varíola, febres diversas, afecções gastrointestinais, carbúnculo, coqueluche, cólera, sarampo. Tais doenças foram consideradas quer em caráter epidêmico, quer em caráter endêmico, ou simples-

mente fazendo parte do quadro nosológico das diferentes regiões da Província. Sua somatória traduzia uma rede complexa de doenças atuando sobre a população.

As epidemias que mais freqüentemente dizimaram a população do período estudado foram, sem dúvida, a varíola, a febre amarela, as disenterias e as várias formas de febre. Quanto a isso, pode-se comprovar que a região mais desfavorecida da Província era o litoral, que concorria com quase 60% das manifestações epidêmicas. Em contrapartida, o interior e as regiões da serra eram os mais favorecidos, haja vista a menor incidência de epidemias nestes locais. Deve-se levar ainda em consideração que, embora a população e a extensão territorial fossem maiores no planalto, ao litoral cabia a maior freqüência epidêmica. O fato pode ser justificado pelas razões seguintes:

- . concentração da população na estreita faixa litorânea, quando comparada com o restante da Província;
- . movimento do porto, com a entrada e saída de embarcações provenientes das mais diversas localidades;
- . estabelecimento dos imigrantes, por ocasião de sua chegada no litoral. Ali permaneciam algum tempo, até se restabelecerem do desgaste causado pela viagem e, posteriormente, deslocarem-se ao seu lugar de destino;
- . clima mais quente, diferenciando-se do da região de planalto, tida como possuidora de um clima **salubérrimo**.

De qualquer forma, comparando-se o número total da população com as incidências epidêmicas registradas, observa-se que a mortalidade não era alta. Em consequência, no decorrer do período provincial, não se registraram crises demográficas atribuídas especificamente às epidemias.

Houve anos de grande concentração epidêmica, quer a nível regional, quer em períodos determinados, quando ocorria, inclusive, a sobreposição de duas ou mais manifestações epidêmicas. Como exemplo, tem-se Paranaguá em 1857, quando ali se desenvolveram paralelamente a febre amarela, a varíola, a disenteria e a febre tifóide; também em Porto de Cima, em 1874, manifestaram-se conjuntamente o sarampo, a caxumba, a rubéola e a catapora. Ou ainda o ano de 1863, ocasião em que grassou a varíola no Porto, em Guaratuba, Paranaguá, Antonina, Morretes, São José dos Pinhais, Castro e Rio Negro.

A pesquisa constatou também períodos de plena salubridade, correspondendo a épocas quando nenhum mal se manifestava epidemicamente. Neste caso, compreendem-se os anos de 1871-72 e de 1884.

Observa-se pelos quadros-resumos apresentados anteriormente, que nos últimos anos do período estudado as incidências epidêmicas tendem a diminuir, com exceção da varíola, do sarampo e da disenteria. Isto poderia ser atribuído a vários fatores: melhoria das condições de salubridade; mudanças de clima; medidas preventivas ante o flagelo epidêmico; ou, ainda, imunidade adquirida pelas populações passadas. Com a análise dos registros pesquisados, percebe-se uma ligeira mudança das doenças quando, por exemplo, não se tem

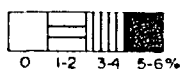
mais a febre amarela, o carbúnculo, a caxumba e as enterites. Apresentaram-se, por sua vez, novas formas epidêmicas, como o beribéri, a escarlatina e a gastroenterite. Tal mudança do comportamento patológico pode ser devida ao aumento da população européia imigrante, trazendo consigo novas formas epidêmicas, ou à mudança das condições ecológicas que favoreciam determinados tipos de vírus.

Quanto à sazonalidade, a maior freqüência de doenças epidêmicas ocorria nos meses quentes do ano, correspondentes ao verão, a exemplo das várias febres. Outras doenças, como o sarampo, ou a escarlatina que ocorria no inverno, acompanhavam as mudanças de estação.

QUADRO 9

FREQUÊNCIA POR SAZONALIDADE DAS DOENÇAS EPIDÊMICAS NO PARANÁ - (1853 - 1889)

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
FEBRE INTERMITENTE	■											
FEBRE AMARELA		■	■									
COQUELUCE												
FEBRE TIFÓIDE												
VARÍOLA												
CARBUNCULO												
FEBRE PUERPERAL												
BERI-BERI												
SARNA												
DISENTERIA												
SARAMPO												



Enfocando o problema sob outro prisma, tarefa difícil é a tentativa de encontrar a rota que as doenças percorriam na Província. Sabe-se que após a instalação da epidemia no litoral, geralmente iniciada nos portos, sua tendência era caminhar sucessivamente para Morretes, Porto de Cima, atingindo também a Capital. Existia também uma rota, via interior. Era aquela que ligava a região de Castro e Lapa com São José dos Pinhais, Morretes e as províncias mais ao Sul do Paraná. Tratava-se de um itinerário que acompanhava a rota comercial, na qual se processava o comércio da erva-mate e de tropas. Essa afirmação é visivelmente comprovada, analisando-se a incidência do carbúnculo.

4.3.1 Medo: atitudes da sociedade

A incerteza quanto às possibilidades de incidência e extensão das moléstias epidêmicas no século XIX desconcertava a população e até mesmo o saber científico da época. Associava-se a isso todo um plano psicológico de medo, recordações e fantasmas das populações.

Nesse sentido, conta Antônio Vieira dos Santos que, em Paranaguá, a ocorrência da febre amarela em 1686 foi atribuída à justiça divina, que estaria desejando enviar um severo castigo aos habitantes. Nessa ocasião, o povo recorreu ao patrocínio da Virgem Santíssima do Rocio, padroeira da cidade.

Dedicavam-se a preces e orações, sobretudo quando a ciência médica se apresentava impotente para explicar as mo-

léstias. Exemplo disso foi citado quando, na eminência do cólera-morbo, a própria comissão de saúde responsável pelas providências a serem tomadas julgou-se incapaz das mesmas, sem que a Providência Divina interviesse a seu favor. Diante das circunstâncias, tal comissão solicitou ao padre Isaías Ribeiro d'Andrade e Silva a celebração de preces públicas, com a participação popular.

Nos períodos epidêmicos, multiplicavam-se em diversas regiões da Província as realizações de missas, novenas, procissões, penitências e orações públicas.

A certeza da proteção divina era tão arraigada na crença popular, a ponto de até mesmo o próprio imperador Pedro II, em suas falas do turno, por diversas ocasiões, dar graças à Divina Providência pelo fato de uma epidemia estar-se extinguindo. Inclusive os tratamentos terapêuticos específicos recebiam por vezes um cunho religioso. Como exemplo, cita-se um, extraído de jornal italiano e publicado na Província, que sugeria, para o combate à varíola, a aplicação sobre o peito do enfermo de um pedaço de papel engomado com a seguinte inscrição: "Detém-se (...) o coração de Jesus está conosco".

Prossegue o artigo:

Estamos mesmo vendo a varíola aparecer traidoramente sobre um individuo, e depois de ter atravessado o frak, a camisa e a camisola, parar a vista do papel engomado e recuar dizendo com seus botões:

- Aqui não tenho que fazer: o coração de Jesus esta com elle!...

Ah! é preciso advertir que o inventor deste remédio prodigioso é um padre.²⁰¹

²⁰¹NÃO mais bexigas!!! **Dezenove de Dezembro.** Curityba, 8 jan.1873. n.1367, p.2.

Acompanhando o papel, existia um prospecto com o seguinte título: "Remédio infallível, Apostolico e Romano, contra a variola, a panacea dos fieis, dez reis", contendo instruções para o uso e comentando sobre algumas curas já obtidas.

Apesar de tudo, a esta questão como explicação, consolo e refúgio diante da doença, sobrepõe-se a questão moral. Neste caso, certas atitudes apresentam-se como determinantes na ocorrência de alguns flagelos. A doença passa, assim, a assumir um caráter de mácula, de imoralidade e apresentava-se num duplo sentido moral e físico. Os únicos remédios para a cura seriam o arrependimento, a penitência e a oração.

Um padre da Companhia de Jesus, em 1686, atribuía o aparecimento da febre amarela em Pernambuco aos pecados dos moradores da Província que, segundo ele, eram corruptos por vícios e culpas graves.

Não era só na religião e na moral que se buscavam culpados para as doenças contagiosas. Outros motivos eram também relacionados, como a imigração, que era responsabilizada por diversas manifestações epidêmicas, não só no Paraná, mas em todo o império. Mas o medo, segundo alguns autores, seria responsabilizado pelo aparecimento das epidemias, como o cólera, a varíola, a febre amarela. Só a notícia da possível chegada dessas doenças bastava para despertar o pânico e o terror entre a população.

O medo não era motivado apenas pela doença, mas também pela falta de recursos, de médicos, de medicamentos, de

verbas, de medidas, de dietas, de acomodações, entre outras coisas, levando as comunidades a se sentirem desprotegidas diante dos flagelos. A exemplo da população de Antonina que, temerosa do aparecimento da febre amarela em 1878, efetuou migrações para evitar o flagelo. "O panico grassava como a molestia, mormente quando nos vimos sem medico, nem boticario (...)".

Diante dessas circunstâncias de pânico coletivo, aconteciam situações peculiares. Entre elas, estava a troca propositada do nome da epidemia reinante com o intuito de tranquilizar a população diante do medo. Como exemplo disso, refere-se ao médico de Paranaguá, Silva Rego que, ao invés de declarar tratar-se da febre amarela, batizou o mal com um nome menos assustador: **febre biliosa rebelde**. Em outras circunstâncias, um correspondente da Província comentou que diante do terror da população de Antonina e da situação de apreensão e alarme, seriam capazes de chamar o próprio colera-morbo de febre amarela, caso ali se manifestasse. Esse mesmo medo que era registrado quanto às epidemias ocorria face à prática da vacina antivariólica.

Foi esse estado de ânimo diante da possibilidade epidêmica que levou as populações a se organizarem frente aos problemas de saúde. Os governos passaram a se conscientizar da necessidade de proteger e preservar suas populações, de obstar o contágio e de minorar a sua freqüência. Nesse sentido, sistemas e políticas de saúde foram propostos, elaborados e postos em prática. Tudo isso tinha como respaldo o

saber científico que, por sua vez, apoiava-se também na observação das práticas populares.

Desde a causa até o prognóstico da doença epidêmica, o profissional da área deparava-se com uma série de dificuldades, sendo a causa muitas vezes desconhecida, o diagnóstico difícil de ser dado e o tratamento em muito assemelhava-se às práticas caseiras. Como exemplo disso, temos o **tratamento curativo** para a febre amarela proposto por Dias da Rocha:

Infusão de borragem ou flores de sabugueiro, com 20 gôttas de nectado de ammoniaco (espírito de Menderer) a cada chicara, afim de tomar-se uma colher de sopa de hora em hora ou cosimento antephegistico de Stoll tomando-se uma chicara de duas em duas horas, precedendo sempre escaldada-pés.²⁰²

Ou a receita de Américo Guimarães para o cólera:

R. De Tintura alcoolica de camphora
 quatro onças
 "enxofre sublimado uma onça
 Misture bem.

D'esta mistura derrama-se dentro d'uma vasilha, que contenha umas cinco onças d'um enfuso, ou decocto de vegetaes antipasmódicos, — como a tilia, herva cidreira ou melissa, folhas e grêlos de laranjeiras, etc. uma colher usada para sôpa; depois vascolêja-se e começa-se a administrar às pessoas adultas uma colher ordinaria e aos meninos uma colherinha, de 10 em 10, de 15 em 15, de 20 em 20, de 40 em 40 minutos, ou de hora em hora, conforme a intensidade da molestia.²⁰³

²⁰²ROCHA, p.26-7.

²⁰³MARQUES, M.G. Correspondência. Porto de Cima, 4 abr.1867. In: OFFICIOS, 1867. v.9, p.171.

Portanto, a diferença entre o médico e o **entendido** era pequena e o que existia de fato era uma sanção legal coibindo a prática de curandeirismo. Mas tal determinação nem sempre foi cumprida, devido à falta de profissionais, em especial nas localidades do interior da Província.

Pode-se notar também que, por trás de todo diagnóstico e tratamento, havia uma preocupação com a higiene pessoal e do meio ambiente. Esta preocupação acompanhava um movimento europeu nesse sentido e foi seguida a nível nacional pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

4.3.2 Higiene pública

Na Europa, assistiu-se ao longo do século XIX à mudança gradual da reflexão sobre os aspectos sociais da saúde e da doença e a conseqüente criação da **saúde pública**.

A promoção da saúde e a prevenção da doença passaram a ser vistas como responsabilidades sociais e como tal exigiam ação governamental.

As doenças que mais evidenciavam estes desajustes sociais e culturais foram, sem dúvida, as doenças epidêmicas. Através delas foi possível traçar um paralelo entre o indivíduo e o corpo político, pois elas representavam um sinal de alerta para as sociedades e para os governos. Esse sinal registrava a ocorrência de um desequilíbrio no desenvolvimento da população. Tratava-se de uma teoria sócio-histórica da doença epidêmica. "Se a doença é uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser

indicativo de distúrbios em maior escala da vida da massa" ²⁰⁴ .

O conceito de higiene também se tornou mais abrangente ao tratar o homem como um todo, isto é, em todas as suas relações: família, sociedade, meio ambiente. Acreditava-se que a higiene abrangia a totalidade do mundo físico e moral, portanto contribuía para todas as ciências cujo objeto de estudo fosse o homem e seu ambiente. A higiene passou a ser vista como o conjunto de princípio, cujo objetivo era manter a moralidade e a saúde do indivíduo e da sociedade, como também destruir as causas de doença, e, finalmente, enobrecer física e moralmente o homem.

A medicina curativa, que salva da morte por doença grave uma pessoa aqui e outra ali, sem dúvida desempenham uma tarefa de mérito, mas a higiene, que previne milhares de casos de doença, sempre será superior à primeira em termos dos resultados sociais alcançados. A higiene é a medicina em larga escala, medicina aplicada às nações...

A higiene, que é baseada no conhecimento das causas mórvidas, um dia constituirá a base de toda ciência social. Tanto porque a saúde pública sempre será a primeira riqueza de um povo, quanto porque a economia nacional logo se acharia em posição de inferioridade em relação aos outros países se a força física de suas classes trabalhadoras estivesse seriamente afetada. A higiene um dia se tornará guia do administrador, assim como do legislador; e a economia política, ao invés de se devotar exclusivamente à investigação da riqueza nacional, tomará a situação sanitária das populações como ponto de partida de suas doutrinas. ²⁰⁵

²⁰⁴ ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980. p.83.

²⁰⁵ MEYNE. *Topographie Médicale de la Belgique*, Bruxelles. In: ROSEN, p.103.

No Brasil, a higienização foi vista enquanto ciência normativa, propondo-se gerar bem-estar ao maior número possível de pessoas em sociedade. Dentro deste enfoque, mereceram preocupação as relações entre a saúde e a doença, o funcionamento dos serviços e instituições de saúde e até as possíveis prevenções e tratamento de doenças. Tais metas eram atingidas após o estudo e análise de uma série de medidas que implicavam a revisão desses setores sociais.

A higienização do meio tinha como principal alvo as cidades. Estas precisavam ser organizadas, repensadas, reordenadas de forma **positiva** em seu múltiplos aspectos.

O século XIX recebeu a **desordem** urbana praticamente intocada desde o período colonial, onde os governos anteriores pouco a pouco foram-se tornando incapazes de conter o caos urbano. Daí a necessidade de mudanças. Segundo Jurandir Costa (1983), essa questão foi responsável pelo estabelecimento de uma nova estratégia, na qual novos agentes de coerção foram aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados em seus mais diversos interesses e formas de conduta. Nesse momento, inseriu-se a **medicina higiênica** a serviço do governo.²⁰⁶

A higiene agiu sobre a cidade e a população, valeu-se do saber científico, conciliou harmonicamente os interesses da classe médica com os objetivos da elite governamental. Assim, a medicina e o Estado se associaram e o "estado aceitou medicalizar suas ações políticas, reconhecendo o valor

²⁰⁶ COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1983. p.28.

político das ações médicas" ²⁰⁷. Tratava-se de uma aliança que tinha como meta a questão da higienização. Desde o período colonial, a administração achava-se impotente, sem verbas e sem recursos técnicos para eliminar epidemias, febres, contágios e focos infecciosos que se traduziam em verdadeiros fantasmas.

Tal situação só se alterou com a vinda da Corte para o Brasil e com ela a necessidade de mudanças para atender às exigências da nova camada urbana. Foi com os higienistas do Império, vinculados à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que a saúde da população e a saúde do Estado coincidiram. Assim, a saúde da população inscrevia-se na política de Estado. E foi justamente no espaço urbano que a medicina preventiva veio a imprimir suas marcas de poder, onde os rios, pântanos, matas, esgotos, ar, água, mercados, cemitérios, matadouros, escolas, enfim inúmeros elementos urbanos foram submetidos à área de influência médica. Lançaram mão não apenas de táticas específicas, como de domínio e de transformação do homem comum aos interesses do Estado.

Em tal contexto, o saber científico formulou a idéia na qual a cidade era a causa de doenças, devido à sua desorganização. Passaram então a elaborar uma verdadeira teoria da cidade, que abrangia vários níveis de reflexão, visando a atingir as condições ideais de saúde. ²⁰⁸

²⁰⁷ COSTA, p.29.

²⁰⁸ MACHADO, R. et alii. **Danação da norma**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. p.260-1.

No Paraná, a questão foi também trabalhada, especialmente após a instalação da Província, seguindo o exemplo da capital imperial. Dessa forma, vários setores entraram na alçada governamental, sofrendo críticas e transformações.

A cidade passou a ser vista como causa de doença e, pior, de desordem, o que justificava uma ação direta sobre o meio ambiente, uma ação ordenadora. Nessa teoria, o campo, em oposição à cidade, era visto como saudável, não só devido à pouca densidade demográfica, mas sobretudo à pureza de suas condições atmosféricas.

Tornava-se necessário na prática adequar-se à dinâmica do meio, atendendo às novas exigências sociais, econômicas, políticas e científicas, pelas quais passava o Paraná do século XIX. Mas tal tarefa era dificultada pela ameaça e perigo das epidemias tão freqüentes. Assim, os focos de epidemia eram muitas vezes associados à desordem urbana. Como resposta a tal questão, procedia-se à organização de quarentenas, de cordões sanitários, de hospitais provisórios de vacinação, de medidas higiênicas de urgência para responder com prontidão às necessidades nascentes, buscando muitas vezes um isolamento espaço-temporal. Essas medidas, tomadas e postas em prática, na área da saúde, levaram a transformações e melhorias das condições sanitárias para a população de um modo geral, o que trouxe sensíveis alterações no nível de vida das comunidades envolvidas no processo.

5 CONCLUSÃO

A saúde faz parte de um esquema contínuo de interação entre o saber científico e suas práticas que pode ser avaliado através do processo histórico. Cada época, cada nação e cada cultura têm formas próprias de entrever e interpretar o projeto saúde-doença. Assim também o século XIX, aqui objeto de estudo, legou certos valores e princípios, através de seus teóricos, de seu saber **científico** e de suas práticas. Os caminhos difíceis deste saber passaram por impasses, tentativas, acertos e erros, iniciados de maneira empírica até atingirem, atualmente, o estágio da chamada **medicina científica**.

Saúde e doença foram analisadas neste estudo sob a ótica da relação entre Estado e sociedade, mediante o discurso teórico do século XIX. Para tanto, considerou-se o exame da documentação oficial, enfocando diretamente não só o saber e a prática, das políticas de saúde, as ações e reações da sociedade, mas igualmente as principais doenças epidêmicas que atingiram a população provincial. Transformada num problema político e econômico do Estado, a saúde passou a relacionar-se diretamente com o homem e seu meio ambiente, recebendo ao longo do tempo diferentes formas de interpretação.

O processo saúde-doença na Província do Paraná, no período estudado (1853-89), apresentou duas fases distintas. A primeira apresentando um comportamento patológico correspondente ao período **anterior à mudança**, a outra com mudanças que se referem tanto às doenças quanto às posturas diante da saúde.

O primeiro momento, compreendido entre a fundação da Província, até aproximadamente o início da década de 70, foi um período em que Medicina e Estado criaram mecanismos de controle do quadro sanitário, especialmente pelas medidas tomadas diante dos flagelos epidêmicos, com o estabelecimento de cordões sanitários de isolamento, quarentenas e hospitais provisórios. Percebe-se aí uma crescente preocupação com a **prevenção** como propícia à cura, além da adoção de meios para dificultar ou mesmo impedir o aparecimento da doença.

A prevenção visava a duas propostas específicas: de um lado, a higiene pública; de outro, a normalização da Ciência Médica. Nesse contexto, estruturavam-se no Brasil as primeiras Faculdades de Medicina e Farmácia, dando seu aval ao saber científico. Este saber apoiava-se diretamente na prática do cotidiano e era desenvolvido tanto por profissionais (médicos) **oficiais**, como por praticantes da medicina **popular**. Tratava-se da era pré-bacteriana, quando a observação detalhada e perspicaz poderia levar a grandes descobertas, como ocorreu de forma marcante no caso da vacina antivariolosa.

Assim, o saber científico confrontou-se muitas vezes com o saber popular, embasando-se em seus conhecimentos, fundamentando-se em sua prática, aproveitando, enfim, sua experiência, que, depois de aceita, tornava-se científica e, conseqüentemente, oficial.

No Brasil, a Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro desempenhou um papel importante nesse processo. Vinculada à Faculdade de Medicina e Farmácia do Rio de Janeiro, ditava metas, diretrizes e regras a serem estabelecidas pelo Ministério do Império e, por sua vez, executadas a nível provincial. O Estado desempenhava, portanto, uma ação efetiva pela sua articulação com as políticas de saúde. Essa fase de prevenção não visava ao indivíduo, mas à sociedade.

Em tais condições, as doenças epidêmicas desempenharam um papel importante, ora pela sua freqüência, ora pela ação a elas dispensada.

O segundo momento corresponde aos últimos anos do período provincial. Nele ocorreram mudanças na organização dos serviços de saúde, iniciadas em 1876 e só postas em prática a partir de 1885, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene e da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, centralizadas no Rio de Janeiro e desdobradas a nível nacional. Ocorreram também transformações na noção de prevenção, com a formulação de novas posturas políticas voltadas para a área da saúde, pela adoção de medidas cada vez mais específicas e detalhadas. A higienização passou a visar não só à higiene pública organizada pelos governos e municipalidades, mas também aos indivíduos. Passou-se igualmente a dispensar

atenção especial a questões como o abastecimento de água, esgoto, detritos, habitação, alimentação, cemitérios e, finalmente, urbanização. A saúde apoiou-se no saber científico, tendo por finalidade evitar a doença. É nesse contexto que foram repensados e organizados para Curitiba o sistema de construção de latrinas (1878), a rede de abastecimento de água potável (1880), bem como toda legislação que equacionava o problema. Esse novo quadro urbano higienizado refletiu diretamente na realidade patológica do período, apresentando maior incidência de doenças tipo **européias**, como escarlatina, catarro brônquico, crupe, caxumba, rubéola, beribéri, oriundas especificamente dos contingentes populacionais imigrantes. Doenças como a febre tifóide, a disenteria e outras tenderam a diminuir sua freqüência em conseqüência das novas medidas adotadas, em especial a construção das redes de água e esgoto. A entrada de mão-de-obra imigrante nessa época trouxe consigo novas relações de trabalho, novas relações sociais e, como conseqüência, um novo comportamento patológico. O período da imigração correspondeu ao início da era bacteriológica, quando uma nova interpretação da doença acarretou mudanças em sua definição e classificação.

Percebe-se, ao comparar os dados trabalhados, que o final do período atesta a presença de novas doenças epidêmicas até então desconhecidas na Província, gerando novas preocupações e alterando, por sua vez, as condições de saúde.

Em decorrência, surgiu uma nova postura oficial intimamente ligada às transformações econômicas e conjunturais

do país, direcionadas para as relações capitalistas. A higienização pública passou a ser feita através do controle, da inspeção e da fiscalização sanitária, e da assistência aos pobres, sob o olhar vigilante do Estado. As medidas estabelecidas pelo governo nem sempre eram pertinentes, mas, acertadas ou não, elas deveriam ser postas em prática. Para tanto, deveriam contar com o apoio de todos os segmentos da sociedade, os médicos, o governo e a população em geral. Nem sempre era possível, porém, um perfeito entendimento entre esses grupos, quer por falta de recursos político-econômicos, quer por questões culturais. O fato de haver descontentamento das autoridades quanto ao procedimento da população não impedia que o mesmo se desse em sentido contrário. Ocorriam, então, nos jornais os reclames públicos, chamando a atenção das autoridades para o cumprimento das medidas propostas e a denúncia das irregularidades cometidas, a cujo respeito nada era feito.

A própria higienização do meio, de responsabilidade da Academia Imperial de Medicina, não foi sempre observada, ou melhor, nem sempre teve condições de ser posta em prática de modo satisfatório. Enfrentou desde problemas relativos à inoperância médica, à falta de recursos financeiros, até as atitudes e reações da população.

Os médicos, por sua vez, tinham também suas queixas, pois só quando pressionado pelas epidemias o governo liberava verbas, abria crédito e não **limitava** as cifras. Reclamavam dos farmacêuticos por improvisarem medicamentos fornecidos gratuitamente aos pobres. Surgiam problemas de toda or-

dem, como irregularidades de todo o tipo e discriminação racial e social. Sentiam-se, pois, impotentes diante de tais circunstâncias conflitantes.

Quanto ao governo, só havia preocupação frente à ameaça epidêmica, estabelecendo-se políticas de saúde, repensando-se toda a estrutura sanitária, o que levava à construção de lazaretos, cemitérios, hospitais provisórios, medidas amplas que eram destinadas às diversas regiões do Paraná. Tais atividades eram aceleradas quando se tratava de doenças cruciais, como o cólera, varíola e febre amarela.

Por outro lado, as epidemias que grassaram na Província do Paraná imprimiam características próprias à população, no que se refere à freqüência e extensão.

As povoações litorâneas eram mais atingidas pelas epidemias, devido à presença de portos e do clima com temperaturas mais elevadas, diferenciando-se assim das demais regiões provinciais preservadas muitas vezes pelo clima mais ameno, pela distância e pela serra do Mar. Com isso, estabeleceu-se um quadro de diferenças regionais. O constante aumento da população, acelerado pela presença de imigrantes, ao longo do período estudado, propiciou uma expansão na ocupação territorial. Juntamente com esta expansão assistiu-se a um alargamento da difusão das doenças epidêmicas. Estabeleceu-se assim uma relação direta entre a expansão das doenças e a ocupação territorial, bem como a relação doença e situação geográfica. A morbidade era, no entanto, bastante limitada e a mortalidade não era alta, mesmo durante os surtos epidêmicos. Não se registraram na Província desequilí-

brios demográficos que pudessem ser diretamente relacionados com a incidência das epidemias. As crianças e a população pobre, carentes de recursos e debilitadas fisicamente, apresentando pouca resistência à doença, eram os que mais sofriam a ação dos flagelos.

A cada doença epidêmica, embora existisse uma conduta oficial, eram dispensadas atenções diferenciadas, tanto pelo governo, como pelos médicos. O mesmo ocorria com certas doenças que despertaram maior ou menor atenção por parte da população, do governo e dos profissionais, dependendo da localidade em que se manifestavam. A postura governamental, médica ou o comportamento social não foram, portanto, os mesmos diante das várias doenças epidêmicas, variando no tempo e no espaço.

Embora outras moléstias fizessem parte do quadro nosológico do século XIX, elas não foram analisadas neste estudo por não terem sido consideradas epidêmicas dentro do período em questão e não recebendo, portanto, o mesmo tratamento que as outras. Esse é o caso da tuberculose, tísica, pneumonia, anemias, entre outras.

A análise realizada procurou criar condições concretas de se perceber no processo histórico as implicações do Estado como instrumento político em confronto com as questões do saber-prática médica, aplicação das políticas de saúde no cotidiano, atitudes da população frente aos flagelos epidêmicos e determinações governamentais, além da reconstituição do quadro epidêmico-provincial que atingiu a população paranaense provincial.

ANEXOS

1	Conselhos ao povo sobre as medidas hygienicas que deve adoptar nos casos da imminnencia de uma epidemia, ou durante a sua marcha	328
2	Relatório do estado sanitario da Provincia do Paraná durante o anno de 1879 apresentado á SEa. o Snr. Presidente da Provincia Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas Filho pelo Inspetor de Saude Dr. Leocadio José Correa	334
3	Denominações da febre amarela	370
4	Formas da febre amarela	374
5	Edital [da Câmara Municipal de Paranaguá]	376
6	Palácio da Presidência da Provincia do Pará, na cidade de Belem, 30 de Novembro de 1855	377

ANEXO I

CONSELHOS AO POVO SOBRE AS MEDIDAS HYGIENICAS QUE DEVE ADOPTAR NOS CASOS DA IMMINENCIA DE UMA EPIDEMIA, OU DURANTE A SUA MARCHA.

Convencionada a junta central de hygiene publica de que nas épocas epidêmicas, por mais bem dirigidos que sejam os esforços do governo e das autoridades sanitárias para preservarem a população de qualquer flagello, não poderão jamais attingir a resultados vantajosos, sem o auxílio da população ameaçada ou já invadida pela epidemia, para alcance da difficil e importante empresa da salvação publica, tem ella sempre aconselhado aos seus concidadãos dos meios de prevenir ou attenuar os estragos das epidemias, lembrando-lhes o que de melhor aconselha a sciencia em taes casos.

Mais uma vez se lhes dirige hoje, pedindo o concurso de seu auxílio, não só para a execução das medidas que o governo imperial, no interesse da salubridade publica desta corte, está mandando pôr em pratica, como também para que de seu lado adopte aquellas que se referem á hygiene privada, sem cujo concurso muito menos proficuas serão as medidas geraes, adoptadas pelo governo.

Neste sentido, pois, a junta exporá as cautelas que deve a população adoptar em taes occasiões, dividindo-as em preventivas e occasionaes, começando pela indicação das primeiras.

Medidas preventivas.

Conservar o asseio possível nas habitações e suas dependencias, fazendo-as varrer todos os dias expondo-as á ventilação, mórmente durante o tempo secco.

Laval-as uma ou duas vezes por semana com agua simples, ou addicionando-lhes sabão.

Remover do seu interior e de suas dependencias tudo quanto possa viciar o ar, directa ou indirectamente.

Evitar, sempre que fôr possível, a accumulção de aves e de animaes domesticos, sobretudo porcos, nos quintaes ou nas áreas do centro das habitações; assim com a demora de materias esterco, aguas servidas, e quaes quer residuos vegetaes ou animaes no seu interior.

Lavar ou desinfectar todos os dias as latrinas e mictorios, com bastante água pura, ou agua phenicada.

Caiar as paredes do interior dos edificios e mesmo dos quintaes, sempre que estiverem sujas ou forem humidas.

Evitar a agglomeração de muitas pessoas em pequeno espaço, sobretudo durante a noite.

Dormir, sendo possível, nos aposentos mais espaçosos, em que penetre maior somma de ar ou de luz, durante o dia, tendo o cuidado de remover delles as roupas sujas.

Resguardar o corpo da humidade e das variações atmosphericas, usando de roupas apropriadas ao tempo.

Usar de banhos geraes simples ou alcalinos, mórnos ou frios, segundo o habito de cada um, umas com moderação, e com as cautelas devidas, nunca porém depois das refeições.

Fazer uso de uma alimentação substancial e de facil digestão, fugindo das fructas mal sazoadas, das massas pezadas e mal preparadas de peixe salgado, legumes frescos em excesso; enfim, de todas as substancias indigestas, assim como das bebidas espirituosas ou geladas em grande quantidade, tendo em vista, em referencia aos preceitos marcados neste paragrapho, que a bebedice e a glutomania contribuem nas epidemias para a cifra da mortalidade com contingente proporcional aos desvios nos preceitos estabelecidos.

Evitar todas as causas que possam excitar paixões, e affrostar com resignação e confiança os impetos da epidemia, evitando o excesso de precauções pelo terror que a mesma inspira.

Deitar-se a horas convenientes, não frequentando com assiduidade as reuniões e divertimentos publicos até tarde da noite, porque além do cansaço que causam taes divertimentos, os indivíduos que frequentam, expõem-se não só á acção nociva do sereno como a respirarem por muitas horas um ar viciado, quer pela agglomeração de pessoas, quer pela combustão das substâncias empregadas na illuminação dos edificios.

Fugirem de dormir ao sereno, como costumam, e com as roupas impregnadas de suor provocado pelos trabalhos do dia, os moradores das estalagens e cortiços, sobretudo daquelles que ficam nas proximidades dos pantanos ou dos brejos e charcos.

Lavarem pelo menos, quando mais não possam fazer, as pernas e braços aquelles cujo emprego consiste em trabalhar com materiais imundos, como sejam, os carroceiros da limpeza e os operarios das obras de esgotos mudando as roupas com que tiverem trabalhando durante o dia.

Abandonarem inteiramente como morada, os cubiculos ou quartos que ficarem sobre as estribarias ou estabulos, assim como aquelles quartos que em algumas estalagens ou cortiços recebem as humidades das montanhas ou muralhas a que se acham encostadas.

Evitarem aquelles, cuja profissão obriga á exposição aos raios solares, de trabalharem sem chapéu ou outro qualquer meio que abrigue a cabeça dos raios solares, assim como de trabalharem sem camisa, como muitos praticam, expondo assim metade do tronco á acção do sol, o que não deixa de ser muito inconveniente, sobretudo durante o reinado da febre amarella.

Finalmente. Não se entregar a população a excessos de qualquer natureza que sejam, porque se não elles sempre prejudiciaes, enervando as forças do organismo, e predispondo-o ao acommettimento das molestias, muito mais o são nas épocas epidemicas por motivos obvios.

Medidas Occasionaes.

Além das precedente indicadas e que devem continuar a seguir-se, se a epidemia se desenvolver, convem adoptar as seguintes:

Recorrer aos primeiros signaes de qualquer indisposição aos conselhos de um medico, pondo-se em abstinencia e agasalho conveniente, até que elle, segundo o juiz que fizer da natureza da molestia, lhe prescreva o tratamento conveniente.

Insistir com mais severidade e exforço nas medidas preventivas especificadas nos §§ 1º, 2º, 3º, 4º e 5º do capitulo antecedente.

Fugir de todos os conselhos indicados pela especulação, assim como dos meios por esta propostos, como capazes de prevenir a molestia; porquanto em geral, em vez de uteis, são prejudiciaes, e concorrem á produção de resultados contrarios aquelles que se apregoam.

Isolar o doente, sendo possivel, impedir visitas assiduas ao mesmo, e cercal-o apenas de pessoas absolutamente indispensaveis á prestação dos cuidados de que precisa, escolhendo de preferencia aquelles, se as houver, que tenham soffrido da doença.

Manter a maior ventilação possivel no aposento, e remover d'elle com toda a presteza os excretos e as roupas suadas ou sujas, quer as retiradas do corpo do doente, quer as do leito.

Desinfectar os excretos em continente, quer por meio d'agua phenicada ou chloruretada, lançada sobre elles, quer, o que é melhor, tendo previamente depositado nas vasilhas destinadas a recebê-las, a referida agua, que irá lenta e continuamente desinfectando o ar do aposento.

Expôr as roupas em lugar bem ventilado, ou desinfectal-as com promptidão, mergulhando-as em agua quente com potassa.

Fazer remover por meios brandos e suasorios, e no menor prazo possivel, para os hospitaes ou enfermarias especiaes os doentes faltos de recursos, para tratamento em domicilio, tendo em vista que tanto maior é a esperanza de salvação nestes casos, quando mais cedo se applicam os meios adequados á combater a molestia.

Evitar a demora nas salas mortuarias onde estiverem depositados os cadaveres dos fallecidos das molestias indicadas no art. 1º

das instrucções a que vão anexos estes conselhos, e muito principalmente nos casos de variola, escarlatina, sarampão maligno, typho, febre amarela e peste.

Fazer remover com promptidão os cadaveres dos fallecidos de taes molestias e evitar quanto ser possa o acompanhamento aos cemiterios, onde têm de ser depositados.

Finalmente, as desinfecções vigorosas das habitações depois da remoção do doente, ou do cadaver, se a molestia tiver terminado pelo fallecimento, ou a simples, se tratar unicamente de melhorar as condições higienicas; constituem um dos meios mais efficazes de debellar a epidemia, ou attenuar consideravelmente seus estragos.

Estando, porem, estabelecido nas instrucções que acompanharam o aviso do governo já citado, o modo como devem ser praticadas e incumbida sua execução ás autoridades sanitarias nada tem a junta aqui a dizer a este respeito.

Limitar-se-ha, portanto, a aconselhar aos seus considadãos, promptidão de aviso a essas autoridades sobre os factos que reclamem, para poderem elles cumprir o seu dever, as convicção de que taes autoridades procederão como sempre com a maior moderação e criterio no exercicio de suas funcções, sendo apenas severas para com aquelles que recalcitrarem ás suas admoestações ao cumprimento de um dever imposto pela lei, em beneficio de todos e de cada um em particular.

Observações.

Como complemento destes conselhos, a junta dirá ainda que tres molestias ha das referidas que, além das cautelas acima aconselhadas, que são adoptaveis para todas ellas, exigem outras especiaes que muito pôdem influir na atenuação de suas devastações.

Uma dellas é a febre amarella que a despeito de todas essas medidas, zomba sempre dos esforços da sciencia contra os recém chegados, e os não acclimados com a causa epidemica ou os que não tem assistido ao desenvolvimento e evoluções de uma epidemia, convindo portanto que, quer uns, quer outros se afastem da zona infectada, porque sô assim ficarão inteiramente garantidos do seu acommettimento.

A outra é a variola, a qual se conhece como agente principal de sua extinção, a vacinação e revaccinação, usadas com afinco, acreditando mesmo a junta que podem ser, senão de todo extincta as epidemias que nos tem flagellado, pelo menos fortemente enfraquecida as suas devastações, desde que os habitantes desta cidade procurarem utilizar-se de um meio tão simples, como efficaz, que a sciencia põe á sua disposição, para impedir os estragos de tão hedionda molestia.

A outra, é a cholera-morbus, que, iniciando-se quasi sempre pela diarrhêa primenteria ou pela chorelina, pode na maioria dos casos ser embaraçada em suas evoluções fataes, combatendo essa diarrhêa e a cholera pelos meios therapeuticos que a sciencia aconselha para esse fim.

Taes são em poucas palavras os preceitos geraes que a junta central de hygiene publica aconselha aos seus concidadãos para attenuar os estragos das epidemias de molestias infecciosas.

Ou infeccto-contagiosas que possam surgir nesta capital e contribuir para o bom exito das medidas de salvação publica, que a administração superior vai pondo em execução e continuará a melhorar para restituir a esta corte o grau de salubridade de que outrora gosará.

Junta central de hygiene publica, em 25 de Setembro de 1878 - Barão do Lavradio - Conselheiro Dr. Manoel Pacheco da Silva - Conselheiro Dr. Continentino. - Dr. João Baptista dos Santos. - Dr. Luiz Bandeira de Gouvêa. - O secretario, Dr. Pedro Afonso de Carvalho".¹

¹LAVRADIO, B. et alii. Transcripção. Dezenove de Dezembro, Curityba, 31 out.1878. n.1942, p.2-3.

ANEXO 2

Relatório

do

estado sanitário da Província do Paraná

durante o anno de 1879

apresentado á Sua Magestade o Sr. Presidente da Província

Mr. Manuel Pinto de Souza Rantafelho

pelo Inspector de Saúde.

Mr. Leocadio José Correia.

Relatorio

do
estado sanitario da Provincia do Parana
durante o anno de 1879.

Ilmo Exmo Sr. Sr.

Satisfazendo o que por V. Exa me foi ordenado em Officio de 10 de Dezembro ultimo, e em cumprimento do exposto no art. 4.^o do Regulamento da Saude de 23 de Janeiro de 1857, tenho a honra de apresentar a V. Exa a presente resumida exposicao do estado sanitario da Provincia no decurso de 1879.

Sempre sollicito em apresentar os mais minuciosos dados que posso obter, no intento de satisfazer ao fim a que se destina um tal trabalho, e reconhecer da utilidade que elle se possa auferir para a historia geral do estado sanitario do Imperio, faltaram-me, ainda uma vez, muitas das informacoes pedidas, sendo, por tal motivo, obrigado ainda a consignar-me o mesmo incompleto, á despeito de meos bons empenhos.

Em falta dos dados requeridos me vejo impossivel

litado de poder fallar sobre algumas localidades da Província, sendo certo, todavia, que o silencio guardado pelas imprensas e pelas autoridades ás quaes oficialmente me dirigi desde que em tais lugares não podia deixar de ser em extremo satisfactorio o estado da salubridade geral.

Em falta desses documentos informativos, preenchi tais lacunas apresentando, em complemento de meu ultimo relatório, dados a elle relativos e que só me chegaram ás mãos depois de sua apresentação.

Sobre a cidade e porto de Paranaguá, além da exposição dos factos pathologicos mais communs no decurso do anno, transcreverei ainda o relatório que, á meu pedido, me foi apresentado pelo illustrado collega Sr. Neres Armonde, relativamente á epidemia de febre amarella que tantas vidas ceifou em 1878, — fazendo algumas considerações geraes sobre esta maldade, como já tenho feito observar, desde 1872, annua e annua nos sitios sob caracter sempre epidemico.

A estatística obituarial geral que me tenho occupado por conseguir, sabendo a importancia que elle deve annexar para o estudo da necrologia comparativa da Província, não me dá, porém, tambem a

apresental-a deficiente e incompleta pela falta de dados que me não foram fornecidos.

E, si considerada sob esse ponto particular de vista mereceria de nossa parte um tal estudo aprofundada attenção, mais a sua importancia sobrealie em relação á hygiene publica e economia politica, por isso que, na phrase de um illustrado medico contemporaneo, sendo a mortalidade o juro que a humanidade paga á terra do pé que lhe toma emprestado, medindo a modicidade desse juro a salubridade de um lugar, comprehende-se facilmente quão para lastimar seja a impossibilidade de podermos estabelecer, formar á tal respeito uma estatística rigorosa, quando por ella e só por ella, particular ou geralmente fallando, se poderão decidir ou demonstrar altos assumptos referentes á hygiene.

Apresentadas estas necessarias considerações preliminares entraremos na exposição dos pontos indicados, começando pelo estado sanitario deste porto.

Porto de Paranaguá.

Si notaveis não foram as perturbações havidas no porto de Paranaguá durante o anno de 1879, não dei-

ocorreram contínuos de se manifestar casos isolados de febre amarella na população marítima.



Em principio de Março (2) o Capitão da barca inglesa "Bella Mudge", apresentando os symptomas característicos dessa molestia, desde logo foram tomadas todas as providencias preventivas, tanto mais recommendadas quanto era sabido que esse mesmo navio havia deixado no Rio de Janeiro cinco doentes do mesmo mal.

Convenientemente medicado breve obteve alta este doente completamente restabelecido.

Além deste caso, a 5 do mesmo mez, entrou o brique hespanhol "Panchita Ros", com um tripulante affectado desse mesmo mal, e em periodo bastante adiantado: recolhido ao Lazareto da Ilha das Cobrasahi succumbio quatro dias depois de sua entrada, ostentando-se a molestia sob a grave forma-hemorrhagica.

Ainda a 19 desse mez, - após haver sido suspenso a observação imposta, e achando-se já carregado na Ilha Rasa (Guararissaba), - tive communicação urgente de que o piloto e tres marinheiros d'aquelle mesmo navio ("Bella Mudge"), se achavam atacados.

de molestia suspeita: immediatamente me dirigi áquelle ponto, verificando que tratava-se de simples embaraço gástrico, - achando-se já dois dos doentes em estado satisfactorio, e um delles apenas sob a influencia d'elle simples mal, determinado por excessu e abuso de meza como me foi informado. Entretanto, como pelos symptomas que apresentava esse enfermo se achava a tripulação alarmada, entendi conveniente a sua remoção para o Hospital Maritimo, onde permaneceu até 27, sem que outros symptomas ou signaes viessem indicar molestia de natureza suspeita.

Nois tarde, 22 de Junho, entrava a barca inglesa "Dunard", havendo perdido, em viagem da Corte para este porto, um de seus tripolantes de molestia cujas informações indicavão a febre amarella: retida em observação cautelosa, nesse mesmo dia um outro tripolante era attacado do mesmo mal, sendo tomadas então as providencias que o caso requeria.

Affectado benignamente, quatro dias depois sahia do hospital o enfermo em condições satisfactorias, e, feita a conveniente desinfeccão do navio, nenhum

caso mais de molestia se observou á seu bordo.

Alem de taes factos nenhuma alteraçãõ mais se manifestou no porto durante todo o anno.

Resumiremos pois no seguinte quadro as perturbações havidas:

Navios em cujo bordo se manifestou a febre amarella durante o anno de 1879.

Nomes	Nação	Curados	Mortos	Total	Observações.
Barca "Pella Louisa"	Inglesa	2	—	2	1 embasaco gastrico
Brigue "Panchita Ros"	Uyppombu	—	1	1	Entrou moribundo
Barca "Aunard"	Inglesa	1	1	2	afallido morto em viagem.

Si compararmos este quadro com o seguinte que indica as perturbações havidas no porto durante o primeiro semestre do anno passado, não se pôde deixar de concluir que o estado sanitario do porto de Paranaquã, durante o anno de 1879, foi em extremo lizo.

Eis o quadro

Navios em cujo bordo se desenvolveu
a febre amarella durante o
primeiro semestre de
1878.

Nomes	Nação	Curados	Mortos	Total	Observações.
Bea "Wilhelmina"	Allema	5	2	7	Retirada de Antonina
Brig. "Jonge Evert"	Holland.	3	3	6	Idem.
Lig. "Catherini"	Ingliz	6	—	6	Idem.
Bea "Léon d'Allet"	Francosa	2	1	3	Porto de Paranaguá.
Bea "Kent"	Ingleza	—	1	1	Id. já moribundo.
Brig. "Emmi's Otto"	Allema	—	1	1	Id. Id.
Kap. "Cerrantes"	Nac.	1	—	1	Foguista.
Kap. "Rio Grande"	Id.	1	1	2	Passageiros.

Em respeito o movimento sanitario do porto, não perderei ainda a oportunidade de apresentar as reclamações que sempre tenho feito em favor e beneficio do mesmo porto de Paranaguá.

Em communicacão directa e quasi diaria com o porto do Rio de Janeiro, onde raramente se não desenvolve a febre amarella, sob a forma epidemica, torna-se prudente precaver-nos-nos, nas epochas criticas, contra a invaçao dessa terrivel enfermidade que, por suas repetiçoes annuarias, bem demonstra querer acclimatar-se entre nós.

Nunca se fez mais sentir a necessidade continuamente apontada por esta Inspectoria do que na quadra que atravessamos durante o principio de 1879, — quando, tornando-se precisas as observaçoes e quarentenas, se lutou com a difficuldade de conseguir uma casa e local, adequados para tal fim.

Dispondo apenas de um simples e acanhado predio para as urgencias de occasião, não é possível poder esta Inspectoria attender e satisfazer ás exigencias de seu Regulamento, visto como, na deficiencia de elementos necessarios, tornam-se absolutamente improficuas e impraticaveis as necessarias e prudentes medidas por elle recommendadas.

Como membro da Assemblia Legislativa Provincial, tenho a honra de representar ao Governo Geral

sobre a palpitante necessidade da construção de um outro edificio, na Ilha das Cobras, para a recepção exclusiva de enfermos, e o mesmo facto tenho levado ao conhecimento das successivas presidencias.

Para melhor frisar os embaracos a que alludo, transcreverei parte de um Officio por esta Inspeccão dirigido a Sua Magestade Real Sr. Rodrigo Octavio de Oliveira Meneses. "

" O telegramma de 17 do corrente em que V. Exa. mostra haver recebido uma informacão falsa á respeito do contacto de enfermos com passageiros, saos, no Lazareto da Ilha das Cobras, invida-me a vir, ainda uma vez, á presença de V. Exa. rememorar o que tantas vezes aos antecessores de V. Exa. e á V. Exa. hei já exposto.

" Na exposicão do estado da saude publica por mim apresentada ao assumir V. Exa. as redas do governo da Provincia; - em meos relatorios anteriores, e, sobretudo, no apresentado em meados do anno passado; - em Officios reiterados aos differentes administradores, desde que dirigi a Inspeccão

• de Saude do Porto, - tenho feito sentir a urgente e pal-
 • pitante necessidade da construcção de um outro edificio
 • apropriado, n' aquella mesma Ilha, destinado exclu-
 • sivamente para a admittão de doentes, reservando-se
 • o actual, visto melhormente a isso prestar-se, para
 • as occasiões em que, como actualmente, seja preciso
 • impôr a observação que a prudencia recommenda a
 • todos os passageiros que a esta Provincia aportem.
 • Remonstrou V'lea legitimos escrupulos e patenteou
 • natural estranheza áquella falsa e gratuita de-
 • nuncia, ella, porém, instiga-me a apresentar
 • algumas proposições interrogativas que, da sollicitude
 • e interesse de V'lea, em prol da provincia, esperam
 • ampla e favoravel resolução.
 • De nenhum outro recurso podendo lançar mão
 • quando se torna urgente a applicação de sas
 • medidas hygienicas, e indispensavel, como actu-
 • almente, a observação aos passageiros, como nos
 • haver e dirigir no caso possivel de termos de receber
 • no Lazareto um enfermo ou enfermos de moléstia
 • infecciosa ou contagiosa?
 • de mittir os doentes
 • id. id. id. em cada unidade de que se

" sômos e que impropria para enfermaria tem-se até
 " hoje prestado imprudentemente para o duplo fim que
 " sabemos?

" Libertaremos aquelles que devem sujeitar-se a uma
 " observação cautelosa, expondo-nos assim a contrahir
 " o germen communicativo de um mal que se poderá
 " desenvolver e acarretar consequencias funestas?

" Recolheremos taes doentes em dois ranchos desabri-
 " gados e infectos, existentes na Ilha, quando todo o
 " cuidado de tratamento e commodidades lhes devemos,
 " por mais de um titulo dispensar? cedendo a casa
 " dos taes, sempre mais ueigentes e promptos para
 " as queixas e critica infundadas?

" Tornando-se pois cada dia mais indispensavel
 " uma outra casa na Ilha das Cobras para o fim
 " alludido, não posso deixar de insistir sobre a sua
 " edificação, reclamando-a do Governo Geral, por
 " intermedio d'ella.

" Solicito em tomar todas as providencias preventivas,
 " como V. Exa. deve haver reconhecidas, - anteendo a
 " possibilidade de, a' qualquer momento, mani-
 " festar-se no mar algum caso de molestia contra

„ a qual tentamos de preservar-nos, á vista da quadra
 „ cabmola que atravessamos, e da manifestação com-
 „ munitmente observada em tais epochas da febre ama-
 „ zella, - ainda hontem, como communiquei a V. Exa, me
 „ dirigi em visita sanitaria ao porto e cidade de
 „ Antonina, cujo Lazareto, por suas proporções aca-
 „ nhadas, torna-se quasi impossivel ser aproveitadas
 „ para o fim que tinha em vista. Entretanto, de
 „ outro local não posso lançar mão para a observa-
 „ ção dos quarentenados, no caso de desenvolvimento
 „ de moléstia no porto, quando se torne preciso re-
 „ colher enfermos no Hospital desta Cidade.
 „ Mas, ainda aqui, uma pergunta me occorre:
 „ Como haver-me quando no porto de Antonina
 „ se manifeste tambem, como é ainda possivel, algu-
 „ caso do mesmo mal?
 „ Sobremaneira embaracado em relação a um teu
 „ assumpto, soffrendo já os ataques dos jornaes da
 „ provincia e queixas dos Passageiros aos quaes é
 „ imposta a observação, só posso recorreer a V. Exa
 „ para o remedio a applicar-se em tal estado de
 „ humilhação não pôde, realmente, ser Prosequido

Tal é o indispensavel e util melhoramento que não cessarei de reclamar, e que virá de vez sanar os inconvenientes e prejuizos até hoje feitos em pratica. Só depois de sua almejada realisação poderão ser estabelecidas, com probabilidade de exito, as medidas sanitarias maritimas, as quaes, sempre inuteis e improficuas serão, desde que as circumstancias reclamem a urgencia do expediente pratico para o qual, porca é confessar, não estamos preparados.

Estado sanitario das differentes
localidades da Provincia.

Cidade de Paranaquóv.

O anno de 1879 foi muito favoravel á esta Cida-
de relativamente ao estado da saude publica.

Si exceptuarmos uma pequena e benigna epi-
demia de coqueluche que atacou a infancia, em
Janeiro, Fevereiro, e Março, e cuja invasão començou
de se fazer sentir já em fins do anno anterior, nada
teriamos a adiantar quanto á manifestação da
nosologia annual.

No terreno da clinica predominaram as moléstias estomacais, representadas, sobretudo, pelas febres de natureza paludosa, as quaes, como sempre, se fizeram notáveis por suas innumerables formas, tenacidade de seus ataques, e accidentes determinados por sua complicação com outras moléstias.

A febre amarella, que no anno anterior atacou tão fortemente esta Cidade e a de Antonina, si se não desenvolveo do mesmo modo durante a quadra predilecta de sua manifestação, não deixou contudo de mostrar a sua presença e de encontrar ainda elementos poderosos para seu desenvolvimento.

Com effeito si em poucos casos isolados cizrou-se a sua manifestação, as condições á que se achavam sujeitos os atacados bem podiam determinar uma nova invasão dessa moléstia.

Os casos á que alludo referem-se a tres dos muitos russos que, abandonando suas colonias (terra-acima) invadiram esta Cidade em Março, quadra de excessivo calor. Vivendo, uns, accumuladamente, em meio infecto, sujeitos, outros, ás intemperies,

1.º nos barracos nos Campos da Cidade.

sujeitando-se, todos, a uma alimentação insufficiente já qualitativa, já quantitativamente considerada, bem podia desenvolver-se entre elles uma verdadeira epidemia, tanto mais possível, si attendermos ás condições de climatologia á que ainda todos se achavam sujeitos.

Si, porém, pelas favoráveis condições atmosféricas, em virtude das grandes trovoadas e chuvas, se não desenvolveo o mal que se receiava, nem por isso deixou essa população adventícia de soffrer as consequências de sua inaclimação, fornecendo regular contingente para a cifra nosologica e necrologica. Com effeito, durante o tempo de sua permanencia entre nós, raro foi o dia em que entre elles não se desse um caso de obito, sobretudo entre as crianças; determinado ora por perniciosas, ora por febres remittentes typhicas, promptamente mortaes. Em relação á expressão pathologica podemos dizer que quasi geralmente foram elles atacados pelas intermittentes, dysenterias palustres, cachexia paludosa, etc sem fallar de outras manifestações morbidas de caracter e natureza differentes.

Nos casos de febre amarella. entre elles observado, um apenas foi seguido de morte.

Referindo-me á essa moléstia que, como já disse, desde 1872, por casos esporádicos ou epidemicamente nos tem assaltado, não posso deixar de apresentar a exposição que sobre ella me apresentou o illustrado collega Mt. Neres Armonde, descrevendo a epidemia de 1878. Este trabalho que deveria ter apresentado em meu relatório do anno anterior, tarde me chegou ás mãos, podendo por isso só agora transcrevel-o. Ilmo. Sr. Satisfaco com prazer o justo desejo de V. Sa., remettendo-lhe o mappa dos dentes tratados no hospital provisório á meu cargo, e expondo succintamente as minhas principais impressões sobre a epidemia que acabamos de observar.

O clima desta Cidade offerece todas as condições favoráveis ao desenvolvimento da febre amarella, e de outras moléstias epidemicas, digo, infecciosas.

No que respecta ás condições meteorologicas, nota-se que no verão a temperatura eleva-se muito, consistindo-me que a columna thermometrica tem subido

acima de 100° Fahrenheit.

As trovoadas, segundo me informa V. A., tem sido pouco frequentes nos ultimos annos. Algumas observei bruscas e pouco duradouras.

Aqui chegado em Abril, ainda presenciei dias de variações repentinhas da atmosphera, succedendo muitas vezes ao sol ardente, repentinhas chuvas, por vezes torrencias.

A parte do mar que cerca esta Cidade é rica em lodoações que durante a vasante permanecem longas horas expostos á evaporação solar. As praias são em geral, pouco assediadas.

Na rua da Pauca, em direcção á fabrica de sabão e velas, nota-se o mais rico manancial de miasmas, é dahi que a vasante descobre em maior ceterentão o lodo marinho, de modo a impressionar vivamente o objecto.

Para o lado de terra, nos arrabaldes da Cidade, encontram-se aguas estagnadas e vallos cujo curso é interrompido em varios pontos por detritos. Regatas.

Com quanto as melhores ruas sejam assediadas

Não se em muitos lugares, principalmente no Campo depositos de lixo, que alguns lançam também as quintas. Nota-se a falta de uma empresa que se encarregue da remoção dessa perniciosa fonte de miasmas, incinerando-a em alguma ilha afastada da população.

Existem no Centro da Cidade dois cemitérios, onde não ha muitos anos, se fazem os enterramentos, sendo alguns de rec data. São outros tantos focos de infecção que convem não alimentar sob pretexto algum.

As variações rapidas da atmosphera durante o verão, succedendo ás chuvas calor ardente, dão lugar á evaporação constante da agua carregada de materias organicas em decomposição.

Em algumas ruas nota-se grande numero de casas mal ventiladas, não assalhadas e pouco assediadas, cujos habitantes recurrendo-se de extrema pobreza, alliada muitas vezes á ignorancia, alimentam-se mal, fazendo consistir o sustento diario quasi exclusivamente de substancias de difficil digestão, taes como, batatas, mariscos, e peixes diversos, farinha de ca, etc. Grande numero de crianças divertem-se

ion: náo fructos não saxonados e expondo-se á
 involaçáo.

Referindo as condições climáticas desta
 Cidade, tenho indicado as causas do appareci-
 mento da terrível epidemia, a cujo começo não
 tendo assistido nada affirmarei ou negarei quanto
 á importação. O que é certo; é que se reunidas
 nesta Cidade todas as condições pathogenicas
 do typho americano.

Sendo, como já disse, o mais consideravel
 dos focos de infecção aquelle que se acha nas pro-
 ximidades da rua da Paiva, foi justamente
 nessa rua e em suas vizinhanças que o mal
 lavorou com a maior intensidade, sem exceptuar
 talvez uma só casa, e em muitas não poupando
 morador algum: Nas outras ruas a influencia
 do miasma decrescia gradualmente.

A febre attacou quasi indistinctamente os
 acclimados e não acclimados; e a razão está nas
 más condições hygienicas em que vivem grande
 numero de habitantes nacionaes, como já disse.

Si houve tol ou qual isenção, foi em favor dos

que respeitão os salutarés preceitos da hygiene.

Esta epidemia veio trazer mais uma confirmação á idéia infeccionista: A Cidade de Morretes, distante de Paranaquá 7 leguas, tem communicação constante com este porto, por intermedio de vapores, lanchas, etc. Situada cerca de legua e meia da foz do Nhundiaquara que desagua no mar, está a 6 metros apenas acima do nivel deste. Achão-se n'aquella cidade mais de 4000 estrangeiros recém-chegados do interior da Italia. Apesar das quarentenas e dos cordões sanitarios estabelecidos manifestarão-se ali alguns casos de febre amarella, e a molestia não se propagou em uma população por todos os motivos predisposta. Não existindo ali os focos geradores do miasma da febre amarella, nem as condições meteorologicas favoraveis ao seu desenvolvimento, este não teve lugar. Também aquelles que já presas do mal, subiram a terra em procura de Curitiba e de outros pontos, não o propagarão.

Na maioria dos casos a febre amarella foi aqui precedida de accessos intermittentes, repetidos algumas vezes durante mais de um mez.

Muitos doentes, julgando-se affectados de simples serres, como tudo levava a crer, pouco se preoccupavam com a molestia, não invocando, em geral, o socorro medico senão quando, em vez do esperado alívio, apresentava-se inopinadamente o vomito negro e outros symptomas do 3º periodo da Molestia.

Vê-se pois que esta foi de uma forma ainda mais trahidora do que a que são reverter. É essa a feição característica da epidemia cujos vestígios ainda se denunciam por um ou outro caso.

Não foram raros os casos violentos, em que a precipitação dos symptomas do 1º para o 3º periodo não permitia apreciar o de remissão.

Em muitos, porém, os tres periodos de reacção, de remissão, e hemorrhagico ou ataco-dynamicos, apresentaram-se distintamente.

Os symptomas predominantés do 1º periodo, taes como a injecção rubro amarella das conjunctivas, a prostração excessiva, a intensa cephalalgia supra orbitaria, as dores lombares e dos membros inferiores, e em grande numero de casos dos superiores, a difficuldade dos movimentos, a constipação de ventre,

a lingua saburosa, etc foram sempre observados. Varios enfermos apresentaram vomitos mucosos e biliosos, e calafrios nos membros inferiores.

Em grande numero de casos o 2º periodo deueu de ser bem manifesto. Nelle foi frequente a ansiedade epigastrica, quasi sempre prenuncio do vomito preto.

No 3º periodo manifestaram-se em geral, a par das hemorrhagias, os phenomenos ataco-adynamicos.

Entre aquellas sobresahio, como sempre, o vomito negro, precedido nos casos de menor gravidade, dos mucosos e biliosos, misturando-se estes pouco a pouco com granulos escuros, que augmentavam em quantidade até constituir o liquido homogeneo, cor de borra de café ou negro.

Outras vezes, em lugar d'aquelles granulos era a mistura das mucosidades com sangue que estabelecia a transição ao vomito negro. Em outros este foi caracteristico desde que se apresentou.

A enterorrhagia e as evacuações negras foram menos frequentes. A epistaxis, stomatorrhagia, e a hematuria se manifestaram em alguns casos.

O delirio, o coma, os deluções, as convulsões, a carphologia, a respiração estertorosa, foram frequentes.

Tive casos em que a forma ataeo-dynamica foi muito pronunciada, sobresahindo o russo Courado Armuss, em quem o 2º periodo se prolongou, revestindo a forma de febre typhoide.

A anuria prolongada foi sempre de prognostico fatal.

Pequitanei o evidente resultado que me deu o emprego da medicação vomitiva nos casos em que o estado da buccal das primeiras vias, no primeiro periodo, o indicava.

Quando a apyrexia no 2º periodo era completa, o sulphato de quinina foi de effeito satisfactorio.

Nos casos piores em que, apesar de seu emprego, o 3º periodo se manifestava, foi com o emprego do acido phurico liquido (10 a 15%), que obtive os melhores resultados, conseguindo debellar com aquelle poderoso antiseptico, o vomito negro, mesmo o bem caracterizado, e reestabelecer doentes cuja extrema gravidade já não dava esperanças de cura... Julgo inutil alongar-me sobre factos que ambos pudemos observar, e faço votos para que igual calamidade não se reproduza nestas

Cidade, digna de melhor sorte. D. G. J. - Paranaquã
 1º de julho de 1878. Ilmo. Sr. Dr. Leopoldo José Corrêa,
 M. D. Inspector de Saude do Porto. M. D. Amaro Pereira
 das Neves Armonde. Medico em Commissão.

Terminando o que teria de informar relativamente
 a esta Cidade, pretendia apresentar o quadro de sua
 mortalidade durante o anno de 1879, e fazer o estudo
 comparativo com a dos annos anteriores, - a falta,
 porém de assentamentos impedio que a autoridade
 respectiva me pudesse fornecer tão necessarios dados
 sem os quaes nada posso avançar.

Junto o mappa do movimento annual do inicio
 hospital que possuímos: de seu confronto com o do
 anno passado vê-se que nenhuma modificação hou-
 ve em relação à expressão patologica, augmento
 de muito pouco a cifra dos obitos, proporcionalmente
 ao augmento do numero de entradas.

No anno anterior conforme o quadro apresentado
 derão-se 17 mortes, e 123 entradas.

Em 1879, como adiante se verifica, o obituario
 é de 20, e as entradas, por 150.

Mapa do movimento do Hospital da S. C. da Misericórdia de Paranaquá
1870.

Observações	Idade dos Fallec.	Idades.	Nacionalidades.	Profissões	Estados	Total
As fallceidos de cumbicam de:- tuberculol pulmno naes d; - febre perniciosa d; - hydropilia d; - cachexia polu- dosa d; - Tetano d; - broncho- pneumonia d; - alienação men- tal d; - retençaõ de saundinas d; - lesão cardíaca d; delirium tremens 1. - Total 20.	De 10 a 20 - 1 De 20 a 30 - 5 De 30 a 40 - 3 De 40 a 50 - 4 De 50 a 60 - 4 De 60 a 70 - 2 Tot. - 20	De 10 a 20 - 6 De 20 a 40 - 11 De 40 a 60 - 34 De 60 a 80 - 34 De 80 a 100 - 13 De 100 a 120 - 2 120	Brasileiros - 111 Portuguezes - 10 Nepalanhos - 4 Suíços - 2 Allemaes - 3 Briamarguals - 1 Ingleses - 4 Italianos - 3 Suequandes - 2 Francuezes - 5 Africanos - 4 Suecos - 1	Artistas - 13 Lavradores - 26 Charitimos - 25 Militares - 12 Negociantes - 1 Abejadores - 27 Vabalheiros - 27 Serviço domest. - 36 sem profissão - 8	Estadão - Solteiros - 103 Casados - 32 Nunys - 15	150
Moéstias. Cachexia polu. - 42 Syphilis - 24 Intomiti e por. - 20 Tuberculol pulm. - 10 Meras diversas - 12 Mol. ag. do org. neph. - 10 Rheumatismo - 10 Hydropilia - 3 Tetano - 2 Dyspepsia - 2 Gastro intente - 2 Mingacamento - 2 Neuralgia - 2 Delirium tremens - 2 Epilepsia - 1 Hepatitis ictericã - 3 Opthemia - 1 Lesão cardíaca - 1 Retençaõ de saund. - 1	Resumo. Exichão - 15 Entradas - 135 Total 150 Saídas cur. - 117 Falleças - 20 Casos em tratad. 3	Condições Cures - 144 Carras - 6	Profissões Artistas - 13 Lavradores - 26 Charitimos - 25 Militares - 12 Negociantes - 1 Abejadores - 27 Vabalheiros - 27 Serviço domest. - 36 sem profissão - 8	Estadão - Solteiros - 103 Casados - 32 Nunys - 15	150	

~ Louretyba. ~

Nada me foi communicado relativamente ao estado sanitario da Capital da Provincia, não consta porora que fosse elle gravemente perturbado, tendo-se manifestado durante o anno raros casos de typho, moléstia que ali costuma reinar epidemicamente.

~ Antonina. ~

Como Paranaquá, o porto e Cidade de Antonina não soffres invasão alguma de moléstia epidemica no decurso de 1879. Na informação que á respeito me foi ministrada pelo digno Collega Sr. José Justino de Mello consta que nenhuma epidemia foi observada, a não ser grande numero de febres intermittentes que, desde que se findou a grande epidemia de typho americano em 1878, tem grassado pelos ditos e toda a Cidade, não respectando idade, sexo, temperamento, e constituição, tomando um caracter bilioso em alguns; - mas sempre benigno; - embora mais ou menos refractarias ao tratamento quinisico.

Em grande numero de crianças, e mesmo em adultos, foram observados, durante a primavera,

encommodos gastro-intestinaes, caracterizados por vomitos e diarrheia abundantes, com terminação favoravel em quasi todos os casos.

O obituario da clinica desse collega constou de 3 casos de febre typhoide, 1 de pneumonia dupla, 1 de pneumo-pleuro-pericardite, 1 de lesão cancerosa do estomago, 1 de hydrophilia e lesão organica do figado, 1 de paralyia, e 1 de eclampsia.

O quadro da mortalidade geral não me foi remettido.

~ Morretes. ~

As informações prestada pelo digno collega Sr. Zyvedo Monteiro transcrevo o seguinte sobre esta localidade: "O municipio de Morretes que podia offercer condições climatericas muito lisonjeiras, visto a zona em que está collocado, não é dos pontos mais salubres do Paraná, nem o poderá ser por sua disposição topographica. Cercado em quasi toda a periphéria por elevadas serras, e' seu territorio coberto de muitos pantanos ou lagoas, offercendo não pequena superficie para a evaporação miasmatica que vicia uma atmosphera ordinaria."

mente húmida, sendo muito inconstante a sua temperatura. A cidade, pobre de preceitos hygienicos, está em parte sujeita ás inundações do rio Athum-diaguara; - sua construção não é boa e o accio das ruas effectua-se somente quando alguma epidemia flagella as localidades vizinhas.

Desde Abril do anno passado que exerce aqui a profissão e o cargo de medico da Colonia Nova Italia: então, era o estado sanitario de Mooretos pessimo e a mortalidade exagerada relativamente á população. Nessa quadra lamentavel, alem das febres paludosas, inimigas incansaveis deste Municipio, reinavão epidemicamente a febre typhica, e dysenteria, sendo tambem frequentes as ophthalmias e inflammacões das vias respiratorias. São essas as enfermidades que mais frequentes se mostram nesta Cidade...

Durante o anno findo, segundo se deduz do Mappa obituario, elevou-se a cifra da mortalidade a 108 numero muito inferior ao do anno anterior 324. As causas de morte são representadas de preferencia pelas perniciosas, typhoides, diarrhica, e tísica.

E. A. A. A.

Mortalidade do Municipio
de Morrêtes durante o
anno 1879.

Causas de morte.		Obscv.
typhoide — 11	Anemia — 1	Idades. De 1 dia a 1 anno — 48 De 1 a 10 annos — 41 De 10 a 20 — 17 De 20 a 40 annos — 18 De 40 a 60 — 22 De 60 a 80 — 10 De 80 annos — 5
F. pernicioza — 20	Mesenterite — 2	
Fisicapulmonar — 14	Gastrite — 2	
Hydropisia — 9	Amolecim. cereb. — 2	
Diarrhea — 9	Suspensão — 1	
Pnummoma — 5	Letargia — 2	
Aphuxia — 6	Atenuação onort. — 1	
Paralyzia — 2	Ulcera Chronica — 1	
Angustia cerebr. — 4	Meningite — 1	
Moralgia — 1	Carbunculo — 1	
Febre gastrica — 2	Tronchite — 4	
Peritonite — 2	Nellice — 1	
Coqueluche — 2	Encephalite — 1	
Hernia — 1	Metrite — 1	
Convulsões — 5	Atrophia — 1	
Cancro — 1	Stomatite — 1	
Enterite — 1	Consumção — 1	
Tetano secomn. — 4	Hermes — 3	
Tetano — 1	Ascite — 1	
Sorim ^{to} arma fogo — 1	Escarlatina — 1	
Febre cerebral — 3	Astma — 1	
F. intermitente — 4	causas espec. — 15	
Mal del'bright — 1	161	
Albuminuria — 1		
Nacionalidades. —	Sexos. —	Condição. —
Nacionais — 142	masc. — 75	livres — 154
Estrangeiros — 19	femen. — 86	Escarros — 7
161	161	161

~ Lapa ~

O estado sanitario desta Cidade, segundo se deduz da informação do distincto Mt. Santos Lima, clinico do lugar, foi muito lisonjeiro. Nenhuma moléstia visou com caracter epidemico e as proprias commu^{es}, revestiram-se, nos raros casos que appareceram, muita benignidade.

As affecções gastro-intestinaes e typhicas que quasi sempre visitão aquella população nos primeiros quatro meses do anno, e as agudas dos orgãos respiratorios - pneumonias, bronchites, pleurcias - que grassão com intensidade no 2º semestre deixarão este anno de se manifestar. Acredita-se porem o illustrado collega que tão favoravel não será 1880 por isso que, já de meados de Dezembro começarão a apparecer casos de bronchites e muitos de coqueluche.

No mappa da mortalidade que transcrevo se vê que o contingente maior para a mortalidade foi, como sempre, fornecido pelas idades extremas da vida, e que as moléstias que mais concorrerão para a mortalidade nos adultos foram as lesões organicas do coração e as cerebraes de varios, diz o Mt. Santos

Simão, ser nestas incluídas os 16 casos de morte súbita que figurão no obituario.

É admiravel a mortalidade das criancas de 1 a 2 annos, julgando poder affirmar aquelle facultativo que muitas dellas succumbem a molestias devidas á má alimentação a que mãis ignorantes sujeitam seus filhos desde os primeiros meses de vida.

Mapa da mortalidade do Município da Lapa durante o anno de 1879.

Causas de morte.			
Lesões org. do coração — 19	Glycosuria — 1		
Affecções pulm. agudas — 8	Homicidio — 2		
Croup — 2	Hepatite — 1		
Coqueluche — 1	Mortes súbitas — 16		
Aneurysma da aorta — 1	Mordedura cobra — 2		
Amolecim ^{to} cerebral — 3	Cancro do seio — 1		
Tuberculot pulmonar — 2	Não especificadas — 107		
Idades. } Sexos	Nacionalid. } Condição		
De 1 dia a 1 anno — 68	Masc. — 75	Nacionais — 164	Libres — 157
De 1 a 2 annos — 9	Femem. — 91	Estrangeiros — 2	Escravos — 7
De 2 a 7 " — 18			Ingannos — 8
De 7 a 15 " — 6			
De 15 a 25 " — 12			
De 25 a 50 " — 19			
De 50 a 70 " — 23			
De 70 a 100 " — 11			

Comparando o presente quadro com o seguinte

Livres.		Ingenuos.		Escravos.		Total						
Homens.	Mulheres.	Hom.	Mulh.	Hom.	Mulh.							
adultos menores	adultos menores	adultos menores	adultos menores	adultos menores	adultos menores							
22	44	19	26	...	2	...	4	2	...	1	...	123.

que representa a estatística obituarial do mesmo município no primeiro semestre do anno anterior, não se pôde, com effeito, deixar de notar que em muito foi reduzida a mortalidade da Sapa no decurso de 1879.

~ Guaratuba ~

Em falta de dados relativos ao estado sanitario desta villa durante o anno que findou, apresentarei a posição que sobre o mesmo assumpto me foi tardiamente apresentada em 1878, e que não figura ainda nos Relatorios da Saude.

Lugar eminentemente paludoso não podia circular as febres especificas de representação...

papel no terreno da nosologia annual, sob as formas diversas de sua manifestação aguda. A euprelação clinica do impaludismo, em virtude das mesmas causas, é tambem grandemente observada, sobretudo na população dos sitios, a qual, sujeita á condições pecu-
^{semas} nas de alimentação, modus vivendi, e sem attenção aos preceitos da hygiene, em grande e maior escala. Concorre já para o quadro pathologico, já para o ^{exc}remento do algarismo obituario.

O quadro da mortalidade deste municipio, que passo apresentar, refere-se ao primeiro semestre de 1878

Causas de morte.																																			
Febre perniciosa.....	6	Colica nervosa.....	1																																
Febre typhoide.....	5	Pleuriz.....	2																																
Febre gastrica.....	4	Catarrho pulmonar.....	1																																
Febre inflammatoria.....	3	Apoplexia.....	2																																
Retençao de urina.....	1	Febre biliosa.....	1																																
Hyperstrophia do bexiga.....	1	Tetano recente.....	2																																
Hyphacia p. submerito.....	1	Denticçao.....	1																																
Tisica pulmonar.....	2	Convulsões.....	2																																
Intermittentes.....	3	Não especificadas.....	2																																
Peritonite.....	1																																		
<table border="1"> <tr> <td>De 1 dia a 1 anno.....</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>De 1 a 10 annos.....</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>De 10 a 20.....</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>De 20 a 40.....</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>De 40 a 60.....</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>De 60 em s.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexos.</td> </tr> <tr> <td>Mascul.....</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>Femen.....</td> <td>21</td> </tr> </table>		De 1 dia a 1 anno.....	9	De 1 a 10 annos.....	15	De 10 a 20.....	6	De 20 a 40.....	5	De 40 a 60.....	4	De 60 em s.....	3	Sexos.		Mascul.....	21	Femen.....	21	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Nacionalid.</td> </tr> <tr> <td>Nac.....</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Estrang.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Condição.</td> </tr> <tr> <td>Livres.....</td> <td>40</td> </tr> <tr> <td>Ingenuos.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Eberratos.....</td> <td>0</td> </tr> </table>		Nacionalid.		Nac.....	40	Estrang.....	2	Condição.		Livres.....	40	Ingenuos.....	2	Eberratos.....	0
De 1 dia a 1 anno.....	9																																		
De 1 a 10 annos.....	15																																		
De 10 a 20.....	6																																		
De 20 a 40.....	5																																		
De 40 a 60.....	4																																		
De 60 em s.....	3																																		
Sexos.																																			
Mascul.....	21																																		
Femen.....	21																																		
Nacionalid.																																			
Nac.....	40																																		
Estrang.....	2																																		
Condição.																																			
Livres.....	40																																		
Ingenuos.....	2																																		
Eberratos.....	0																																		

Castro.

Referem-se tambem ao anno de 1878 as inform^{ções} recebidas acerca do estado sanitario da Cida^{de} de Castro. Localidade reconhecidamente ^{SAU} davel, apenas, como nos annos anteriores, se ma^{MANI}ifestarão as enfermidades costumeiras, sobresa^{INDO} as affecções catarrhaes, intermitentes benignas, e alguns casos de febres, com caracter typhico, fa^{ISUL}mente combatidas.

Epidemia alguma se manifestou nesse a^{ANNO} assim como não consta que houvesse perturbaç^{ção} sanitaria durante o anno 1879.

A mortalidade do lugar no decurso de ¹⁸⁷⁸ pôde assim ser resumida:

Numero de obitos 114

des quaes:

Estrangeiros	44	}	De 1 dia a 1 anno 35
Nacionais	107		De 10 a 10 annos 10
Livres	105		De 10 a 20 08
Ingenuos	1		De 20 a 40 24
Escravos	5		De 40 a 50 35
"	5		De 50 a 100 5

Va carencia dos dados informativos que sollicitei,
 e-me impossibilitado de dar noticia de outros
 pontos, tornando-se assim deficiente este trabalho
 que deitaria apresentar completo: á despeito por um
 a falta, pelo silencio, como já disse, guardado pe-
 autoridades á que me dirigi, é de presumir que
 houvesse alteração no estado sanitario das outras
 localidades da provincia.

Tenho satisfeito o que por V. Exa me foi ordenado.

D. J. de V. Exa.

anaquã 10 de Janeiro de 1880.



Como Senor Dr. Manuel Pinto de Souza Nantas Filho
 N. Presidente da Provincia.

Inspector de Saude.
 Dr. Leocadio José Corrêa.

ANEXO 3

DENOMINAÇÕES DA FEBRE AMARELA

Synonymos devidos ao logar de origem

Molestia do Sião, mal do Sião ou febre do sião.

— Estes nomes provieram de terem alguns historiadores attribuido a epidemia de 1693 nas Antilhas á que reinava no Sião, quando sahira d'alli o navio— *Oriſtamme* — que a importara, pois coincidio com a sua chegada a manifestação do mal no porto.

Este facto que Labat narra igualmente, dizendo que do Sião o dito navio tocara, por arribada, no Brazil, onde reinava a molestia, é contestado e contestavel; porque a Bicha devastara o Norte do Brazil em 1686 a 1688, e não em 1693, época em que lá esteve o *Oriſtamme*.

Enganam-se os que julgam que, pelo facto do Dr. José Pereira da Rosa escrever em 1694 seu «Tratado sobre a Constituição pestilencial de Pernambuco», a epidemia a que se refere tivesse reinado no mesmo anno: ella foi a mesma do que se occupa Rocha Pitta. E, como contraprova de que não proveio do Brazil, lembramos que outros conspicuos escriptores narram *ter havido na Martinica, no mesmo anno de 1689, uma epidemia importada e entretida por varios navios procedentes tambem do Sião, e que não haviam tocado no Brazil, como o Oriſtamme.*

Febre de Bulama.—E' o nome que dizem ter sido por Chisholm dado á febre amarella que apparecera na ilha de Granada em 1793, depois da chegada do navio *Hanky*, procedente de Bulama, onde reinava a dita febre.

Molestia das Antilhas, mal das Antilhas, molestia do paiz ou mal do paiz.— Foi assim chamado o vomito negro, por ser considerado como endemico n'aquellas illas.

Febre d'America, typho americano, typho da America, febre amarella da America.— Foram dados estes nomes pelos historiadores e medicos, por attribuirem, de um modo vago, ao Novo Continente a origem da molestia, e para *distingull-a da febre amarella do Sião, que foi por certos autores considerada differente da outro, cujo estudo estamos aqui fazendo.* (1).

Febre de Livorno, dos italianos, ou febre de Liorne.
 Proveio de ter assolado aquella cidade da Italia.

Synonymos provenientes de algum dos symptomas predominantes

Febre amarella.— E' o nome universalmente acellto, e proveio da *côr amarella* das conjunctivas e pelle dos doentes desta molestia.

Vomito negro, vomito preto.— Por causa da *côr preta* dos vomitos. Os hespanhóes muitas vezes dizem simplesmente — *El vomito*.

Coup de barre.— E' o nome que os colonos francezes das Antilhas deram, por causa das dores contusivas lombures que atormentam aos doentes desta molestia.

Typho icteroido (de Sauvages), **typhus amarello** (de Rochoux), **ou typho amarello.** — Provieram estes synonymos dos symptomas typhoides e da *côr icterica* dos doentes da febre amarella.

Calentura amarilla.— E' o nome dado pelos hespanhóes de algumas colonias ás febres remittentes biliosas, e, por semelhança com estas, á febre amarella.

Febre adeno-nervosa. — E' por alguns autores dado como synonymo da febre amarella, impropriamente, porque Pinel o deu á Peste do Oriente.

Febre gastrica.— E' outro synonymo tambem improprio, devido aos vomitos mais ou menos constantes e energicos.

Febre gastrica biliosa.— Teve a mesma origem que a precedente; sendo porém mais explicita, por causa do symptoma predominante.

Febre maligna remittente biliosa (de Rush).— Assim chamada pela natureza da febre e por seu gráo de gravidade, henf como pela *côr amarella* dos tegumentos.

(1) Acha-se em algumas Memorias e theses tambem como synonymo da febre amarella — *febre do Brazil*, nome que fora dado, não propositalmente por desallectos do Brazil, com o fim de afugentar a immigração, como fez notar o Professor Torres Homem, mas foi mencionado por Bailly, que disse apenas ter mais razão de ser assim denominada, do que *Mal do Sião*, porque o navio *Oriflamme* tinha tocado no Brazil; facto que acabamos de combater.

O Sr. Dr. Granizo Ramirez, distincto medico hespanhol, não analysando, nem tendo elementos talvez para apreciar a proposição por Bailly escripta, relativamente ao *Oriflamme*, concordou que o nome *febre do Brazil* era realmente mais apropriado naquelle caso do que o de *Febre de Sião*.

Synonymos devidos tanto aos symptomas como ao logar da origem

Febre ataxo-adynamica da America.— Por causa da ataxia e da adynamia que ás vezes se apresentam, e por ser de origem americana.

Febre maligna biliosa da America.— Nome tirado da perniciosidade da febre, e da bilis diffundida pelos tegumentos, e vomitada, e por ser americana.

Febre continua putrida da Carolina.— Idem, e além disto porque tem sido observada nesta ilha.

Febre continua putrida de S. Domingos.— Idem, e por ter sido observada na ilha de S. Domingos.

Febre continua putrida das Barbadas.— Idem, nas ilhas Barbadas.

Febre putrida biliosa (de Hilary). Pela gravidade dos symptomas que dizem ter analogia com os da chamada febre putrida, e pela côr amarella da pelle.

Typho dos tropicos.— Pela semelhança de muitos de seus symptomas com os do typho, e por ser propria dos climas inter-tropicaes.

Synonymos devidos á preferencia para certas classes e profissões

Febre marinheira, fievre matelotte, dos colonos francezes.— Porque attaca de preferencia os homens do mar.

Typho nautico (de Audouard), **molestia ou mal dos marinheiros.**— Idem.

Typho dos negros.— Foi dado por considerarem-na originaria da costa d'Africa e parecer-se ao typho.

Gastrite dos inacclimados.— Rochoux deu este nome, por causa da febre e vomitos, e da preferencia com que attaca as pessôas não acclimadas.

Synonymia tirada do caracter epidemico e da gravidade do mal

Febre pestilencial ou pestilento (de Oviado e Herrera).— Por causa de sua natureza epidemica, e da gravidade dos symptomas.

Febre maligna pestilencial.— Por causa da malignidade, e pelo caracter epidemico.

Peste.— E' o nome que, erradamente, o vulgo dá a qualquer molestia epidemica, em cujo numero está a febre que estudamos.

Febre nova.— Foi o nome dado pelos primitivos colonos das Barbadas, pouco depois de sua conquista pelos Inglezes.

Synonymia proveniente da semelhança com certas molestias descritas
pelos antigos

Febre ardente biliosa (de Town).— Por ser considerada como a febre ardente dos antigos, porém de fôrma biliosa.

Causus.— E' o nome dado por Hippocrates a uma gastrite intensa com febre forte, vomitos biliosos, e propria dos climas quentes; d'ahi o suppor-se a febre amarella.

Elodes ieterodes.— Vogel assim a denominou, por suppor-a semelhante ao *Elodes* dos antigos.

Causus endemico dos tropicos (de Mosely).— Por ter sido considerada como o *Causus* grego; e para distinguil-a daquelle, deram os qualificativos *endemico* e dos *tropicos*.

Clapotomado.— E' o nome vulgar francez de uma molestia antiga, caracterisada por vomitos e delirio furioso, que alguns pretendem, pela descripção, ser a febre amarella.

Syncho ieteroide ou synocha ieteroide (de Currie).— O nome *syncho*, que vem do grego, e quer dizer continua, era por Galeno e outros dado ás febres continuas inflammatorias, e de preferencia á febre adynamica; sendo pela descripção tambem julgada como a febre amarella; o qualificativo ieteroide provem da amarellidão da pelle.

Triteophia da America.— O nome *Triteophia* é de origem grega, e significa de 3 em 3 dias; foi dado pelos antigos a uma febre muito semelhante á intermitente terçã, da qual differe, por não apresentar periodos de frio, de calor e diaphorése successivos e distinctos.

Este nome foi imprpropriamente dado á febre amarella, por causa do periodo inicial, em que ha frios etc.

Molestia da Estação.— Porque esta costuma apparecer no Verão.

Febre de acclimação.— E' o nome que alguns pathologistas antigos deram, e alguns modernos tambem dão á fôrma benigna da febre amarella, que attaca os individuos não acclimados, e é de ordinario sem perigo.

Americiôse, de Bally.— Por ser molestia especial da America.

Febre amarella do littoral.— E' nome dado, por alguns escriptores inglezes á febre amarella legitima, para distinguil-a da que apparece longo do mar.

Febre palustre do littoral.— Nome encontrado em alguns trabalhos inglezes não classicos, e que não é geralmente aceito.

Bicha.— Foi o nome vulgar dado em Pernambuco a uma epidemia que reinou no XVII^o seculo, e que a muitos parece ter sido a febre amarella.

ANEXO 4

Formas da febre amarella

A febre amarella, como quasi todas as molestias, tem fórmulas clinicas diversas, conforme o predominio de um, ou de mais symptomas sobre os outros. So apenas um symptoma parece dominar o quadro morbido, temos uma *fôrma simples*; se entretanto mais de um se torna saliente, temos as *fôrmas mixtas*.

Comprende-se que os autores tenham multiplicado o numero de fórmulas, e que alguns mesmo tenham abusado.

Ha causas diversas que podem imprimir um cunho especial á pyrexia que estudamos; taes como — influencias meteorologicas, epidemias reinantes, etc., além de outras puramente Individuaes: alguns ainda crearão fórmulas baseadas nestas.

Em resumo, encontramos no livro do Professor Freire um quadro das fórmulas da febre amarella observadas e accitas por varios autores e que demonstra o que desejamos.

Quadro das fórmulas da febre amarella observadas por diversos auctores

CUBA Na Gorea	HELLOX Em Havana	HEL No Senegal	LYON (BOUILLON) Em Lisboa	CRUVEILLER	CORNILLAC	BER. VERLICH
Agitante. Adynamica.	Gastrica. Entero - hepato - gastrica. Meningo-cerebro-gastrica.	Cerebral. Adynamica. Gastrica.	Algida. Estonica. Hemorrhagica. Purpura. Typhica.	Congestiva ou apyretica. Adynamica. Typhoide. Gastrica. Alaxica. Hemorrhagica.	Gastrica. Adynamica. Congestiva ou supurativa. Algida ou choleroido. Mareca. Typhoide.	Gastrica. Adynamica. Congestiva. Typhoide. Hypocatholica. Gangrenosa. Choleroido. Hydrophobica

Entre nós em cada epidemia parece haver o predomínio de uma ou de algumas sobre as outras fórmulas.

A maioria dos observadores e praticos brasileiros parece estar de accordo em admitir as seguintes fórmulas :

Congestiva, como a predominante e mais constante ;

Hemorrhagica, que parece ser a mesma congestiva com aggravação dos symptomas, havendo hemateméses, epistaxis e outras hemorrhagias.

A fórmula *typhica*, que servio para que se denominasse a febre amarella — *typhus icteroides*.

Algida, que, embóra mais rara, se tem observado muitas vezes: ha nella contraste entre a temperatura periphérica e a interna.

Ataxo-adynamica, que é muito frequente e na qual os symptomas nervosos predominam.

Quanto á fórmula *siderante*, tem sido observada algumas vezes, e se caracteriza por sua marcha muito rapida ou fulminante.

A fórmula *urémica* tão bem descripta pelo Dr. J. M. Teixeira, hoje digno Professor desta Faculdade, e que preferimos denominar antes fórmula *anurica*, tem sido observada com muita frequencia em algumas epidemias entre nós; sendo menos commum, ou mesmo rara, em outras: na epidemia de 1883 ella foi muito commum.

Outras fórmulas ainda têm sido descriptas, entretanto nos parece não dever mencional-as aqui; porque os autores em geral as não admittem; demais, sendo nosso ponto de Pathologia e não de Clinica, nos limitamos a esta rapida enumeração do que é acceto.

ANEXO 5

EDITAL

A Camara Municipal desta Cidade de Paranaguá, forçada pelas circumstancias epidemicas da occasião, de conformidade com o art. 14 das posturas municipaes e de accordo com o Dr. Inspector de Saude: reunida hoje em sessão extraordinária

Resolve:

- 1º Prohibir a criação e conservação de porcos nos quintaes das casas dentro do quadro urbano, e bem assim estrebarias de gado vacum e cavallar.
- 2º Prohibir a conservação de latrinas nas casas e quintaes, a menos que não estejam hermeticamente fechadas.
- 3º Prohibir lançar nas ruas, pateos, sahidas para o campo, areas, e quintaes; despejo, lixo, materias deleterias ou qualquer outro objecto contra o aceio e salubridade publica.
- 4º Prohibir conservar-se nos quintaes, aguas estagnadas, infectas, corpos solidos ou soluveis, que encomodem, ou disso possa produzir mal.
- 5º Prohibir expor a venda e vender, generos liquidos ou seccos damnificados ou falsificados, e fructas não sazoadas.
- 6º Prohibir que o despejo das materias fecaes se faça antes das 10 horas da noite, em vasilhas não fechadas hermeticamente, e em outro lugar que não seja o mar - da rua Sete de Setembro para o lado do Arsenal.
- 7º Ordenar que as embarcações que aportarem nesta cidade vindas de portos infectados, de bordo de vapores ou outras embarcações de tal procedencia, tragão á seo bordo desinfectantes por onde devem passar a bagagem dos passageiros, e qualquer carga.
- 8º Ordenar também que, logo que seja concluido o esquartejamento das rezes, porcos, ou carneiros no matadouro, o seu dono fará immediatamente enterrar o sangue, e mais residuos.
- 9º Deliberar também pagar os medicamentos as pessoas affectadas da epidemia da febre amarella, sendo ellas pertencentes á classe menos abastada da sociedade, uma vez que na receita haja nota do medico assistente em que declare essa qualidade.
- 10º O fiscal da camara, e o Guarda Antonio Rodrigues da Costa, serão os executores das deliberações tomadas pela Câmara.
- 11º A camara municipal em vista dos arts. 14, 133 e mais disposições, convidará ao Dr. Inspector de Saude, ao Subdelegado de Policia e peritos, para á visita que procederão nas casas de negocio, quintaes e outros lugares, aonde farão impor a multa de 30\$000 ao infractor destas deliberações de accordo com o mesmo art. 14 citado.
- 12º Convida-se também aos habitantes deste municipio a mandar caiar interna e externamente as suas casas, a trazel-as perfeitamente asseadas - os quintaes varridos, uzando de desinfectantes.

Paço da Camara Municipal de Paranaguá, em sessão extraordinaria
aos 19 de Março de 1878. Eu Evaristo José Cardenas Secretario
da Camara Municipal que o escrevi e assigno.

Manoel Ricardo Carneiro
Presidente

Dr. Leocadio José Corrêa.	Manoel Bernardo Pereira.
Joaquim Marianno Ferreira.	Manoel Lobo de Andrade.
Prescilliano da Silva Corrêa.	João Caetano de Souza.
Antonio Luiz Bittencourt.	Francisco José de Oliveira.
Evaristo José Cardenas. Secretario.	

ANEXO 6

PALÁCIO DA PRESIDENCIA DA PROVINCIA DO PARA, NA CIDADE DE BELEM,
30 DE NOVEMBRO DE 1855

Illm. e Exm. Sr.:

Tendo se applicado nesta provincia, com proveito, o sumo do limão, no tratamento das pessoas affectadas da molestia reinante, apresso-me em dar disso conhecimento a V. Ex., enviando-lhe no impresso junto o officio que a semelhante respeito me dirigio o presidente da commissão do hygiene publica. Deos guarde a V. Ex. Illm. e Exm. Sr. Presidente da provincia do Paraná.— *Sebastião do Rego Barros.*

Illm. e Exm. Sr.—Desejava não tomar o tempo precioso, que V. Ex. tão cuidadosamente emprega em promover a prosperidade desta bella provincia, confiada pelo governo do S. M. o Imperador ao seu zelo e illustração.

Mas o objecto de que me vou occupar é por tal forma importante e sério, affecta tão vitalmente o progresso deste imperio e os interesses da humanidade, que certamente incorreria na mais grave censura, em qualquer outra occasião, momentê na actual, se me demorasse em communicar a V. Ex. a noticia, que tenho a honra de fazer chegar ao seu elevado conhecimento, além de que V. Ex., auxiliando-me, se digne dar-lhe toda a publicidade possível, tanto pelas provincias, que estão sendo o theatro dos horrores da epidemia, que nos tem devastado, como por todas as outras que felizmente ainda não gemem sob o rigor de semelhante flagello.

Confiado nas virtudes civicas de V. Ex., e não menos nos sublimes dotes de philantropia que ornão o seu bemfazejo coração, animo-me a esperar de V. Ex. a acceitação deste favor.

Exm. Sr., quando se percorre a vista pela extensa profusão de medicamentos, de que tem lançado mão os homens da sciencia desde remotos tempos por diversas partes do orbe para combater a medonha molestia denominada—cholera-morbus, que por demais tem alligido a misera humanidade, e tantas vidas tem roubado a este mundo, acode logo ao pensamento a fallibilidade de cada um delles!

É esta fallibilidade dos meios aconselhados para a debellar necessariamente procede da obscuridade que até hoje tem reinado sobre a natureza de semelhante enfermidade!

Não sei se estará ainda longe a época de se rasgar o véo, que tem encoberto este ponto da sciencia; mas é certo, que um novo facto hoje se levanta, o qual assaz pôde guiar a medicina para esse descobrimento.

É quando mesmo ainda seja vedado lá chegar-se com segurança e precisão, ao menos congratulome por se haver encontrado um agente medicinal, tirado da ordem dos pharmaceuticos, mais efficaz, e seguro do que todos até agora empregados para vencer a violencia do mal.

É a respeito deste agente que tenho de prender a attenção de V. Ex., e estimarei que V. Ex., usando da sua influencia como autoridade, haja de solicitar novos ensaios nos hospitaes, afim de se reconhecer e attestar a sua efficacia real. Eu, pelo meu lado, na minha clinica particular continuarei nesse empenho, e para o mesmo fim chamarei tambem a attenção dos meus collegas das provincias e d'outras partes, aos quaes vou dirigir-me.

Tavendo regressado a esta capital no dia 16 do corrente mez o Exm. Sr. D. José Affonso de Moraes Torres, dignissimo bispo desta diocese, de volta da sua viagem ao Amazonas, para onde em o mez anterior havia partido com o louvavel proposito de vizitar algumas freguezias da sua jurisdicção, tive o praser d'ouvir da sua propria boca no dia 16, em que me concedeu a honra de receber uma vizita minha, que a mortalidade occasionada pelo cholera no municipio de Villa-Franca, fôra *diminutissima*, e que esse feliz resultado era devido, segundo se dizia, ao uso que ali se havia feito do *sumo do limão* tomado internamente para atacar semelhante doença.

Esta noticia foi transmittida a S. Ex. Revm. pelo Sr. João Francisco Regis Baptista, morador daquelle districto da provincia, o qual conversando com S. Ex. Revm. lhe contara, que em um dia indo uns pobres indios pescadores em sua montaria para o lago de Villa-Franca com o fim de pescarem, aconteceu que um delles fosse atacado fulminantemente do cholera, a ponto de cair n'agua.

Sendo logo recolhido para bordo da pequena canôa pelos seus compauheiros, e conduzido para terra, cuidarão estes em soccorrel-o, como poderão em tão remotas e inhospitas paragens. Não possuindo porem remedios alguns recommendados como proprios para resistir a doença, e não sabendo como valer em tão apuradas circumstancias ao seu semelhante gravemente enfermo, lembrou-se um delles, talvez inspirado pela GRAÇA CELESTE, de buscar no fundo da montaria alguns limões, que ali levávão para seu gasto, de os espremer, e de dar a beber o sumo ao paciente. Repetirão isto por algumas vezes mais no mesmo dia.

Mas qual não foi o espanto desses homens semi-selvagens ao verem o seu companheiro reanimar-se, fallar, assentar-se, e finalmente ficar curado sem outro algum soccorro mais!?

Logo depois adoeccerão os outros indios; foi o remedio o mesmo; e sempre o mesmo o resultado!

Espalhou-se a nova da preciosa descoberta; correu de boca em boca a noticia; e todos quantos adoeccerão por aquellas bandas usarão do mesmo remedio, e todos sararão!!

Oh! Providencia Divina, quanto sois misericordiosa! Como velaes pela sorte das vossas fracas creaturas!

Impressionado, pois, Exm. Sr., por esta ex

traordinaria revelação, proferida com enthusiasmo por um Ungido do SENHOR, seguramente por Elle escolhido para ensinar ás suas ovelhas o remedio mais capaz de exterminar o mal, que as tem devorado, e que muito poderá ainda continuar a affligir e devastar o resto do nascente imperio de Santa-Cruz; assim animado pelas persuasivas palavras do venerando prelado para experimentar em alguns doentes do cholera este tão simples remedio, protestei, de que nenhuma duvida poria em ensaiar-o na primeira occasião, que se me offerecesse.

Com effeito, nesse mesmo dia o empreguei em um rapazinho de tres annos, accommettido de vomitos, diarrhéa, muita sede, o grande anxiedade. Colhi vantajoso resultado, e no seguinte dia concebi mais fô pelo remedio. Foi pois uma innocente criança o objecto da primeira experiencia. Deus a protegeo, e ella hoje está perfeitamente salva!!!

Novos successos se seguirão, e portanto maior confiança fui concebendo a favor do remedio, que a Providencia havia mostrado, e que a medicina no cadinho da observação folgava de reconhecer como bom e favoravel para a misera humanidade.

Nestes poucos dias, desde então até hontem, tenho tratado trinta cholericos em diversos grãos por meio do *sumo do limão*, auxiliado em certas circumstancias por alguns outros meios therapeuticos, e todos, menos um, tem sido curados, cujos nomes e observações V. Ex. poderá encontrar em a relação junta

— Não é de todo novo. Fym Sr., este recurso medico. Já em 1832 foi elle empregado em Pariz pelo chimico Cavaillon, e recommendado em o jornal de chimica medica como excellente para debellar os vomitos dos cholericos, cuja publicação envio por copia a V. Ex.

Tambem naquella época o celebre professor Sérres na mesma capital prescrevia no periodo do collapso as limonadas citricas concentradas com optimo resultado.

Não sei pois a razão porque não forão continuadas essas prescripções, chegando mesmo a terem cahido em esquecimento. Convem portanto agora estudar com mais attenção este meio therapeutico, que em minha opinião é valioso, e muito poderoso para combater o *cholera-morbus*, não direi sempre só sem o concurso d'alguns outros auxiliares therapeuticos, taes como sinapismos, clysteres, emissões sanguineas locais ou geraes, e internamente os calmantes ou anodynos combinados com substancias mucilaginosas ou gommosas, mas ás vezes com a coadjuvação d'algumas destas indicações.

No entanto nestes trinta casos uma só vez me vi obrigado a prescrever a sangria geral, tres vezes as sanguesugas no epigastrio, doze vezes o cozimento de gomma-arabica (uma libra) com o elixir paregorico-americano (uma oitava) e o xarope de cato (uma onça), e nenhuma vez os sinapismos e os clysteres.

Talvez mesmo em alguns destes casos tivesse sido possivel di-pensar semelhantes coadjuvantes,

sendo os doentes medicados apenas com o *sumo do limão*; mas não era prudente arriscar em taes experiencias a vida dos nossos semelhantes, e por isso procurei sempre seguir caminho mais seguro, e livre de responsabilidade. Logo mais para o diante se indagará melhor, se o *sumo do limão* só de per si será bastante na grande maioria dos casos para destruir os effeitos e symptomas de tão terrivel enfermidade.

Tenho empregado o *sumo do limão* na dose de uma colher (das de sopa) de meia em meia hora na *cholera leve*, na *cholera grave*, no *cholera confirmado*, e no *cholera algido*.

Por via de regra os vomitos, a diarrhéa, a sede, e a anxiedade terminão completamente á 5.^a, 6.^a, 7.^a ou 8.^a colherada. A sede devoradora, que atormenta os cholericos, desaparece como por encanto, restando apenas alguma seccura. Manifesta-se sempre uma pequena reacção febril, acompanhada de diaphorese lenta geral, fastio, ligeiro abatimento, e por ultimo grande evacuação d'urinas.

Prohibo absolutamente a agua e os caldos, e ordeno, que cubrão bem os doentes com cobertores. Faculto algumas pequenas sôpas, logo que a reacção tem terminado, e que a convalescença vae começar.

Em poucos dias os doentes restabelecem-se, e procurão as suas occupações habituaes.

Tambem appliquei o mesmo remedio em um doente no ultimo periodo do grão algido sem proveito algum; o doente falleceu tres horas depois que o vi; foi uma tentativa desesperada, da qual não podia colher senão máo resultado; e assim aconteceu.

Consta-me que muitas pessoas, indêpendentemente de conselho de medicos, fizerão uso na semana, que acaba de findar, deste remedio, e que obtiverão bons successos. D'algumas me informei, e sube com satisfação, que era exacto o que se contava.

Igualmente me informou o Sr. cirurgião-mór reformado Manoel Monteiro de Azevedo, que em uma tapuia, já idosa, atacada do cholera bem caracterisado, empregara o dito remedio só, sem socorro d'algum outro medicamento, e que havia alcançado feliz resultado, salvando a doente dentro de tres dias.

Com quanto o emprego deste agente medicinal contra o cholera não seja novo, todavia estava desprezado, e d'elle ninguem fallava. Devo notar, que nunca foi empregado *puro*, senão para combater os vomitos, como V. Ex. poderá ler no artigo do chimico Cavaillon. Tambem o distincto professor Sérres somente o empregava no periodo do collapso e isso mesmo era em limonadas saturadas, e nunca o *sumo puro*.

Não succede pois agora assim.

Eu o emprego *puro* em todos os grãos do cholera, mesmo no periodo algido, pela maneira que acima já tenho declarado, o que constitue um systema novo de tratamento para esta tremenda doença.

Para mim estão proscriptos o coagnac, agua-ar-dente, a genebra, a caxaca, o puxiri, e outros estimulantes até agora usados no acommettimento ou prelude do cholera; bastão algumas colheradas do *sumo do limão* para todos os symptomas desaparecerem.

Proseguirei em ultteriores observações e estudos sobre este importante ponto. No entanto conto merecer de V. Ex. todo o apoio na publicação destes factos assaz expressivos, além de que novas perscrutações clinicas possam ser feitas por outros praticos mais habéis do que eu, das quaes a sciencia medica venha a colher fructos mais aproveitaveis.

Digne-se V. Ex. proporcionar-me occasiões de lhe patentear a minha sincera estima e consideração.

Deus guarde a V. Ex. Pará, 27 de novembro de 1853. — Illm o Exm. Sr. conselheiro Sebastião do Rego Barros, dignissimo presidente desta provincia. — Dr. *Francisco da Silva Castro*, presidente da commissão d'hygiene publica.

RELAÇÃO DOS DOENTES TRATADOS POR MEIO DO—SUMO DO LIMÃO.

- Leopoldino, mulato, livre, 3 annos, filho da casua Custodia, rua de Santo Antonio—cholera, 4 colheres do *sumo do limão*. Curado em 3 dias.
- Maria Antonia, tapuia, 40 annos, rua de Sto. Antonio—cholera algido, 12 sanguessugas no epigastrio, cosimento de gomma arabica com elixir paregorico e xarope de cato de 3 em 3 horas, e nos intervallos *sumo do limão* de meia em meia hora. Curada em 7 dias.
- Lucia, preta, livre, 40 annos, rua de Sto. Antonio—cholera algido, muitos vomitos, e diarrhéa, soluços, o mesmo cosimento e nos intervallos *sumo de limão*. Curada em 7 dias.
- Guilherme, preto, escravo do Sr. Antonio Carlos de Paiva, 20 annos, rua de Sto. Antonio—cholera, *sumo* 5 vezes. Curada em 2 dias.
- Theofila, mulata, escrava de Joaquim da Silva Castro—cholera, o mesmo tratamento deste ultimo. Curada em 2 dias.
- Marciana Maria da Conceição, preta livre, 68 annos, rua Formosa—cholera rebelde a outros tratamentos já empregados, 8 colheradas do *sumo do limão*. Curada em 3 dias.
- Antonio da Costa Neves, branco, negociante, 32 annos, rua dos Mercadores—cholera, o dito cosimento e nos intervallos *sumo do limão*. Curado em 2 dias.
- Rita, escrava de Geraldo Antonio Alves, 25 annos, travessa do Passinho—cholera, *sumo* somente. Curada em 2 dias.
- Anna, preta, escrava do major Severino Antonio Cordeiro, 34 annos, largo de Palacio—cholera algido adiantado, *sumo do limão*. Curada em 7 dias.
- J. Joaquina, branca, filha do dito major, 10 annos—cholera, pela 4.^a vez, *sumo* somente. Curada em 2 dias.
- Fernando, branco, marinheiro da barca Paraense, 26 annos—cholera confirmado, cosimento de gomma arabica com elixir, &c., e nos intervallos *sumo do limão*, 12 sanguessugas no epigastrio. Curado em 6 dias.
- Domingos, Joaquim e Manoel, brancos, todos marinheiros da barca Paraense—cholera grave, o dito cosimento e o *sumo do limão* nos intervallos. Curados em 3 dias.
- Fortunato Alves de Sousa, branco, negociante, 30 annos, rua dos Mercadores—cholera sangui-nolenta, vinte e tantas dejecções em 8 horas, *sumo do limão* somente, depois limonadas citricas. Curado em 4 dias.
- Joaquim, filho de Maria Fructuosa da Silva, 9 annos, rua do Açougue—cholera algido adiantado, hematemese, *sumo do limão*, sobreveio reacção moderada no fim de 24 horas, alguma seccura, cozimento emoliente com nitrato de potassa, abuso da diéta, symptomas de congestão cerebral. Morte poucas horas depois.
- João, filho da mesma, 7 annos—cholera, *sumo puro*. Curado em 2 dias.
- Joaquim, enteado do sr. Silvestre Tenreiro Aranha, branco, 11 annos, rua de Santo Antonio—cholera grave, *sumo do limão* somente. Curado em 3 dias.
- Thereza de Jesus, preta livre, 45 annos, travessa dos Mirandas—cholera grave, *sumo do limão* e cozimento de gomma-arabica com o elixir. Curada em 3 dias.
- Maria dos Prazeres, mameluca, livre, 20 annos, rua Formosa—cholera, *sumo do limão*. Curada em 3 dias.
- Manoel, irmão da dita, 12 annos—cholera grave *sumo do limão*, o mesmo cozimento. Curado em tres dias.
- Luiz Antonio das Neves, branco, encarregado da barca da alfandega, 22 annos—cholera grave, *sumo do limão* somente. Curado em 3 dias.
- Jorge, preto, escravo do sr. Custodio José dos Santos, 20 annos, rua de Santo Antonio—cholera confirmado, *sumo do limão*, o mesmo cozimento, caimbras fortes, muita anxiedade, sangria geral de dez onças, reacção moderada. Curado em 5 dias.
- Francisco, filho do sr. Fiuza, 6 annos, branco, rua nova de Sant'Anna—cholera grave, *sumo do limão* e o mesmo cozimento. Curado em quatro dias.
- Anna, mulata, escrava do mesmo sr., 8 annos—cholera grave, o mesmo tratamento. Curada em 4 dias.
- D. Rosa, branca, casada com o sr. Vidinha, 16 annos—cholera grave, *sumo do limão*, doze sanguessugas no epigastrio. Curada em quatro dias.
- Izidora, mulata, escrava do sr. Duarte José Rodrigues, rua Formosa—cholera, *sumo* somente, curada em 3 dias.
- Simão Archola, peruano, branco, 20 annos, rua

Formosa—cholerina, o mesmo tratamento. Curado em 2 dias.

Angela Maria, mulata livre, 15 annos, travessa da Piedade—cholerina, o mesmo tratamento. Curada em 3 dias.

Anna Joaquina, mulata livre, 38 annos, rua Formosa—cholerina, o mesmo tratamento. Curada em 2 dias.

Pará, 27 de novembro de 1855.

Dr. Francisco da Silva Castro.

MEDICINA.

TRATAMENTO DO CHOLERA.

Movido por um sentimento de humanidade tenho a honra de informar-vos, que em 1832, época em que, como hoje, o cholera affligia o nosso paiz com toda a violencia, pratiquei em minha familia, e aconselhei a alguns amigos como meio de curar os ataques do cholera o seguinte tratamento:

O emprego do negro animal, vulgarmente cha-

mado pó de marfim, em pó mui fino, e em clysteres na porção de duas colheres (das pequenas), que anda pouco mais ou menos por 10 grammas, ao que juntava 10 a 12 gottas de laudano.

Um ou dous destes clysteres tem sido sufficientes em todos os casos de ataques de cholera-morbus, os mais bem caracterisados para suspender a diarrhéa.

Se, porem, isto fallava, continuavão-se, e obtinha-se sempre bom resultado. Se appareção calmas usava de fricções feitas com o seguinte linimento:

Alcool camphorado	2 partes.
Éther sulfurico . . .	} ãã 1 parte.
Ammonia liquida . . .	

Bem misturados.

Para os vomitos empregava *sumo do limão* ás colheres de quarto em quarto d'hora: advirto porem, que estes meios devem ser empregados antes do ataque ter feito grandes progressos.

Os bons effeitos deste systema me obrigão a fazel-o publico. Paris, 10 de junho de 1849.

(Assignado) D. CAVAILLON, chymico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fontes Manuscritas

LIVROS diversos, 1853-1889. v.9, 11.

OFFICIOS: collecção da correspondência recebida pelos presidentes da Província do Paraná, 1853-1889. 719 v.

REQUERIMENTOS. collecção dos requerimentos dirigidos aos presidentes da Província do Paraná, 1853-1889. 163 v.

Fontes Impressas

ARAÚJO, G.J. **Febres perniciosas.** Bahia, Typ.dos Dous Mundos, 1875. Microfilme.

ARAÚJO, M.M.L. **Da vacinação e revaccinação.** Rio de Janeiro, Typ.Souza, 1874. 120 p.

BARROS, S.R. **Supplemento.** Belém, Palácio da Presidência do Pará, 30 nov.1855. 2 p.

BELMONTE, G.P.S. **Do diagnóstico e tratamento das moléstias paludosas.** Rio de Janeiro, Typ.Acadêmica, 1873. 149 p.

BRASIL. Leis, decretos, etc. **Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brazil.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1890.

CAMINHOÁ, J. **Febre amarella.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1886.

CURITIBA. Câmara Municipal de. Quarta sessão ordinária de 7 jun.1831, presidência do Senhor Guimaraens. **Boletim do Arquivo Municipal de Curitiba, 42:25, 1929.**

_____. Quarta sessão ordinária de 23 mar.1829. **Boletim do Arquivo Municipal de Curitiba, 42:54, 1929.**

_____. Sétima sessão ordinária de 20 abr.1831, presidência do Senhor Guimaraens. **Boletim do Arquivo Municipal de Curitiba, 42:13, 1929.**

DEZENOVE DE DEZEMBRO. Curityba, Typ.Lopes, 1854-1890.

- DOCUMENTOS interessantes: 1815-22. São Paulo, Typ.do Diário Oficial, 1902. 36 v.
- DÓRIA, J.M. **Natureza e tratamento da febre amarella.** Paranaguá, Typ.F.Simas, 1886. 36 p.
- MAFRA, N. **Febre amarella.** Rio de Janeiro, Typ.Quirino, 1872.
- NUNES, F.P.B. **Febre typhoide.** Rio de Janeiro, Typ.Universal de Laemmert, 1874. Microfilme.
- PARANÁ. Chefia de Polícia. **Relatório apresentado ao Excelentíssimo Senhor Doutor Manuel Pinto de Souza Dantas Filho presidente da Província do Paraná em 31 jan.1880 pelo juiz de direito Luiz Barreto Correa de Menezes chefe de polícia da mesma Província.** Curityba, Typ.Lopes, 1880. 64 p.
- _____. **Relatório apresentado ao Exm. Snr. Doutor Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes presidente da Província do Paraná pelo chefe de polícia da mesma Província Carlos Augusto de Carvalho em 20 fev.1879.** Curityba, Typ.Perseverança, 1879. 50 p.
- PARANÁ. Governo. 1854-1855 (Vasconcellos). **Relatório do presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 15 jul.1854.** Curityba, Typ.Lopes, 1854.100 p.
- _____. **Documentos a que se refere o relatório do presidente da Província do Paraná na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 15 jul.1854.** Curityba, Typ.Lopes, 1854. 17 p.
- _____. **Relatório do presidente da Província do Paraná o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 8 fev.1855.** Curityba, Typ.Lopes, 1855. 193 p.
- PARANÁ. Governo. 1854-1855 (Vasconcellos). **Exposição feita ao Exm. 2º vice-presidente da Província do Paraná Dr. Theophilo Ribeiro de Rezende pelo presidente o conselheiro Zacarias de Góes e Vasconcellos por ocasião de passar a administração da mesma Província no dia 1º de maio 1855.** Curityba, Typ.Lopes, 1855. 22 p.
- PARANÁ. Governo. 1855 (Rezende). **Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao vice-presidente Henrique de Beaurepaire Rohan pelo vice-presidente Theóphilo Ribeiro de Rezende por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província.** Curityba, Typ.Lopes, 1855. 54 p.
- PARANÁ. Governo. 1856 (Rohan). **Relatorio apresentado a Assembléa Legislativa Provincial do Paraná no dia 1º mar.1856 pelo vice-presidente em exercício Henrique de Beaurepaire Rohan.** Curityba, Typ.Lopes, 1856. 193 p.
- _____. **Documentos a que se refere o vice-presidente da Província do Paraná na abertura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 1º mar.1856.** Curityba, Typ.Lopes, 1856. n.p.

- PARANÁ. Governo. 1857 (Carvalhaes). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa da Província do Paraná no dia 7 jan. 1857 pelo vice-presidente José Antonio Vaz de Carvalhaes. Curityba, Typ.Lopes, 1857. 143. p.
- _____. Documentos. Curitiba, Typ.Lopes, 1857. n.p.
- PARANÁ. Governo. 1858-1859 (Mattos). Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 7 jan.1858. Curityba, Typ.Lopes, 1858. 75 p.
- _____. Relatório do presidente da Província do Paraná Francisco Liberato de Mattos na abertura da Assembléa Legislativa Provincial em 7 jan.1859. Curityba, Typ.Lopes, 1859. 42 p.
- _____. Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao vice-presidente Luiz Francisco da Camara Leal pelo presidente Francisco Liberato de Mattos por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província. Curityba, Typ.Lopes, 1859. 7 p.
- PARANÁ. Governo. 1859 (Leal). Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao presidente o Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor José Francisco Cardoso pelo vice-presidente Luiz Francisco da Camara Leal por ocasião de lhe entregar a administração da mesma Província. Curityba, Typ.Lopes, 1859. 20 p.
- PARANÁ. Governo. 1860 (Fonseca). Relatório apresentado ao Excellentíssimo Senhor vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão pelo Excellentíssimo ex-presidente Dr. Antonio Augusto da Fonseca por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Lopes, 1860. 32 p.
- PARANÁ. Governo. 1860-1861 (Cardoso). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa da Província do Paraná na abertura da 1ª sessão da 4ª legislatura pelo presidente José Francisco Cardoso no dia 1º mar.1860. Curityba, Typ.Lopes, 1860. 124 p.
- PARANÁ, Governo. 1869-1861 (Cardoso). Relatório que o Exm. Sr. Dr. José Francisco Cardoso apresentou ao Exm. Snr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Correio Official, 1861. 65 p.
- PARANÁ. Governo. 1861-1863 (Nogueira). Falla com que o Exm. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira installou a segunda sessão da quarta legislatura da Assembléa Provincial do Paraná. Curityba, Typ.Correio Official, 1861. 10 p.
- _____. Relatório apresentado a Assembléa Legislativa da Província do Paraná na abertura da primeira sessão da quinta legislatura pelo Exmo. Sr. Dr. Antonio Barbosa Gomes Nogueira no dia 15 fev.1862. Curityba, Typ.Correio Official, 1862. 99 p.

PARANÁ. Governo. 1861-1863 (Nogueira). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira na abertura da 2ª sessão da 5ª legislatura em 15 fev.1863. Curityba, Typ.Lopes, 1863. 112 p.

_____. Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao 2º vice-presidente coronel Manoel Antonio Ferreira pelo presidente Antonio Barbosa Gomes Nogueira por ocasião de lhe entregar a administração da mesma província. Curityba, Typ.Lopes, 1863. 10 p.

PARANÁ. Governo. 1864 (Carmo). Relatório com que o Exm. Sr. Dr. José Joaquim do Carmo passou a administração desta Província ao Exmo. Sr. Dr. André Augusto de Pádua Fleury no dia 18 nov.1864. Curityba, Typ.Lopes, 1864. 24 p.

PARANÁ. Governo. 1864 (Silva). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa da Província do Paraná pelo 1º vice-presidente Sebastião Gonçalves da Silva na abertura da 1ª sessão da 6ª legislatura em 21 fev.1864. Curityba, Typ.Lopes, 1864. 51 p.

PARANÁ. Governo. 1865 (Araújo). Relatório com que o Exm. Sr. vice-presidente da Província Dr. Manoel de Araújo passou a administração ao Exm. Sr. presidente Dr. André Augusto de Pádua Fleury no dia 19 ago.1865. Curityba, Typ.Lopes, 1865. 27 p.

PARANÁ. Governo. 1865-1866 (Fleury). Relatório com que o Exm. Sr. presidente da Província Dr. André Augusto de Pádua Fleury passou a administração ao Exm. Sr. vice-presidente Dr. Manoel Alves de Araújo no dia 4 jun.1865. Curityba, Typ.Lopes, 1865. 15 p.

_____. Relatório do presidente da Província do Paraná o Doutor André Augusto de Pádua Fleury na abertura da 2ª sessão da 7ª legislatura em 21 mar.1865. Curityba, Typ.Lopes, 1865. 66 p.

_____. Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial do do Paraná na primeira sessão da oitava legislatura a 15 fev.1866 pelo presidente André Augusto de Pádua Fleury. Curityba, Typ.Lopes, 1866. 62 p.

PARANÁ. Governo. 1866 (Leão). Relatório do Estado da Província do Paraná apresentado ao presidente o Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor Polidoro Cezar Burlamaque pelo vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão em 5 nov.1866. Curityba, Typ.Lopes, 1867. 21 p.

PARANÁ. Governo. 1867 (Abreu). Relatório que ao Exm. Sr. presidente da Província do Paraná bacharel José Feliciano Horta de Araújo apresentou o bacharel Carlos Augusto Ferraz de Abreu por ocasião de passar-lhe a administração da mesma província. Curityba, Typ.Lopes, 1867. 15 p.

PARANÁ. Governo. 1867 (Burlamaque). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 mar.1867 pelo presidente da Província o Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor Polidoro Cezar Burlamaque. Curityba, Typ.Lopes, 1867. 74 p.

_____. Relatório que o Exmº Sr. Dr. Polidoro Cezar Burlamaque apresentou ao Exmº Sr. Dr. Carlos Augusto Ferraz de Abreu por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Lopes, 1867. 9 p.

PARANÁ. Governo 1868 (Araújo). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa da Província do Paraná pelo presidente bacharel José Feliciano Horta de Araújo no dia 15 fev.1868. Curityba, Typ.Lopes, 1868. 60 p.

PARANÁ. Governo. 1869 (Fonseca). Relatório apresentado ao Excellentíssimo Senhor vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão pelo Excellentíssimo ex-presidente Dr. Antonio Augusto da Fonseca por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Lopes, 1869. 32 p.

_____. Relatório com que o Exm. Sr. presidente da Província Dr. Antonio Augusto da Fonseca abriu a 2ª sessão da 8ª legislatura da Assembléa Legislativa do Paraná no dia 6 abr. 1869. Curityba, Typ.Lopes, 1869. 34 p.

PARANÁ. Governo. 1870 (Carvalho). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná na abertura da 1ª sessão da 9ª legislatura pelo presidente o Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor Dr. Antonio Luiz Affonso de Carvalho no dia 15 fev.1870. Curityba, Typ.Lopes, 1870. 108 p.

PARANÁ. Governo. 1870 (Leão). Relatório apresentado ao Excellentíssimo Senhor presidente Dr. Venancio José de Oliveira Lisboa pelo Exmº Sr. vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Lopes, 1871. 38 p.

PARANÁ. Governo. 1871-1873 (Lisboa). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná na abertura da 2ª sessão da 9ª legislatura pelo Exm. Sr. Presidente Dr. Venancio José de Oliveira Lisboa no dia 15 fev.1871. Curityba, Typ.Lopes, 1871. 6 p.

_____. Relatório com que o Exm. Sr. presidente Dr. Venancio José de Oliveira Lisboa abriu a 1ª sessão da 10ª legislatura da Assembléa Legislativa Provincial do Paraná no dia 15 fev.1872. Curityba, Typ.Lopes, 1872. 84 p.

_____. Relatório apresentado ao Excellentíssimo Senhor vice-presidente Manoel Antonio Guimarães pelo Excellentíssimo Senhor Dr. Venancio José de Oliveira Lisboa por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná. Curityba, Typ.Lopes, 1873. 5 p.

PARANÁ. Governo. 1873 (Guimarães). Relatório com que o Exm. Sr. vice-presidente da Província coronel Manoel Antonio Guimarães abriu a 2ª sessão da 10ª legislatura da Assembléa Provincial do Paraná no dia 17 fev.1873. Curityba, Typ. Lopes, 1873. 9 p.

_____. Relatório que o Exmo Sr. commendador Manoel Antonio Guimarães apresentou ao Exm. Sr. Dr. Frederico José Cardoso de Araújo Abranches por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná no dia 13 jun.1873. Curityba, Typ.Lopes, 1873. 28 p.

PARANÁ. Governo. 1874-1875 (Abranches). Relatório com que o Excellentíssimo Senhor Doutor Frederico José Cardoso de Araújo Abranches abriu a 1ª sessão da 11ª legislatura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 15 fev.1874. Curityba, Typ.Lopes, 1874. 56 p.

_____. Relatório com que o Excellentíssimo Senhor Doutor Frederico José Cardoso de Araújo Abranches abriu a 2ª sessão da 11ª legislatura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 15 fev.1875. Curityba, Typ.Lopes, 1875. 45 p.

_____. Relatório com que Sua Excellencia o Senhor presidente da Província Doutor Frederico José Cardoso de Araújo Abranches passou a administração ao Exm. Sr. 1º vice-presidente Dr. Agostinho Ermelino de Leão a 2 maio 1875. Curityba, Typ.Lopes, 1875. 7 p.

PARANÁ. Governo. 1876-1877 (Lins). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 fev.1876 pelo presidente da Província o Excellentíssimo Senhor Adolpho Lamenha Lins. Curityba, Typ.Lopes, 1876. 148 p.

_____. Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 fev.1877 pelo presidente da Província o Excellentíssimo Senhor Doutor Adolpho Lamenha Lins. Curityba, Typ.Lopes, 1877. 142 p.

_____. Relatório com que o Excellentíssimo Senhor Presidente da Província Doutor Adolpho Lamenha Lins passou a administração ao Exm. Sr. 2º vice-presidente dignatário Manoel Antonio Guimarães no dia 16 jul.1877. Curityba, Typ.Lopes, 1877. 16 p.

PARANÁ. Governo. 1877 (Nacar). Relatório apresentado ao Ilustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor Joaquim Bento de Oliveira Júnior pelo 2º vice-presidente barão do Nacar por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná no dia 17 ago.último. Curityba, Typ.Lopes, 1877. 4 p.

PARANÁ. Governo. 1878 (Oliveira Júnior). Relatório com que o Excellentíssimo Senhor presidente Dr. Joaquim Bento de Oliveira Júnior passou a administração da Província ao 1º vice-presidente o Excellentíssimo Senhor Conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá em 7 fev.1878. Curityba, Typ. Lopes, 1878. 79 p.

PARANÁ. Governo. 1878-1879 (Menezes). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná pelo presidente da Província o Excellentíssimo Senhor Dr. Rodrigo Octavio de Oliveira Menezes no dia 9 abr.1878. Curityba, Typ.Lopes, 1878. 8 p.

_____. Relatório com que o Exm. Snr. Doutor Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes passou a administração da Província ao primeiro vice-presidente Exmº Snr. conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá no dia 31 mar.1879. Curityba, Typ. Lopes, 1879.

PARANÁ. Governo. 1878-1879 (Sá). Relatório apresentado ao Illustrissimo e Excellentíssimo Senhor Dr. Rodrigo Octávio de Oliveira Menezes presidente da Província do Paraná pelo 1º vice-presidente o Excellentíssimo Senhor conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá. Curityba, Typ.Lopes, 1878. 4 p.

_____. Relatório apresentado ao Illm. e Exm. Sr. Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas Filho pelo 1º vice-presidente Exm. Snr. conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná no dia 23 abr.1879. Curityba, 1879. 2 p.

PARANÁ. Governo. 1879-1880 (Dantas Filho). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 4 jun.1879 pelo Exmº presidente da Província o bacharel Manuel Pinto de Souza Dantas Filho. Curityba, Typ.Perseverança, 1879. 31 p.

_____. Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 16 fev.1880 pelo presidente da Província o Exmo. Snr. Dr. Manoel Pinto de Souza Dantas Filho. Curityba, Typ.Perseverança, 1880. 82 p.

_____. Relatório com que o Exm. Sr. Dr. Manuel Pinto de Souza Dantas Filho passou ao Exm. Snr. Dr. João José Pedrosa a administração da Província em 4 ago.1880. Curityba, Typ. Perseverança, 1880. 20 p.

PARANÁ. Governo. 1881 (Pedrosa). Exposição com que o Dr. João José Pedrosa passou a administração da Província do Paraná ao presidente Dr. Sancho de Barros Pimentel no dia 3 maio 1881. Curityba, Typ.Perseverança, 1881. 20 p.

_____. Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná por ocasião da installação da 2ª sessão da 14ª legislatura no dia 16 fev.1881 pelo presidente da Província o Exm. Snr. Dr. João José Pedrosa. Curityba, Typ.Perseverança, 1881. 129 p.

PARANÁ. Governo. 1882 (Pimentel). Relatório com que o Dr. Sancho de Barros Pimentel passou a administração da Província ao 1º vice-presidente conselheiro Jesuino Marcondes de Oliveira e Sá no dia 26 jan.1882. Curityba, Typ.Perseverança, 1881. 30 p.

- PARANÁ. Governo. 1882 (Sá). Offício, 6 mar.1882, Palacio da Presidência da Província do Paraná, destinado ao presidente da Província, Dr. Carlos Augusto de Carvalho. Curityba, 1882. 1 p.
- PARANÁ. Governo. 1882-1883 (Carvalho). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná por ocasião da instalação da 1ª sessão da 15ª legislatura no dia 1º out. 1882 pelo presidente da Província o Exm. Sr. Dr. Carlos Augusto de Carvalho. Curityba, Typ.Perseverança, 1882. 125 p.
- _____. Relatório que ao Exm. Sr. commendador Antonio Alves de Araújo 1º vice-presidente da Província do Paraná apresentou o Exm. Snr. Carlos Augusto de Carvalho ao passar-lhe a administração em 26 maio 1883. Curityba, Typ.Perseverança, 1884. 113 p.
- PARANÁ. Governo. 1883 (Araújo). Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial do Paraná pelo Exm. Sr. 1º vice-presidente commendador Antonio Alves de Araújo por ocasião da abertura da sessão extraordinária a 8 jul.1883. Curityba, Typ.Perseverança, 1883. 7 p.
- PARANÁ. Governo. 1883 (Araújo). Offício com que o 1º vice-presidente Exm. Sr. commendador Antonio Alves de Araújo passou a administração da Província ao Exm. Sr. Dr. Luiz Alves Leite de Oliveira Bello no dia 17 ago.1883. Curityba, 1883. 1 p.
- PARANÁ. Governo. 1883-1884 (Bello). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná por ocasião da instalação da 2ª sessão da 15ª legislatura no dia 1º out.1883 pelo presidente da Província o Exmo. Snr. Dr. Luiz Alves de Oliveira Bello. Curityba, Typ.Perseverança, 1883. 55 p.
- _____. Relatório que ao Exm. Sr. Dr. Brazilio Augusto Machado d'Oliveira apresentou o Exm. Snr Dr. Alves de Oliveira Bello presidente da Província do Paraná ao passar-lhe a administração em 22 ago.1884. Curityba, Typ.Perseverança, 1884. 113 p.
- PARANÁ. Governo. 1884 (Machado d'Oliveira). Relatório apresentado a Assembléa Legislativa Provincial do Paraná pelo Exm. Sr. Dr. Brazilio Augusto Machado d'Oliveira presidente da Província por ocasião da abertura da 1ª sessão da 16ª legislatura no dia 15 set.1884. Curityba, Typ.Perseverança, 1884. 44 p.
- PARANÁ. Governo. 1885 (Faria Sobrinho). Relatório que ao Exm. Snr. Dr. Alfredo d'Escragnolle Taunay apresentou o Exm. Snr. 1º vice-presidente Dr. Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho ao passar-lhe a administração da Província em 29 set. 1885. Curityba, Gazeta Paranaense, 1886. 27 p.
- PARANÁ. Governo. 1886 (Taunay). Exposição com que S. Ex. o Sr. Dr. Alfredo d'Escragnolle Taunay passou a administração da Província do Paraná ao Exmº Snr. Dr. Joaquim de Almeida Faria Sobrinho 1º vice-presidente a 3 maio 1886. Curityba, Gazeta Paranaense, 1886. 126 p.

- PARANÁ. Governo. 1886-1888 (Faria Sobrinho). **Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 30 out. 1887 (sic) pelo presidente da Província o Exm. Snr. Dr. Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho.** Curityba, Gazeta Paranaense, 1886. 108 p.
- _____. **Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 17 fev.1887 pelo presidente da Província o Exm. Snr. Dr. Joaquim d'Almeida Faria Sobrinho.** Curityba, Gazeta Paranaense, 1887. 151 p.
- _____. **Relatório.** Curityba, 1888. 133 p.
- PARANÁ. Governo. 1887 (Albuquerque). **Relatório.** Curityba, 1887. 151 p.
- PARANÁ. Governo. 1888 (Ribeiro). **Relatório que ao Exm. Sr. comendador Ildefonso Pereira Correia 2º vice-presidente da Província apresentou o Exm. Sr. Dr. José Cesário Miranda Ribeiro por ocasião de passar-lhe a administração da Província do Paraná em 30 jun.1888.** Curityba, Gazeta Paranaense, 1888. 41 p.
- PARANÁ. Governo. 1889 (Sá). **Relatório apresentado a Assembléa Legislativa do Paraná no dia 15 jul.1889 pelo presidente da Província conselheiro Jesuíno Marcondes d'Oliveira e Sá.** Curityba, Typ.Dezenove de Dezembro, 1880. 9 p.
- PARANÁ. Governo. 1890 (Guimarães). **Exposição com que o cidadão Dr. Uadislão Herculano de Freitas passou a administração do Estado do Paraná ao cidadão Américo Lobo Leite Pereira, governador do Estado a 4 mar.1890, acompanhado do relatório que ao mesmo Dr. Uadislão Herculano de Freitas passou a administração o contra-almirante José Marques Guimarães em 18 fev.1890.** Curityba, Typ.A República, 1890. 29 p.
- PARANÁ. Inspectoria Geral da Instrucção Pública. **Relatório apresentado a Sua Excellencia o Sr. presidente da Província do Paraná Dr. Venâncio José de Oliveira Lisboa pelo inspector geral da Instrucção Pública Bento Fernandes de Barros.** Curityba, Typ.Lopes, 1871. 29 p.
- _____. **Relatório que ao Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor presidente da Província do Paraná Dr. Francisco Liberato de Mattos apresentou o Dr. Joaquim Ignácio Silveira da Mota inspetor geral da Instrucção Pública da mesma Província.** Curityba, Typ.Lopes, 1858. 64 p.
- _____. _____. Curityba, Typ.Lopes, 1859. 40 p.
- PARANÁ. Leis, decretos etc. **Leis e regulaments da Província do Paraná.** Curityba, Typ.Paranaense, 1854-1889. 41 v.
- PARANÁ. Thesouraria Provincial. **Offício nº 88, 2 jun.1883 do inspector Joaquim Lourenço de Sá Ribas destinado ao comendador Antônio Alves de Araújo.** Curityba, 1883. 2 p.
- _____. **Relatório apresentado ao Illustríssimo e Excellentíssimo Senhor Doutor José Feliciano Horta de Araújo presidente da Província do Paraná pelo Doutor Joaquim Dias da Rocha, inspector da Thesouraria Provincial.** Curityba, Typ. Lopes, 1868. 24 p.

- PENNA, A.G.A. **Estudo graphico da fêbre.** Rio de Janeiro, Litho-Typ.Pinheiro, 1896. Microfilme.
- PIRAGIBE, A. **A primeira página da história da vaccina no Brasil.** Rio de Janeiro, 1881. Microfilme.
- RAMOS, J.C. **Considerações elementares acerca da variola e o seu diagnóstico precoce.** Salvador, Litho-Typ.Almeida, 1903. 32 p.
- REIS, J.D. **Das principaes endemias e epidemias de Curityba.** Rio de Janeiro, Typ.Ribeiro Macedo, 1898. 237 p.
- REIS, J.A.M. **Da febre typhoide e das suas relações de identidade com o typho.** Rio de Janeiro, Typ.Perseverança, 1869. Microfilme.
- ROCHA, F. **Do diagnóstico e tratamento das diversas formas de febres perniciosas que reinão no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, Typ.Carioca, 1880. 99 p.
- SABBIETI, E. **A febre typhoide.** Rio de Janeiro, Typ.Bini, 1878. 66 p. Microfilme.
- VALLE, G.C. **Febres perniciosas no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro, Typ.Leuzinger & Fº, 1883. 41 p.
- VIEIRA, M.L. **Das grandes epidemias pestilenciais e das regras e preceitos hygienicos que se devem observar no intuito de obstar o seu desenvolvimento ou propagação.** Rio de Janeiro, Typ.Universal, 1875. Microfilme.

Referências bibliográficas

- ARIES, P. **História da morte no ocidente: da Idade Média aos nossos dias.** Rio de Janeiro, F.Alves, 1977.
- _____. **O homem diante da morte.**
- AVÉ-LALLEMANT, R. **Viagem pelo Sul do Brasil no ano de 1858.** Rio de Janeiro, I.N.L., 1953.
- BACHA, E. & KLEIN, H.S. **A transição incompleta.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986. 245 p.
- BALHANA, A.P. **A evolução demográfica de Curitiba no século XIX. Boletim da Universidade Federal do Paraná. Departamento de História, 15:5-19, 1972.**
- BEHRING, E. **Gesammelte Abhandlunger zur ätiologischen Therapie von ansteckenden Krankheiten.** Stuttgart, G.Thieme Verlag, 1893.
- BERLINGUER, G. **A doença.** São Paulo, Hucitec, 1988. 150 p.
- _____. **Medicina e política.** São Paulo, Hucitec, 1987. 199 p.
- BERTIN, J. **A neográfica e o tratamento gráfico da informação.** Curitiba, Ed.Universidade Federal do Paraná, 1986. 273 p.

- BIDEAU, A. Mecanismos auto-reguladores de populações tradicionais. In: POPULAÇÃO e sociedade. Petrópolis, Vozes, 1984.
- BIGG-WITTER, T.P. **Novo caminho no Brasil meridional: a Província do Paraná; três anos em suas florestas e campos 1872-5.** Rio de Janeiro, J.Olympio, 1974.
- BIRAGEN, J.N. Epidemias na história da população.
- _____. **Les hommes et la peste en France et dans les pays européens et méditerranéens.** Paris, Mouton, 1975. 2 v.
- BLOCH, M. **Introdução à história.** Lisboa, Europa-América, 1865. 179 p.
- BOISSERIE, G. et alii. **Larousse médical.** Paris, Larousse, 1924. 1294 p.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo.** Rio de Janeiro, Graal, 1984. 191 p.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e previdência.** São Paulo, Hucitec, 1986. 224 p.
- BRAUDEL, F. **História e ciências sociais.** Lisboa, Perseverança, 1972. 206 p.
- BRESCIANI, M.S. Metrôpoles: as faces do monstro urbano; as cidades no século XIX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, 5(8/9):35-68, 1984/85.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1982. 270 p.
- CARDOSO, C.F. & BRIGNOLLI, H.P. **Os métodos da história.** Rio de Janeiro, Graal, 1979. 528 p.
- CARDOSO, J.A. Arquivo da Câmara Municipal de Curitiba. **Boletim da Universidade Federal do Paraná. Departamento de História**, 6:7-47, 1968.
- _____. Construção de gráficos e linguagem visual. **História: Questões & Debates**, Curitiba, 5(8):37-59, jun.1984.
- _____. **Essai d'utilisation des listes electorales dans l'étude de la population du Paraná (Brésil) vers 1870.** Paris, 1974. 404 p. Thèse, Doctorat du 3ème cycle, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- _____. **Atlas histórico do Paraná.** Curitiba, Livraria do Chaim, 1986. 70 p.
- CARVALHO, H.V. et alii. **Medicina social.** São Paulo, EDUSP, 1964. 196 p.
- CASTIGLIONE, A. **História da medicina.** São Paulo, Nacional, 1947. 2 v.
- CHADWICK, E. Economical results principles of legislation and administration in Europe. **Journal of the Statistical Society of London**, Sept.1859.

- CHERNOVIZ, P.L.N. **Diccionario de medicina popular**. Paris, A.Roger & F.Chernoviz, 1890.
- CLAVREUL, J. **A ordem médica; poder e impotência do discurso médico**. São Paulo, Brasiliense, 1983. 274 p.
- CORDEIRO, H. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 175 p.
- _____. **A indústria da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 229 p.
- COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1983.
- DALLARI, S.G. **A saúde do brasileiro**. São Paulo, Moderna, 1987. 88 p.
- DALLEDONE, M.T.A. **Condições sanitárias e as epidemias de varíola na Província do Paraná (1853-1889)**. Curitiba, 1980. Dissertação, Mestrado, Universidade Federal do Paraná.
- DAUMARD, A. **Cinco aulas de história social**. Salvador, Universidade Federal da Bahia, 1978. 125 p.
- _____. et alii. **História social do Brasil: teoria e metodologia**. Curitiba, Ed.Universidade Federal do Paraná, 1984. 259 p.
- DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo, Pioneira, 1975.
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 209 p.
- DUBOS, R. **El hombre y su ambiente**. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1966. 20 p.
- DUVERGER, M. **Méthodes des sciences sociales**. Paris, Presses Universitaires de France, 1961. 501 p.
- FERRARA, F.A. **Teoría social y salud**. Buenos Aires, Catálogos, 1985. 309 p.
- _____. et alii. **Medicina de la comunidad**. 2.ed. Buenos Aires, Inter-Médica, 1976. 478 p.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 296 p.
- _____. **Naissance de la clinique**. Paris, P.U.F., 1972.
- GAZETA CLÍNICA, São Paulo, v.9, n.7, jul.1911.
- GOMES, R. **A população do Paraná; contribuição para a sua estatística**. Curitiba, Typ.Liv.Mundial, s.d. 35 p.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1985. 244 p.
- GRMEK, M.D. **Géographie médical et histoire des civilisations**. *Annales*, 18:1071-97, 1963.

- GRMEK, M.D. Histoire des recherches sur les relations entre le genie et la maladie. **Revue d'Histoire des Sciences**, 15: 51-68, 1962.
- _____. Preliminares d'une étude historique des maladies. **Annales**, 24:1473-85, 1969.
- GUILLAUME, P. La grupe a Bordeaux en 1918. **Annales**, 1978.
- GUIMARÃES R. et alii. **Saúde e medicina no Brasil**. Rio de Janeiro, Graal, 1978. 280 p.
- HENRY, L. **Técnicas de análise em demografia histórica**. Curitiba, Ed.Universidade Federal do Paraná, 1977.
- HISTÓRIA do Paraná. Curitiba, Grafipar, 1969. 4 v.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975. 196 p.
- IMHOF, A.E. An approach to historical demography in Germany. **Social History**, 4(2):345-66, 1979.
- _____. **Biologie des Menschen in der Geschichte**. Stuttgart, Frimmann-Holzboog, 1978. 421 p.
- _____. The computer in social history: historical demography in Germany. **Computers and the Humanities**, 12:227-36, 1978.
- _____. Historical demography as social history: possibilities in Germany. **Journal of Family History**, 2:305-22, 1977.
- _____. The hospital in the 18th century: for whom? **Journal of Social History**, 10(4):448-70, 1977.
- _____. La mortalité infantile différentielle en Allemagne du 18^e au 20^e siècle. **Population et famille**, 50/51:137-78, 1980.
- _____. Recherches macroregionales sur la mortalité en Europe septentrionale sous l'Ancien Regime. In: CHARBONNEAU, H. & LAROSE, A., ed. **The great mortalities: methodological studies of demographic crises in the past**. Liège, Ordina, 1979. p.139-52.
- _____. Reconstructing biological frameworks of populations in the past. In: CLUBB, J.M. & SCHEUCH, E.K., ed. **Historical social research**. Stuttgart, Klett-Cotta, 1980. p. 71-83.
- _____ & LINDSKOG, B.J. Les causes de mortalité en Suède et en Finlande entre 1749 et 1773. **Annales**, 4:915-33, 1974.
- _____ & LARSEN, O. Social and medical history: methodological problems on interdisciplinary quantitative research. **Journal of Interdisciplinary History**, 7(3):493-8, 1977.
- KLOETZEL, K. **O ABC do charlatão**. São Paulo, Mandacaru, 1988. 122 p.
- KUBO, E.M. **Aspectos demográficos de Curitiba: 1801-1850**. Curitiba, 1974. 126 p. Dissertação, Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

- LANDAMANN, J. **Evitando a saúde e promovendo a doença.** Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. 183 p.
- LE GOFF, J. & NORA, P. **História.** Rio de Janeiro, F.Alves, 1976.. 3 v.
- LEÃO, E.A. **Dicionário histórico e geográfico do Paraná.** Curitiba, Graph.Paranaense, 1934. 5 v.
- _____. **Índice alfabético das leis, actos e regulamentos da Província do Paraná;** até o anno de 1874. Rio de Janeiro, Typ.Americana, 1875. 62 p.
- _____. **Índice alfabético paranaense.** Curitiba, Impr.Paranaense, 1934. 215 p.
- LEPARGNEUR, H. **O doente, a doença e a morte; implicações sócio-culturais da enfermidade.** Campinas, Papirus, 1987. 208 p.
- LESER, W. **Crescimento da população da cidade de São Paulo entre 1950 e 1970 e seu reflexo nas condições de saúde pública.** In: ANDRADE; M.C. et alii. **Meio ambiente, desenvolvimento e subdesenvolvimento.** São Paulo, Hucitec, 1975.
- LOUDARES, C.A.C. **Da cremação de cadáveres.** Rio de Janeiro, Typ.J.D.Oliveira, 1883. 78 p.
- LOYOLA, M.A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde.** São Paulo, Difel, 1984. 198 p.
- LUZ, M.T. **As instituições médicas no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1979. 295 p.
- _____. **Medicina e ordem política brasileira.** Rio de Janeiro, Graal, 1982. 218 p.
- MACEDO, H.B. **A varíola em Curitiba.** Curitiba, Lítero-Técnica, 1974. 24 p.
- MACHADO, R. **Ciência e saber.** Rio de Janeiro, Graal, 1981. 217 p.
- _____. et alii. **Danação da norma.** Rio de Janeiro, Graal, 1978. 559 p.
- MALTHUS, T.R. **Essai sur le principe de population.** Paris, INED, 1980.
- MARCILIO, M.L. **População e sociedade: evolução das sociedades pré-industriais.** Petrópolis, Vozes, 1984. 265 p.
- MARTINS, R. **História do Paraná.** Curitiba, Ed.Guaira, s.d.
- MARX, K. **O capital.** São Paulo, Cultura, 1944.
- MATTOSO, K.M.Q. & ATHAYDE, J.L. **Epidemias e flutuações na Bahia no século XIX.** Paris, 1971. Mimeografado.
- MELLO, C.G. **A medicina e a realidade brasileira.** Rio de Janeiro, Achiamé, 1983. 137 p.
- _____. **Saúde e assistência médica no Brasil.** São Paulo, Hucitec, 1977. 269 p.

- MEYNNÉ, A.J. **Topographie médicale de la Belgique**. Bruxelles, H.Manceaux, 1865.
- MIRANDA, B.T.M. **O perfil patológico do homem carente na sociedade paranaense**. São Paulo, 1985. 296 p. Tese, Doutorado, Universidade de São Paulo.
- MEDICINA social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.
- MOREIRA, J.E. **Dicionário bibliográfico do Paraná**. Curitiba, Imprensa Oficial do Estado do Paraná, 1960. 637 p.
- _____. **História da medicina no Paraná: 1654-1822**. Curitiba, Associação Médica do Paraná, 1953.
- _____. História da Santa Casa de Misericórdia de Paranaguá (Fundação). **Revista Médica do Paraná**, 12(4/6):155-62, jul./dez.1953.
- NEGRÃO, F.P. **Memória da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba: 1842-1932**. Curitiba, Graph.Paranaense, 1933.
- OMRAN, A.R. Epidemiologic transition in the United States: the health factor in population change. **Population Bulletin**, 2:32, 1972.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina**. Washington, D.C., 1974.
- _____. **Sistemas de salud**. Washington, D.C., 1972.
- PADIS, P.C. **Formação de uma economia periférica: o caso do Paraná**. Curitiba, Secretaria da Cultura e do Esporte do Paraná.
- PAIM, J.S. Indicadores de saúde no Brasil. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, 2(2):39-63, 1975.
- PETTY, W. **Some unpublished writings of Sir William Petty**. Ed.Bowood Papers by the Marquis of Lansdowne. London, Constable, 1927.
- PILOTTO, O. **Cem anos de imprensa no Paraná (1854-1954)**. Curitiba, Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense, 1976.
- PINHEIRO MACHADO, B. Esboço de uma sinopse da história regional do Paraná. Separata do **Boletim do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico Paranaense**, 1951. 26 p.
- PINOTTI, J.S. **A doença da saúde: por uma política da saúde no Brasil**. Campinas, Ed.Unicamp, 1984. 79 p.
- PITTA, R. **História da América Portuguesa desde o anno de 1500 de seu descobrimento até o de 1724**. Lisboa, 1730. Microfilme.
- POSSAS, C. **Saúde e trabalho**. Rio de Janeiro, Graal, 1981. 324 p.
- REZENDE, A.L.M. **Saúde: dialética do pensar e do fazer**. São Paulo, Cortez, 1986. 159 p.

- ROLLET, C. & SOURIAC, A. Le cholera de 1832 en Seine-et-Oise. **Annales**, 29(4):
- ROSA, J.F. **Tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco**. Lisboa, 1694.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980. 401 p.
- SAINT-HILAIRE, A. **Viagem à Comarca de Curitiba**, 1820. São Paulo, Nacional, 1964.
- _____. **Voyage dans l'intérieur du Brésil: voyage dans les provinces de Saint-Paul et de Sainte-Catherine**. Paris, Bertrand, 1851. 2 v.
- SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo, Hucitec, 1977. v.1.
- SÃO PAULO, F. **Linguagem médica popular no Brasil**. Rio de Janeiro, Barreto, 1936. 2 v.
- SCLIAR, M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. Porto Alegre, L & PM, 1987. 111 p.
- SILIA, M.B.N. **Teoria da história**. São Paulo, Cultrix, s.d.
- SINGER, P. et alii. **Prevenir e curar**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. 116 p.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, Graal, 1984. 108 p.
- SOURNIA, J.C. **Histoire et medicine**. Paris, Fayard, 1982. 339 p.
- _____. & RUFFIE; J. **As epidemias na história do homem**. São Paulo, Martins Fontes, 1986.
- VIANNA, A. **As epidemias no Pará**. Belém, UFPA, Imprensa Universitária, 1975.
- VIEIRA DOS SANTOS, A. **Memória histórica, cronológica, topográfica e descritiva da cidade de Paranaguá e seu município: 1850**. Curitiba, Museu Paranaense, 1951. 2 v.
- VIRCHOW, R. Die Epidemien von 1848. **Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin**, 3:3-12, 1851.
- VOVELLE, M. **Mourir autrefois: attitudes collectives devant la mort aux XVII^e et XVIII^e siècles**. Paris, Gallimard-Juillard, 1974.
- WACHOWICZ, R.C. **Santa Cândida, pioneira da colonização listista**. Curitiba, Fundação Cultural de Curitiba, 1975. 15 p.
- WONS, I. **Geografia do Paraná**. Curitiba, Ensino Renovado, 1978. 146 p.
- YUNES, J. & RONCHEZEL, V.S.C. Evolução da mortalidade geral, infantil e proporcional no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 8:3-48, 1974. Suplemento.
- ZOROWICH, T.B.A. **Médicos, estado e sociedade**. São Bernardo do Campo, Impr. Metodista, 1986. 98 p.