

**Questão de Saúde Pública: a Febre Amarela nos debates da Sociedade de Medicina e  
Cirurgia de Juiz de Fora (1904-1905)**

Vanessa Lana  
Mestranda – Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

A febre amarela é uma infecção de origem viral, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*. O vetor se reproduz, principalmente, em estagnação de águas domiciliares e peridomiciliares, propagando rapidamente a doença.

A maioria das pessoas infectadas com o vírus da *febre amarela* desenvolve sintomas discretos ou não apresenta manifestações da doença. Os sintomas da *febre amarela*, quando ocorrem, em geral aparecem entre 3 e 6 dias (período de incubação) após a picada de um mosquito infectado. As manifestações iniciais são *febre alta* de início súbito, sensação de mal estar, dor de cabeça, dor muscular, cansaço e calafrios. Em algumas horas podem surgir náuseas, vômitos e, eventualmente, diarreia. Cerca de 15% das pessoas que apresentam sintomas evoluem para a forma grave, que tem alta letalidade. Em geral, um ou dois dias após um período de aparente melhora há reexacerbação dos sintomas. A febre reaparece e a pessoa então passa a apresentar dor abdominal, diarreia e vômitos. Surgem icterícia (olhos amarelados, semelhante à hepatite) e manifestações hemorrágicas e ocorre funcionamento inadequado de órgãos vitais como fígado e rins. Como consequência, pode haver diminuição do volume urinário e a evolução para a morte pode ocorrer em até 50% das formas graves, mesmo nas melhores condições de assistência médica.

Conforme percebemos, nos dias atuais a identificação e, principalmente, os modos de transmissão da febre amarela são consensos entre os profissionais da saúde. Todavia, por longos períodos, a transmissibilidade e as medidas profiláticas contra a doença impulsionaram fortes debates no interior da comunidade científica.

O objetivo deste texto é analisar as controvérsias acerca das formas de transmissibilidade de febre amarela presentes nas atas da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora. Nos anos de 1904 e 1905, os membros da SMCJF travaram um debate sobre as origens da propagação da febre amarela, dando ênfase à explicação bacteriológica, discussão suscitada pelo anseio e com fins de evitar a eclosão de uma

epidemia no município. Na primeira parte do texto nos voltaremos para as principais teorias explicativas sobre a transmissão da doença. Em seguida analisaremos a discussão nas palavras do corpo societário da Instituição, ressaltando os planos de elaboração de um relatório de proposta de defesa sanitária a ser apresentado ao Governo do Estado de Minas Gerais, visando evitar a deflagração de uma epidemia amarílica na cidade.

Até as últimas décadas do século XIX havia consenso na comunidade científica que a febre amarela era uma doença que se originava de emanações pútridas, os miasmas. De modo geral, a “teoria miasmática” defende a transmissão das doenças através de miasmas, eflúvios resultantes de matéria orgânica em decomposição, fruto de condições ambientais específicas (Pelling, 1993). Havia, no entanto, fortes divergências acerca dos meios de propagação da enfermidade. Para uns era um mal contagioso e já para outros se tratava de uma doença transmissível ou infecciosa.

Em linhas gerais, a noção de contágio está associada à possibilidade da transmissão de doenças diretamente de pessoa a pessoa, ou indiretamente, pelo ar, água, seres vivos e outros objetos contaminados. E o termo infecção seria a invasão do corpo por germes que se reproduzem e multiplicam causando doenças, necessitando, por sua vez, de um agente que o transportasse do doente a uma pessoa sã.

A tese anticontagionista, a teoria dos miasmas, relacionava as epidemias de doenças infecciosas ao estado da atmosfera e aspectos do meio ambiente. Dessa forma, as medidas de combate às epidemias incluíam, basicamente, a reforma sanitária e das condições de higiene (Ackerknecht, 1948). Elementos do cotidiano tornam-se ameaças à salubridade das cidades. A água, por exemplo, necessitava estar em movimento. A estagnação, as aglomerações de modo geral eram objeto de preocupação para os higienistas.

Assim sendo, os anticontagionistas sugeriam medidas de caráter local, ações sobre as condições sociais e ambientais geradoras dos miasmas causadores de epidemias. Pautavam-se na remoção de elementos considerados difusores de doenças, tais como lixo, esgoto, habitação sem ventilação e com superlotação; e, no caso da febre amarela, a circulação e canalização das águas para evitar a estagnação fluvial, o que ocasionaria casos da doença.

As epidemias de febre amarela eram relacionadas a vários fatores ambientais. Como geralmente os maiores surtos ocorriam no verão, as explicações para a incidência da enfermidade estavam diretamente ligadas ao calor, à quantidade de chuvas e à umidade proveniente dos pântanos.

Em fins do século XIX, o desenvolvimento das pesquisas e conhecimentos em microbiologia colocaria novas questões na agenda de debates. A partir da teoria dos germes organiza-se uma intervenção mais pontual, de certas doenças em certos indivíduos, distanciando-se da idéia de abarcar um todo. Esta ação mais pontual tem como pano de

fundo o laboratório, que dá à saúde pública uma legitimidade diferente de ação. A supremacia laboratorial passou pela mudança na percepção da doença, a partir da associação de causalidade com um agente específico (Cunningham e Williams, 1992).

No caso da febre amarela, o relativo consenso, baseado na teoria miasmática, com relação às medidas cabíveis para o combate à enfermidade deu lugar a um impasse acerca da profilaxia. As escolhas sobre qual o melhor método estavam condicionadas ao tipo de germe identificado como possível causador da doença, colocando na agenda de debates variadas ações a serem proferidas, conforme o microorganismo identificado (Benchimol, 2003).

O desenvolvimento das pesquisas em microbiologia no Brasil, no tocante à febre amarela, iniciaram-se com Domingos José Freire. Em dezembro de 1879, Freire, catedrático de química orgânica da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, anunciou a descoberta de um microorganismo que considerava ser o causador do mal amarelado. Nos primeiros meses de 1883, este mesmo cientista desenvolveu uma vacina contra a doença. O princípio ativo era o *Cryptococcus xanthogenicus*, uma planta microscópica que teve sua virulência atenuada por técnicas pasteurianas. A vacina de Freire, juntamente com a vacina antivariólica, constituía os únicos meios profiláticos desta natureza para enfermidades humanas<sup>1</sup>.

Em solo brasileiro, o maior rival de Freire era João Batista Lacerda, médico diretor do Museu Nacional do Rio de Janeiro por 20 anos. Lacerda acusou outro micróbio como o verdadeiro agente da doença, o *fungus febris flavae*. O microorganismo era polimorfo, o que suscitou debates no ambiente científico, em virtude das discussões acerca do polimorfismo e a incompatibilidade com a especialidade etiológica e com certos procedimentos experimentais (Idem: 2001).

Segundo Benchimol, desde o início dos anos 1890 multiplicaram-se, na imprensa médica e leiga do Rio de Janeiro, as especulações sobre o papel dos insetos na transmissão de doenças. Estes eram vistos não como hospedeiros de parasitas, e sim como agentes mecânicos de transmissão de germes.

A partir de 1881, o médico cubano Carlos Finlay começou a publicar uma série de artigos classificando o mosquito como o verdadeiro transmissor da febre amarela. A teoria de Finlay, no entanto, não obteve aceitabilidade imediata, levando, aproximadamente, 20 anos para ser validade no ambiente médico.

Num período em que doenças como a tuberculose, o cólera e a febre tifóide indicavam a potencialidade da transmissão hídrica e do contágio, a idéia de transmissibilidade pelo mosquito não obteve grande aceitabilidade. Esse quadro só de

---

<sup>1</sup> Sobre as repercussões e utilização da vacina de Freire na antiga Corte e dados biográficos do cientista, ver: Benchimol, 1999 e 2001.

modificou, tornando-se viável aos olhos da comunidade científica, quando, em 1897, o inglês Ronald Ross comprovou que o *plasmódio* da malária era transportado por mosquitos do gênero *Anopheles*. Sob intervenção norte-americana com o fim da guerra hispano-americana, em 1900, Cuba passava por um período de disseminação da febre amarela e dizimação da população. Foi então que o governo norte-americano enviou uma comissão de saúde do Exército para analisar a etiologia e profilaxia da doença. O resultado da comissão foi a confirmação da teoria de Finlay. Em fevereiro de 1901, ela foi apresentada ao Congresso Médico Pan-Americano realizado em Havana (Teixeira, 2001 a).

Para Benchimol, as experiências realizadas em Cuba constituem um divisor de águas na história da febre amarela. Isto porque afastou-se da saúde pública as intermináveis querelas acerca da etiologia do mal. E, apesar de não terem sido descartados, de imediato, os germes já incriminados, várias ações foram viabilizadas alcançando-se um certo controle das epidemias no litoral americano (Idem).

Em 1903 realizou-se no Rio o “V Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia”, que assinalou o cerne do confronto entre “exclusivistas”, partidários da teoria havanesa e liderados por Oswaldo Cruz; e os “não convencidos” com a descoberta de Finlay (Idem). Os defensores da teoria culicidiana fizeram o possível para obtenção do aval da corporação médica para com a nova estratégia de intervenção no combate à febre amarela.

As discussões acerca da forma de transmissão e, conseqüentemente, profilaxia do mal amarílico extrapolaram as fronteiras da antiga Capital Federal assentando-se nas sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, principalmente nos anos de 1904 e 1905. Apesar de algumas posições receosas, não conflitantes, o que se verifica nas discussões deste período é um relativo consenso em relação à legitimidade da teoria havanesa, e a confiança na profilaxia única como forma de combater a doença.

Antes de nos atermos à discussão em si, vamos citar alguns dados sobre a enfermidade no município. A ocorrência de febre amarela em Juiz de Fora nos anos antecedentes aos aqui analisados é relatada pelo Dr. Christovam Malta em “Higiene Local”<sup>2</sup>. A primeira onda epidêmica ocorreu em 1896. de acordo com Dr. Malta, três trabalhadores da Estrada de Ferro, que se ocupavam em descarregar carros de carvão na estação de Mariano, foram vitimados pela febre amarela e constituíram os primeiros casos da pequena epidemia que se desenvolveu nos arredores do centro urbano, só desaparecendo no ano seguinte. A enfermidade teria irrompido no centro juizforano em 1889, ocasionando mais de trinta óbitos. E, novamente em 1901, foram notificados novos casos da doença.

---

<sup>2</sup> “Higiene Local” é uma coletânea de artigos publicados no Jornal do Commercio, em fins do século XIX, e agrupados pelo Dr. Christovam Malta no ano de 1901. Esta coletânea foi posteriormente reunida em um livro intitulado “Juiz de Fora no século XIX”, que contém, além da parte de higiene, sessões de economia, política, demografia, educação, dentre outros.

Em 1904, diziam os médicos da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora que não havia registros do mal amarelo no município. Contudo, a proximidade da estação calmosa direcionava as atenções para a possibilidade de um surto epidêmico local. Na primeira sessão extraordinária do mesmo ano, o mesmo dr. Malta propõe que a Sociedade:

“(...) formule um plano de defesa sanitária do Estado contra a possível invasão da febre amarela, de conformidade com a moderna theoria havaneza, indicando ao governo estadual os meios actualmente aconselhados (telas preservadoras contra as picadas dos *stegomyas*, extinção dos culicídeos, hoje considerados como os únicos vectores da febre amarela, etc.)” (Boletim da SMCJF).

A proposta foi aceita sem grandes ressalvas, e, pelo adiantado da hora, maiores discussões foram transferidas para a próxima sessão. Nas palavras da Dr. Malta é clara a preocupação com um possível surto da doença e, principalmente o alinhamento do proponente às novas pesquisas da teoria culicidiana já ressaltadas anteriormente.

Na sessão seguinte, aos 30 dias do mês de janeiro de 1904, o Dr. Ambrósio Braga levanta novamente o tema da elaboração do plano de defesa sanitária, sugerindo que este seja redigido pelo próprio Dr. Malta, visto ter sido ele o autor da proposta. Mas como este não estava presente, mais uma vez as discussões foram adiadas (Idem).

Os debates tornaram-se mais calorosos na sessão ordinária do dia 06 de fevereiro. O Dr. Malta tomou a palavra e dissertou acerca da elaboração do plano de defesa sob os moldes havaneses. Para ele, a teoria culicidiana, da transmissão pelo *stegomya fasciata*<sup>3</sup>, colocou por terra os antigos processos de desinfecção pelo ácido fênico, o formal e destruiu as doutrinas que atribuíam a propagação da moléstia ora às oscilações do lençol d'água subterrâneo (teoria de Petterkoffer), ora às correntes atmosféricas, ora à ingestão de água (veiculação hídrica – Pereira Barreto). Dessa forma, continuando com as palavras do Dr. Malta, a profilaxia da febre amarela, nos moldes “modernos”, consistiria simplesmente na caça aos mosquitos, na desinfecção das casas e no isolamento do doente ao ataque dos insetos (Idem).

Contudo a extrema confiança, verificada nas palavras acima, direcionada às formas profiláticas moldadas pela teoria culicidiana, não se mostrou tão homogênea em todo o grupo. Isto porque, o Dr. Ambrósio Braga solicitou a palavra e argumentou que considera que as medidas ditadas pela profilaxia específica “(...) não serão eficazes e sim impraticáveis” (Idem). Ressaltou que admitia o papel do *stegomya* como vetor da doença, mas que considerava exagerada a teoria havanesa, uma vez que tinha dúvidas de os

---

<sup>3</sup> Hoje a denominação é *Aedes aegypti*.

culicídios não podiam se infectar em outro local que não o doente ou cadáver vitimado pela febre amarela.

Esse primeiro impasse demonstra que, apesar da aparente convicção na nova base explicativa do mal amarelo e da inserção de novos pontos na agenda sanitária, havia ainda posições divergentes ou não convencidas com as recentes pesquisas. Tal fato nos remonta às primeiras discussões apresentadas neste texto, que versavam sobre os embates de teorias diferentes, e nos ressalta a idéia de “contagionismo contingente”, termo cunhado por George Rosen.

O “contagionismo limitado” ou “contingente” seria um meio termo nas concepções contagionista e anticontagionista. Admitia-se que doenças contagiosas provinham de agentes contagiosos que, por sua vez, só agiam em conjunto com outros elementos, tais como atmosfera e fatores sociais (Rosen, 1994). Assim sendo, as medidas a serem tomadas para evitar ou combater uma onda epidêmica não teriam uma homogeneidade. Ou seja, faria-se uma profilaxia mista, tentando abarcar as múltiplas possibilidades de disseminação de determinada doença.

Tal idéia é explícita nas palavras do Dr. Ambrósio Braga, quando este argumenta que “[apesar de não por em dúvida o papel do *stegomya* como vetor] não acha razão de ser na prophylaxia específica por lhe parecer impossível a extinção completa dos mosquitos” (Boletim - SMCJF). Levantando questões acerca de seu argumento, ela ainda postula que:

“A vehiculação da febre amarela pelo *stegomya* rajado é hoje um facto adquirido pela sciencia, seu espírito já rendeu-se a esta verdade – mas será o *stegomya* o único vetor? Desaparecido o ultimo caso de febre amarela da superfície da terra, extinto o ultimo *stegomya* infeccionado não se poderá reproduzir esse morbo, dadas as condições meteorológicas e telluricas do clima tropical, que determinaram o primeiro caso? (...) o que quizera saber é si no laboratório da natureza tropical, onde se engendrou o gérmen que infeccionou o primeiro mosquito ou o primeiro amarelento, não se poderá repetir a confecção do terrível veneno.” (Idem)

A citação acima nos mostra a existência de dúvidas quanto à total eficácia da explicação culicídiana para profilaxia da febre amarela. O Dr. Braga, apesar de não ser contrário a tal idéia, questiona a homogeneidade de medidas no combate ao mal. Uma vez que, para ele, a infecção do mosquito poderia se dar além do corpo dos amarelos, nas condições ambientais que “teriam” determinado o primeiro caso da doença.

Apesar das considerações do Dr. Braga, as posições majoritárias do corpo societário da Instituição apontavam para medidas de caráter único, exclusivamente voltadas para o

extermínio do vetor. O Dr. Eduardo de Menezes reitera esta posição afirmando em tom ufanista que:

“(...) na theoria culicidiea da febre amarella estão provadas à sociedade as condições fundamentaes ou essenciaes, por provas experimentias e provas hygienicas, isto é, *que a moléstia não se propaga pelos excreta, que ella só se propaga pelo stegomya fasciata, que preservados os doentes da sucção do mosquito a moléstia não se propaga (...)*” (Idem)

Dando continuidade a sua fala, o Dr. Eduardo apela para o critério científico da comissão nomeada para formular o plano higiênico a ser apresentado ao Governo do Estado. A comissão, recém nomeada, estava composta pelos médicos: Duarte de Abreu, Christovam Malta e José Nava. O presidente recorre para que não sejam propostas medidas tais como a desinfecção dos excretas dos doentes e nem dos objetos por eles manuseados. Uma vez que já estava mais do que comprovado que tais elementos não eram contagiosos. E, contrário à posição do Dr. Ambrósio Braga, descrita acima, findava seu discurso afirmando que a adoção de um plano de profilaxia mista significaria tibieza de opinião sobre os princípios científicos já suficientemente provados e contra - provados.

É interessante observar a preocupação destes profissionais com as novas descobertas da ciência, e, ao mesmo tempo, e receio em ir contra algum postulado da “ciência moderna”. A teoria de Finlay, por ter sido comprovada e veiculada internacionalmente, e estar em conformidade com as novas pesquisas em microbiologia, era considerada de caráter incontestável e as medidas a serem propostas no plano de defesa sanitária deveriam seguir, incontestavelmente, os preceitos havaneses.

Era chegado, então, o dia da entrega do tão esperado e discutido plano. Ao entardecer de um sábado, dia 27 de fevereiro de 1904, era aberta mais uma sessão extraordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora. A primeira parte da ordem do dia esteve reservada à apresentação e discussão de alguns casos de clínica vivenciados pelos sócios. Em seguida, o Dr. Duarte de Abreu procedeu à leitura do relatório apresentado em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora ao Governo do Estado de Minas.

O discurso foi aberto com um pequeno texto que reproduz o ideário científico descrito nos parágrafos anteriores:

“A conformidade do juízo das pessoas competentes com o juízo que nós mesmos formamos sobre uma idéa ou theoria, é um dos criterios mais seguros para o discernimento da verdade.

Se os princípios que reputamos valedouros produzem sobre o entendimento de outros indivíduos, escolhidos entre os mais hábeis, o mesmo effeito que produziram sobre o nosso, temos uma segurança mais de que esses princípios são verdadeiros. A applicação desta regra philophica faz-se a todo momento, quando são citados pareceres de autores competentes para a corroborar a verdade de um facto ou theoria ou para apoio de uma interpretação.

Sobre a theoria da transmissão da febre amarella pelos mosquitos e a prophylaxia correlata, o consentimento universal dos autores tem sido até agora de uma unanimidade que impressiona, a quem quizer combate-la; o que é difficil é encontrar na literatura médica autoridades que a contradigam “. (Idem)

No início do relatório já fica explicitado que as medidas sugeridas para evitar a invasão e propagação do mal amarílico estavam pautadas nos referenciais da teoria havanesa. O fragmento transcrito acima retoma a idéia de progresso, de adoção da “moderna ciência”. Durante o plano, os redatores situaram e ressaltaram a importância da teoria culicidiana, destacando as pesquisas e descobertas pastorianas, afirmando que “as brilhantes descobertas do genial Pasteur marcaram a phase inicial de fecundas e benéficas conquistas (...)”. Conquistas estas que, de forma resumida, são apresentadas no discurso.

Para estes médicos, a medicina atual (início do século XX) evitava a indeterminação, condenando a multiplicidade e ambicionando ao exclusivismo. Em outras palavras, era exercida uma intervenção mais pontual. Para cada doença era reservada uma profilaxia específica, através da causa única da doença. Era a idéia de “unicausalidade”, relacionada à bacteriologia e aos “teóricos do germe”, em contraponto à “multicausalidade”, mais ligada aos fatores ambientais, a higienistas e sanitaristas.

A higiene, no interior do discurso, era ressaltada enquanto a “primeira das terapêuticas”, que através dos meios preventivos impedia a incursão de germes patogênicos no corpo humano. O intuito percebido na análise de todo o plano é de justificar e exaltar a teoria havanesa, nos moldes da bacteriologia, e afastar qualquer sombra de dúvidas sobre sua eficácia e, conseqüentemente, a eficácia das medidas que estavam sendo propostas.

Após as considerações iniciais do relatório, é iniciada a leitura das proposições formuladas pelos Drs. Duarte de Abreu, Christovam Malta e José Nava:



“Syntheticamnete indica a comissão os meios que, se forem adoptados pelas municipalidades da Zona da Mata, em perfeita harmonia de vistas e de execução, livrarão o Estado de Minas do terrível hospede, que há ocorrido tão fortemente para a decadência de algumas cidades outrora prosperas.

a) Dessecar pelo aterro ou pela drenagem todos os pântanos, facilitar a canalisação das águas dentro da cidade (...) quando não for possível esse dessecamento será necessário tratar os pântanos e todas as aguas estagnadas por meio do petróleo ou da creolina em emulsão na água; (...)

b) Cada municipalidade deverá organizar um corpo de empregados de accordo com as suas necessidades, que se habilite para a boa execução dos serviços, podendo também desempenhar a função de enfermeiros;(...)

c) Cortar toda a vegetação dos brejos, não só para que o sol e os ventos, exercendo estes a acção de tiragem, melhor concorram para o seu dessecamento como também pela facilidade que decorrerá ao emprego do petróleo;

d)Velar no sentido de que as águas às margens dos rios e córregos não sejam embaraçadas em seu curso por meio de galhos de arvores frondosas ou de quasquer outros obstáculos;

e) Proibir a collocação de fundos de garrafas nos muros; e nos quintaes, pateos e jardins, latas velhas, tinas ou quasquer outros objetos que possam servir de deposito às águas pluviaes, que proporcionariam ao mosquito fêmea um leito para a sua postura;

f) Verificar que os tanques destinados à lavagem da roupa funcctionem bem e que tenham o orifício de descarga em um ponto de bastante declividade, de modo a lhes proporcionar completo escoamento para a rede de exgotos; quando aquelle trabalho domestico for feito nas tinas, estas deverão a ser emborcadas, terminado que seja, para assim não restar a menor quantidade d'água e sabão;

g) Os tanques dos jardins públicos e particulares poderão ser conservados, desde que a água seja movimentada; si isto não acontecer, só serão permitidos si nelles houver peixes (...) para destruírem as larvas;

h) Trazer perfeitamente fechadas todas as caixas d'água , recommendando equal cuidado quanto aos moringues e a outros vasos de uso domestico, no tempo calmoso;

i) Adquirirem as municipalidades alguns exemplares dos dispositivos machanicos usados pela directoria de Saúde Publica do Rio de Janeiro, destinados às janelas, portas das casas particulares e do hospital de isolamento, para

resguardar o doente nos quatro primeiros dias da moléstia contra o *stegomya fasciata*;

j) Publicar na imprensa local ou em boletins que serão largamente distribuídos pela população os conselhos decorrentes da doutrina havaneza, solicitar da classe medica a notificação de qualquer caso, ainda que levemente suspeito na quadra calmosa, como se fez com magnífico resultado em Havana;

k) Verificado duvidoso o diagnóstico, a auctoridade sanitária convidará outros colegas para examinarem o dente e prevalecerá a opinião que encontrar maior numero de defensores;

l) Confirmado o diagnostico de febre amarella, o doente será imediatamente isolado em domicilio, se dispõe de recursos para o tratamento; no caso negativo, será internado no hospital visando o isolamento exclusivamente em evitar, por meio da applicação dos dispositivos mechanicos que o mosquito sugue o sangue do amarelento durante o período enfectante da moléstia (quatro primeiros dias) e se habilite a propaga-la em tempo oportuno (12 a 18 dias) conforme a temperatura ambiente;

m) Far-se-á o expurgo do quarto em que tenha de ficar o doente por meio do pó de pyrethro ou de gaz sulfuroso, calafetando as fendas das portas e janellas, sacudindo as roupas, etc; só no fim de duas horas poderá o aposento ser ocupado pelo amarelento;

n) Installado o doente, proceder-se-á ao expurgo de toda casa infectada por meio daqueles agentes chimicos, principalmente nos pavimentos inferiores;

o) Operação equal deverá ser praticada nos prédios imediatos ao infectado e nos que lhe ficam fronteiros” (Idem) [Preservou-se a grafia original]

Conforme podemos verificar, a essência do plano consistia em destruir, por meios diretos e indiretos, o *habitat* do mosquito transmissor da febre amarela, evitando que este se infeccione sugando o sangue do enfermo nos primeiros dias de manifestação da moléstia. Já as roupas, excretas e objetos utilizados por amarílicos não necessitavam passar por processo de desinfecção, visto não ser prudente por em dúvida a teoria atestada.

Outras medidas seriam o isolamento do indivíduo infectado e a notificação obrigatória, por parte das autoridades sanitárias, de casos constatados a fim de se obter maior controle da dimensão do mal e evitar sua maior disseminação. Ao final do relatório chama-se a atenção das autoridades responsáveis para a reforma do serviço de higiene do Estado, de forma que este serviço forma uma “organização harmônica e compatível com o estado atual (sic) da Medicina” (Idem).

O estudo da elaboração deste plano nos mostra a atuação do corpo societário da SMCJF nas questões de saneamento da região como um todo. E indica, também, o atentamento dos mesmos para as principais teorias e pesquisas no campo biomédico a nível nacional e mundial. Assim sendo, ilustra a penetração das idéias científicas na instituição juizforana, demonstrando sua veiculação aos principais debates e descobertas biomédicas.

### Bibliografia Utilizada

ACKERKNECHT, Erwin. 1948. "Anticontagionism between 1821 and 1867". In: Bulletin of the History of Medicine, v.22, pp.562-593.

BENCHIMOL, Jaime. 2003. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: Ferreira e Delgado (orgs.) O Brasil Republicano. O tempo do liberalismo excluyente: da Proclamação da República à Revolução de 1930. vol.1. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

BENCHIMOL, Jaime. 2001. (cord). Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Fiocruz.

BENCHIMOL, Jaime. 1999. Dos micróbios aos mosquitos: Febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ.

BOLETIM DA SOCIEDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DE JUIZ DE FORA. Vol. 1, 1904-1905.

CAPEL, Horacio. 1992. "El asociativismo científico en iberoamerica. La necesidad de um enfoque globalizador". *Interciencia*, v.17, n.3, maio/junho, pp.168-176.

CHALHOUB, Sidney. 1996. Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial. São Paulo: Companhia das Letras.

CUNNINGHAM, Andrew e WILLIAMS, Perry. 1992. The Laboratory Revolution in Medicine. Cambridge..

PELLING, Margaret. 1993. "Contagion/ germ theory/ specificity". In: W.F. Bynun e Roy Porter (ed). *Companion Encyclopedia of the history of Medicine*, vol.1, London e New York, Routledge, pp.309-334.

CORBIN, Alain. *Saberes e odores*. 1987. O olfato e o imaginário nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Cia das Letras.

ROSEN, George. 1994. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITES/Abrasco.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. 2001 a. "Da transmissão hídrica à culicidiana: a febre amarela na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo". In: *Revista Brasileira de história*. V. 1, n. 41.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. 2001 b. *A Sociedade de Medicina em ação: controvérsias científicas e institucionalização da medicina em São Paulo*. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo.

VERSSURI, Hebe. 1992. "Las asociaciones científicas Del siglo XIX en América Latina". *Interciencia*, v.17, n.3, maio/junho, pp.133.