

ORIGEM DA FEBRE AMARELA URBANA NA AMÉRICA DO SUL

Gilberto Osório de Andrade
Geógrafo

A primeira explosão epidêmica de febre amarela na América do Sul aconteceu em Pernambuco e teve começo precisamente no dia 28 de novembro de 1685. Segundo o testemunho do mesmo contemporâneo³⁰ que registou a data, em menos de um mês houve cerca de 600 mortes nos dois pequenos bairros que então constituíam o núcleo populacional aglomerado em função do porto, e que eram as ilhas do Recife e de Santo Antônio. Sete anos depois, à custa de recrudescimentos epidêmicos que sempre se seguiam à chegada das frotas ultramarinas, já o médico João Ferreyra da Rosa estimava em seu *Tratado*³⁵ 2.000 casos fatais, numa população urbana que, embora em aumento contínuo, levaria ainda uns quinze anos antes de vir a somar perto de 10.000 almas.

Uma curiosa seletividade foi desde os primeiros dias assinalada por PIMENTA: as vítimas da pestilência eram "todos homens brancos, obra de uma dúzia de mulatos (. . .), poucos negros". Desde os primeiros anos da colônia o designativo de "negros" aplicava-se indiferentemente aos ameríndios e aos africanos, embora estes últimos não tenham começado a ser trazidos para os trabalhos dos engenhos de açúcar senão depois que o primeiro donatário da Capitania de Pernambuco, Duarte Coelho, pediu licença em 1539 ao rei de Portugal para importar escravos da Guiné. A imunidade dos aborígenes, como a dos africanos, era tamanha em contraste com a alta letalidade do efetivo europeu, que ainda segundo ROSA chegou-se a recluir um levante de indígenas em escala regional.

No ano imediato ao do primeiro surto em Pernambuco a febre amarela fez sua aparição igualmente apavorante na Bahia também com muitas mortes. De um dos vários relatos a respeito consta que "foi matéria digna de reflexão que deste contágio não enfermaram negros, mulatos, índios nem mesclados". Assim exprimiu-se Rocha PITTA,³² parecendo-lhe que para eles o mal "não trouxera forças, ou jurisdições (. . .); poderia haver neles qualidade secreta, se não foi decreto superior". Ao admitir uma "qualidade secreta" o historiador como que se acercava premonitoriamente do moderno conceito de imunização adquirida através de inumeráveis gerações em contacto com o vírus.

Era, desse modo, de alto preço a contrapartida afinal cobrada aos portugueses pelo quase nenhum estrago que tinham sofrido quando, ao trazerem as bexigas e o sarampo das zonas sujas do Mediterrâneo europeu * permaneceram quase todos a salvo das epidemias que repetidamente devastaram, a partir do século XVI, indígenas e africanos^{18 e 2} provocando uma geral debandada dos aborígenes e matando tantos escravos que muitos senhores de engenho abastados e prósperos caíram na pobreza. Com a varíola importada e muito provavelmente exacerbada por uma particular receptividade dos pretos, ou exaltada pela dos ameríndios e mestiços, configurava-se assim o que mais tarde iria repetir-se em sentido inverso com a febre amarela: "o fenômeno nosográfico — escreveu Eustáquio DUARTE — de colisão duma cultura já dessensibilizada ou quase, por força duma longa seqüência de gerações em permanente luta contra o morbo, com outra cultura dele ausente, de todo desprotegida e sem nenhuma barreira imunológica natural de defesa".¹⁸

Assim foi que — tal como Rocha PITTA se surpreenderia mais tarde com a aparente discriminação racial da febre amarela e a levaria à conta duma "qualidade secreta" — o médico Simão Pinheiro MORÃO, testemunha duma das epidemias de varíola que em Pernambuco se anteciparam à irrupção dos "males" — assim foi chamada a febre amarela no Recife —, perguntava atônito "que razão há para que o influxo Celeste, ou os Cometas, imprimam mais os seus efeitos das bexigas nos negros do que nos brancos?"²⁶

Com os primeiros estabelecimentos coloniais portugueses na costa africana, as populações do Senegal, do golfo da Guiné e da zona subequinocial de Angola não tardaram a se constituir em ativos focos de varíolas que alimentaram as reincidências epidêmicas no Novo Mundo enquanto durou o

* E não originariamente da África, por escravos angolanos, como presumiu Guilherme PISO no seu *De Medicina Brasiliensi*, primeira parte da *História Naturalis Brasiliae*, Amsterdão, 1648.

tráfico negreiro. No Brasil datam de antes dos meados do século XVI as primeiras referências alarmadas feitas às bexigas, com calamitosa redução dos aldeamentos indígenas de Pernambuco, Bahia e São Paulo, extermínio do braço escravo e reativações insistentes até o século XIX. Como acentuou DUARTE, "não há dúvida de que foi o mal um fator, se não o mais preponderante, de dispersão e extinção das nossas grossas populações aborígenes,¹⁸ cujo efetivo ao longo litoral — e só no que respeita ao tronco linguístico dos tupis — era da ordem, no mínimo, de 3 milhões, e foi bem cedo reduzido a nada, ou quase nada. Já se tem afirmado, aliás, que os espanhóis não se teriam assenhoreado tão depressa do poderoso império de Montezuma, no México, sem o concurso das bexigas, que dizimaram os 25 milhões de astecas desde os primeiros anos da conquista e puseram em pânico os sobreviventes, sem que um só castelhano fosse vitimado. A mesma coisa aconteceu no Peru, onde principalmente graças à varíola os 10 ou 15 milhões de incas de antes de Pizarro estavam reduzidos a um terço quando afinal submetidos.

Em compensação iria ser muito alto o tributo cobrado pela febre amarela ao europeu por sua obstinação colonizadora em solo americano. A tal ponto que a extrema vulnerabilidade do branco, inteiramente a descoberto do ponto de vista imunológico e, portanto, sem a menor barreira de proteção contra o vírus, por pouco não multiplicou desfechos de descolonização precoce. Como aquele da independência do Haiti, que em 1800 Napoleão fizera ocupar por 30.000 soldados para esmagar a rebelião de L'Ouverture, mas que em poucos meses não eram mais de 7.000. Imunes, inclusive às exacerbações do vírus amarelado pelo contingente branco — como veio a ser mais tarde comprovado por meio de testes de sero-proteção — os negros expulsaram os sobreviventes franceses e não tardaram a proclamar com Dessalines a República do Haiti, precisamente quando Bonaparte alcançava, na Europa, as culminâncias do seu poder militar e político. Ao longo das especulações que secularmente se fizeram sobre a seletividade da doença chegou-se a formular a teoria de que a proteção natural estava na razão inversa da brancura da pele, e a tese de que a raça seria fator causal da resistência foi reiterada ainda depois que Carlos FINLAY responsabilizou um mosquito pela transmissão da moléstia: passou-se a sustentar que o vetor hematófago seria menos atraído pela pele dos negros do que pela dos brancos. Hoje sabe-se não haver resistência ligada a raça, ou imunidade étnica natural, e sim imunidade adquirida. Como quer que fosse, dos muitos apelidos que a febre amarela ganhou em toda a parte, o de "febre patriótica", na Colômbia, é um dos que se referem ao interesse que teve para os nativistas. Quando os "males" grassaram em Pernambuco nas derradeiras décadas do século XVII, temeu-se, como já foi atrás mencionado, que uma confederação de selvagens sublevados viesse a apoderar-se da Capitania.

Bem cedo se generalizaria a versão da procedência africana desse mal até então desconhecido no Brasil e que só muito depois seria assimilado a surtos anteriores de febre amarela ocorridos na América Central e nas Antilhas. Durante os séculos XVIII e XIX quase tudo quanto se escreveu e repetiu a respeito das causas dos "males" fixou-se numa "barricas de carne podre vindas em navegação de São Tomé" e cujas emanções teriam viciado os ares do povoado do Recife, daí se propagando para outros centros urbanos da Capitania. Essas barricas tinham sido, com efeito, mencionadas no *Tratado único*, mas de modo algum ROSA levara à sua conta a origem singular, ou sequer principal, da irrupção dos "males". Dos treze parágrafos em que se ocupou da enigmática e complexa etiologia da doença, só um, por sinal o mais curto de todos, refere-se aos barris, porquanto nos demais formulam-se e discutem-se várias outras hipóteses. Como, por exemplo, as "qualidades ocultas celestes", notadamente manifestadas através de cometas e de eclipses do Sol e da Lua; ou o ar viciado, quer pelo contágio dos astros, quer por "vapores" e "seminários putridinosos", provenientes não só de alimentos corrompidos mas também de águas estagnadas e de cadáveres sepultados; ou ainda a ira de Deus contra os pecados dos homens, e assim por diante.²⁵ Mas, afinal, foram as barricas que acabaram permanecendo quase só na historiografia médica e para isso, aliás, há de ter concorrido a má fama já de antiga data atribuída aos "ares pestilenciais" de São Tomé.

Dos fins do século passado para cá, porém, suspeitas de procedência antilhana começaram a apoiar-se, duma parte no fato de que, na África, descartadas algumas supostas antecipações muito discutíveis, só 93 anos depois da epidemia dos "males" ocorreria o primeiro surto epidêmico comprovado do tifo amarelo; e, doutra parte, em registos históricos conjecturais de que o mal já era endêmico nas costas do golfo do México, nas ilhas do Caribe e nas pequenas Antilhas desde tempos pré-colombianos muito recuados.

A epidemia africana de 1778 irrompeu subitamente em São Luiz do Senegal, dando cabo de mais da metade da guarnição inglesa ali existente. Foi a *Synochus atrabiliosa* descrita por J. Peter SCHOTTE e que depressa passou a outros estabelecimentos coloniais europeus no ocidente africano, como Serra Leoa, Bolâm e Guiné portuguesa.

Quanto à América Central, Miguel BUSTAMANTE⁸ apurou que o Popol-Vuh e outros códices quichés, maia-quichés e maias permitem identificar com segurança a febre amarela no *xekik* e no *matlazahuatl* do México de antes dos espanhóis e dos tempos imediatamente posteriores à conquista. Essas investigações de BUSTAMANTE reforçaram a teoria de que a doença era já conhecida muito antes da chegada das naus de Colombo,²² e conhe-

cida não só dos mexicanos e antilhanos mas também das raças indígenas em geral, habitantes das costas atlântica e pacífica das Américas.¹⁴ A calamidade que exterminou na Hispaniola (Haiti), em 1495, o primeiro aglomerado de companheiros de Colombo estabelecidos no Novo Mundo, e da qual ficaram os registos de OVIEDO²⁷ e de LAS CASAS,¹² tem sido por vários autores identificada como o primeiro contacto de europeus com a febre amarela neste hemisfério, e quando isso fosse indiscutível estaria *ipso facto* contestada a procedência africana de virose, porquanto só em 1502 chegariam à Hispaniola os primeiros negros cuja importação, aliás, não viria a ser autorizada pelo rei da Espanha senão em 1516.³⁶

Mesmo porém, que prevaleçam as dúvidas sobre a sintomatologia amarílica do surto de 1495 na Hispaniola, parece inquestionável, inclusive a SOPPER,³⁸ que o "vômito negro" de 1648 no Iucatã, com áreas de maior incidência em Mérida e Campeche, era efetivamente a febre amarela e precedeu, portanto, de 37 anos a peste dos "males" em Pernambuco. Epidemia descrita minuciosamente por COGOLLUDO,¹³ graças a cujas informações fica-se sabendo que, embora em Mérida estivesse concentrada uma das mais densas populações indígenas do Iucatã, foi entre os relativamente poucos habitantes brancos que a epidemia irrompeu. Registou ainda COGOLLUDO que os aborígenes batizaram-na em 1648 com o mesmo nome de *xekik*, que em 1454 tinham dado ali mesmo a outra epidemia. Outra epidemia, aliás, "com sintomatologia de febre amarela muito clara", segundo julgou poder apurar DUARTE.¹⁷

Foi certamente em função de registos históricos desse gênero que a procedência antilhana do surto de 1685-1686 em Pernambuco e na Bahia passou a ser suspeitada, tanto no Brasil³³ como noutras parte. Do mesmo modo por que Armand CORRE,¹⁵ opinando fosse o golfo do México o foco primitivo da febre amarela, acreditava ter a doença se expandido dali tanto para o norte como para o sul nas Américas e também para a África e para o Mediterrâneo europeu, entendia DUARTE que a irrupção dos "males" tinha sido, no Brasil, uma conseqüência das já então assíduas comunicações marítimas a partir de portos mexicanos e antilhanos, ou fosse da navegação que no século XVII fazia escalas no Recife e em Salvador antes de cruzar o Atlântico Sul no rumo do Cabo da Boa Esperança. Essas idéias, aliás, nunca lograram consenso entre os epidemiologistas. Não só porque naquele último quartel do século XVII as relações mais freqüentes da costa brasileira ainda se entretinham muito mais com a África do que com as Antilhas, como também porque a origem africana sempre pareceu a melhor sugerida pelo fato de que os primeiros amareletos do Recife estavam ocupados com algo que viera a bordo dum navio chegado de São Tomé, e

ainda porque, ao tempo da irrupção dos "males", nenhuma epidemia de febre amarela assolava na América Espanhola, como apurou Silva CARVALHO.¹¹ Como quer que fosse, as controvérsias de exclusiva substância histórica perderam a maior parte da antiga importância desde quando as pesquisas imunológicas puseram de manifesto que a infecção amarela era pré-historicamente endêmica na África Ocidental como na América Central e no Brasil, do que resultaria a resistência dos negros e ameríndios, que já deixamos atrás assinalada. Imunidade, aliás, que, assim demonstrada biologicamente, levou um notável especialista a concluir que as terras ocidentais da África foram desde tempos remotos um vasto campo de infestação amarela,¹⁰ de sorte que o caráter benigno da febre amarela nos negros e mesmo sua inaparência devem provir do fato de terem estado sujeitos ao mal durante incontáveis gerações. Na África, com efeito, ocorrências de febre amarela muitas vezes passam despercebidas, porque raramente causam a morte de nativos e são por estes considerados como manifestações de corriqueira e benigna enfermidade infantil.⁶

Foi no curso de considerações como estas até aqui resumidas que noutra oportunidade propusemos uma questão nestes termos: "se a notável imunidade dos ameríndios brasileiros e dos africanos exprime-se em termos de remoto endemismo nos dois lados do Atlântico tropical, como explicar as tardias manifestações, nesse domínio, dos focos epidêmicos do Recife, Salvador, do Senegal? Como explicá-las, uma vez que a presença de europeus já tinha mais de século e meio no Brasil e quase três na costa ocidental da África?"⁵

Na tentativa de recolocar o problema de modo menos impreciso do que dantes, julgamos necessário enfatizar alguns dados que, uma vez combinados entre si, parecem reforçar a partir dum outro ângulo a versão da procedência africana dos "males". Em primeiro lugar não consta haver dúvida alguma de que o *Aedes aegypti* é um mosquito nativo da África. Em segundo lugar é de toda evidência que os "males" — como as demais grandes explosões históricas da virose — configuraram tipicamente surtos de febre amarela urbana, ou "febre amarela *aegypti*", como prefere SOPER, por ser esse mosquito o vetor urbano exclusivo na América. Além dessa forma de infestação urbana, que é eminentemente epidêmica, há uma "febre amarela sem *Aedes*", suspeitada pela primeira vez no Brasil por Adolf LUTZ (1929), aqui mesmo identificada no Estado do Espírito Santo por SOPER (1932) e constatada depois em várias áreas florestais das Américas Central e Meridional. Essa forma silvestre — "jungle yellow fever" — somente por exceção deixa de ser endêmica, como foi o caso da irrupção epidêmica sem *Aedes* relatado por Egberto GARCIA,²⁴ devida à introdução

de populações receptivas em meio periflorestal, e como também parecem ter sido alguns surtos pré-colombianos havidos entre os maias e identificados como tais por BUSTAMANTE.⁸ Costuma-se apontar ainda um tipo de febre amarela "rural", endemo-epidêmica, verificável na América do Sul como na África;²⁰ transmitida como é, porém, pelo *A. aegypti*, não tem especial interesse para a presente discussão por isso que podemos admiti-la como subentendida na febre amarela urbana. Digno de ser ainda assinalado é o fato de que o vírus é um só e o mesmo em qualquer caso, como tem sido sobejamente comprovado através de experimentos de imunização cruzada, não somente entre o agente da febre amarela urbana e o da silvestre, como também entre as cepas africanas e americanas.

A noção de "complexo patogênico", desenvolvida por Max. SORRE em seus estudos sobre o organismo humano em luta contra o meio vivente,⁴¹ poderá facilitar-nos prosseguirmos em nosso raciocínio. Complexos patogênicos são associações de seres de diversos graus de organização, das quais o homem é o centro e cujas atividades se traduzem sob a forma de doenças infectuosas. Na febre amarela urbana o complexo instaura-se na tríade "homem infectado — *Aedes aegypti* — homem receptivo", mas na silvestre, se considerarmos que na floresta tropical americana os reservatórios naturais do vírus são outros vertebrados, especialmente primatas * , e, mais ainda, que a transmissão se faz pela picada de espécies de mosquitos silvestres principalmente do gênero *Haemagogus*, a cadeia é mantida pelo sistema "primata — *Haemagogus* — primata", podendo o homem assumir o lugar de qualquer dos dois extremos, em virtude de também ser — embora não exclusivamente — antropófilo o hematófago. Ali onde seja biologicamente endêmico, além do vírus e do *Haemagogus*, algum daqueles primatas, haverá enzootia amarílica e poderá haver igualmente endemias no sentido médico, e eventualmente focos epidêmicos. Daí o ter sugerido SOPER que a febre amarela bem pode ser "um acidente na evolução duma epizootia dos animais inferiores", uma zoonose, em suma, como é o caso, aliás, da maioria das molestias transmitidas por artrópodes. Zoonose talvez mesmo anterior à existência do homem que, em relação aos vetores das grandes endemias e a quase todos os ramos do reino animal, foi um retardatário no globo terrestre e é mais recente do que os seus Parasitas.⁴¹ Pelo que cabe plenamente a suposição de que o agente causal da febre amarela, doença ani-

* Principalmente macacos de vários gêneros, entre os quais o *Cebus*, que é o gênero sul-americano mais comum, o *Alouatta*, o *Ateles* e o *Callithrix*. Com atuação não bem esclarecida na epidemiologia, também alguns roedores, carnívoros, desdentados e marsupiais (vd. BOSHELL, L. O. & GROOT, H. *Encuesta imunológica sobre fiebre amarilla*, etc., p. 310-2; PARREIRAS, Décio *Manual de clínica de doenças tropicais e infectuosas* p. 112-3; SOPER, F. L. et alii. *Conferência de fiebre amarilla*, p. 22). Aliás os macacos foram identificados primeiro na África como reservatórios (*Macacus sinicus* e *M. rhesus*), por STOKES, BAUER E HUDSON, 1927.

mal, participa do estoque de formas vivas comuns à África e à América e anteriores à rutura da crosta na qual durante o período cretáceo, há 136 milhões de anos, foi se instalando e alargando progressivamente o Atlântico até alcançar a largura que tem hoje. A propósito disso e a propósito, provavelmente também, da ecologia do agente causal, não deixa de ter interesse o fato de que, numa relação de moléstias ditas tropicais segundo os continentes, a febre amarela aparece exclusivamente na África tropical e nas Américas Central e do Sul, embora a área de repartição do *A. aegypti* abranja também a costa oriental africana, as Índias, as ilhas do Oceano Índico e o Extremo Oriente,²⁰ uma vez que nos dias atuais o mosquito africano, graças à intensificação sempre maior das comunicações, fez-se endêmico em toda a zona intertropical e mesmo subtropical.

Ao tempo do surto epidêmico de 1685 o Recife ainda se comprimia entre o mar e áreas periflorestais que o envolviam, por isso que ainda não tinha sido completamente desmontada, para o cultivo da cana-de-açúcar, a exuberante mata costeira. Do que se sabe hoje acerca da tolerância imunológica de populações florestais da América tropical como da África — tolerância manifestada por um endemismo multissecular de febre amarela silvestre, "sem *Aedes*" — pode-se presumir com muita segurança que as populações de nativos e mestiços não urbanizados em redor do Recife (como doutros aglomerados urbanos nas mesmas condições, a exemplo de Olinda, aliás mais antiga) participavam dum complexo amarílico em equilíbrio, dum "zona de silêncio" onde a infecção fizera-se inaparente por ser geralmente baixa e de tipo benigno a endemicidade. Em outras palavras, a cadeia "primata — *Haemagogus* — primata" já teria desde muito tempo incorporado o homem como hospedeiro em que a produção de anticorpos chegara a se realizar como uma barreira sorológica de defesa, isto é, como um reservatório em que a premunicação impedia de eclodirem os germes em forma epidêmica. A presunção tem inteiro fundamento quando se sabe que, revelada na primeira metade deste século pelo serodiagnóstico, a febre amarela manifestou-se, efetivamente, como existindo desde muito tempo e com alto percentual de imunidade entre indígenas e macacos *Cebus* do Brasil Central, bem como em várias frentes pioneiras de desmatamento, tudo em lugares ou mesmo em regiões inteiras onde era desconhecida ou, pelo menos, não reconhecida.

Terá sido, desse modo, muito intuitiva a perplexidade de CARTER, de que era difícil de explicar o aparecimento tardio da febre amarela (urbana, diremos nós) no Brasil, a menos que o *A. aegypti* estivesse até então ausente.¹⁰ A inexistência do vetor urbano parece, com efeito, a única explicação razoável para o fato de não ter sido a infecção reativada epidemicamente desde muito cedo nos núcleos crescentemente concentradores de eu-

ropeus altamente suscetíveis numa população já familiarizada com o vírus. É certo que deslocamentos de indígenas, de negros e de brancos se faziam com frequência entre os aglomerados populacionais e o meio florestal ainda vizinho, mas nunca chegaram a ser movimentos bastante densos para introduzir "combustível" em zonas de endemia amarílica silvestre,* de modo a acender epidemias ali onde fortuitos casos de infecção se tenham registrado. A possibilidade de ter havido sempre vítimas eventuais é muito grande, principalmente entre os habitantes de engenhos engastados ainda em zonas florestais, e a falta de referências a isso por parte dos cronistas coloniais deve ser atribuída a que somente os casos de numerosa letalidade, com proações de castigo dos céus, costumavam ser especialmente registrados.

Na América pelo menos — onde o *A. aegypti*, incorporado a um agrupamento típico de ecoclima caseiro tem a fama de ser o mais doméstico dos mosquitos, o mais estreitamente vinculado ao ser humano, e jamais se adapta à vida longe da habitação humana³⁷ — o mosquito arborícola da selva, ou mais precisamente o acrodendrófilo *Haemagogus* não se acomoda nas cidades e nestas uma epidemia de febre amarela somente irromperá se o vetor urbano específico estiver ocorrendo dentro de aglomerado. E como não parece haver dúvida de que o *A. aegypti* é nativo da África, fica sendo extremamente provável que a explosão dos "males" no Recife de 1685 tenha ocorrido em consequência do desembarque do pernillongo ultramarino. Não em barricas de carne podre, pois o mosquito africano é muito exigente água limpa para desovar, mas em vasilhame contendo água de beber, vindo "em navegação de São Tomé" e retirado de bordo para reparos numa tanoaria da Rua da Praia.** Os veleiros da época funcionavam, com efeito, como focos de procriação de mosquitos, concentrando-se neles todos os requisitos de que necessitam os vetores para se assegurarem da continuidade da espécie. Do que se sabe agora da ecologia do *A. aegypti* pode-se deduzir com toda a segurança que esses requisitos resumiam-se, principalmente, nos es-

* Tal como parece ter acontecido no México de antes de Cortez, com o *matlazahuatl* que explodiu na costa de Veracruz e de Tampico, habitada por contingentes de indígenas receptivos transferidos dos altiplanos de Anauac. E que teriam sido transferidos compulsoriamente, como se depreende dos registos históricos segundo os quais Montezuma ordenara, depois da epidemia, que a costa fosse novamente povoada (Cf. ELTON, Norman; SOPPER, F. L. *Conferência de fiebre amarilla*, p. 45).

** Do "vício pestilencial (. . .) brevemente morreu um tanoeiro; o que sucedeu na Rua da Praia; e assim mais quatro ou cinco na mesma casa; e se foi pela mesma rua comunicando" (ROSA, J. F. da *Tratado único etc.*, In: MORÃO, ROSA & PIMENTA, p. 245). — "O *Aedes* adulto nunca desembarca como se fôra um turista, quando tem repasto sangüíneo a bordo. Não enfrenta ventos e sol por curiosidade. O perigo das infestações (nos portos) está nos depósitos com ovos que vêm para terra e são as embarcações de porte médio que apresentam este problema" (Iberê Reis, *Moderna estratégia etc.*, p. 285).

curos porões, em barris não de todo fechados, para permitir o arejamento d'água, e onde as condições ambientes eram as mais favoráveis à proliferação do inseto.* Além de disseminadores da infecção, os navios renovavam sucessivamente os "reatores" com que de vez em quando se reacendiam os focos endêmicos silentes. Periodicamente forneciam — como exprimiu-se DUARTE — ora o mosquito, ora o homem branco biologicamente desprotegido e propício à imediata poliferação do vírus, ora o próprio vírus cultivado nas tripulações infectantes. No Recife, a epidemia de 1685 recrudescceu em 1690, 1691 e várias vezes depois, sempre em seguida à chegada das frota ultramarinas anuais, que despejaram novos contingentes humanos receptivos.

A presença do até então ausente *A. aegypti* no Recife integraria o complexo patogênico responsável pela forma urbana, epidêmica, da virose. Século e meio depois, as últimas epidemias de malária registradas no Brasil (1931-9) iriam deixar assinalada a importação doutro artrópode vetor africano com conseqüências análogas: o *Anopheles (Myzomia) gambiæ* quase certamente transportado por avisos postais ou aviões da "Air France", o qual acendeu formas de impaludismo inusitadamente graves em áreas de velho endemismo malárico do Rio Grande do Norte e do Ceará.

Adotada a hipótese que revigora, se admitida, a clássica versão da origem africana do primeiro surto epidêmico da febre amarela na América do Sul, a procedência antilhana reveste-se, *ipso facto*, duma improbabilidade irremediável. Configurada sumariamente, com efeito, a epidemia de 1685 como repentina perturbação, no Recife, duma "zona de silêncio" pelo advento de indivíduos recentemente infectados em focos epidêmicos do mar das Caraíbas, isso precisaria, para ser aceitável, de que o vetor urbano já existisse aqui, o que, como se viu, é totalmente indemonstrável.

Restaria fazer ainda uma referência final ao primado que teve o Recife de ser submetido em 1691, durante o governo do Marquês de Montebeilo, à primeira campanha profilática planejada e executada no Novo Continente, campanha que sem o saber veio a ser igualmente de erradicação do *A. aegypti*, cujas condições ecológicas foram, com efeito, reduzidas a um

* Em 26-6-1977 o *Diário de Pernambuco* publicou uma correspondência de Belém do Pará, nestes termos: "Seis focos do mosquito transmissor da febre amarela, o "*Aedes aegypti*", foram descobertos pela Superintendência das Campanhas Médicas —SUCAM— a bordo do navio "Antares", de bandeira grega, que atracou no porto da capital paraense procedente da Nigéria. Os focos foram localizados em seis pneus um dia depois de ter aportado em Belém, porque a SUCAM não foi avisada da sua presença". A correspondência acrescenta que a Capitania dos Portos foi responsabilizada "pelos riscos futuros de uma epidemia porque permitiu que o navio atracasse sem a prévia fiscalização da equipe daquela superintendência".

mínimo em consequência, principalmente, da sistemática eliminação das coleções d'água nas ruas, nos quintais e nas casas do povoado, e bem assim de fogueiras queimando durante quarenta noites toda a sorte de ervas odoríferas, essenciais aromáticas e defumadores exóticos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. Profilaxia das doenças transmissíveis; relatório oficial. 9 ed. Washington, Organização Pan-americana de Saúde, 1962. 292 p. (Publicações científicas, 51).
- 2 — ANDRADE, Gilberto Osório de. Estudo crítico sobre o tratado de Romão Mosia Renhipo. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA: notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956. 565 p. il.
- 3 — _____. Estudo crítico sobre o tratado de João Ferreira da Rosa. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956. p. 129 - 72.
- 4 — _____. Domínio tropical: dimensão e conceito ecológico-geográfico de tropicalidade. *Estudos Universitários*, Recife, 9 (1) : 19-52, jan./mar. 1969.
- 5 — _____. *Montebelo, os males e os mascates*. Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 1969.
- 6 — BOLETIM DA OFICINA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, Washington 13-36 (5-5):625-519, 1934-1957.
- 7 — BOSHELL, Jorge & GROOT, Hernando. Encuesta imunológica sobre fiebre amarilla en primates silvestres de América Central. *B. of. Sanit. panamer.* Washington, 43(4):309-22, 1957.
- 8 — BUSTAMANTE, Miguel. La fiebre amarilla en México y su origen en America. *Gac. méd. México*. México, (357). 1957.
- 9 — _____. Epidemiologia de la fiebre amarilla en America Central. *Gac. méd. México*, (225) 1958.
- 10 — CARTER, Henry. *Yellow fever, an epidemiology and historical study of its place of origin*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1931. Inclui bibliografia.
- 11 — CARVALHO, Augusto da Silva. *La médecine dans la découverte et la colonisation du Brésil*. Separata de *A medicina contemporânea*. Lisboa, [s.ed] 1937.

- 12 – CASAS, Bartolomé de las, bispo de Chiapa. *História de las Indias México*, Fondo de Cultura Económica, 1951.
- 13 – COGOLLUDO, Diogo Lopez de. *História de Yucatán*. Madrid, [s. ed.] 1688.
- 14 – COPELLO, Juan. *Nuevos estudios para determinar las causas, la naturaliza y el tratamiento de la fiebre amarilla*. Lima, [s. ed.] 1870.
- 15 – CORRE, Armand. *De l'etiologie et de la prophylaxie de la fievre jaune*. Paris, 1882.
- 16 – _____ *Traité des frièvre des pays chauds*. Paris, 1883.
- 17 – DUARTE, Eustáquio. Introdução histórica do tratado de J. F. Rosa. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956. 565 p.
- 18 – _____ Introdução histórica ao tratado de R. M. Renhipo. In: MORÃO ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956. 565 p.
- 19 – _____ Orígenes de la fiebre amarilla en Brasil. *R. hist. Med.*, Buenos Aires, 2(3), 1943.
- 20 – DUBOIS, Albert & BERGHE, Louis van den. *Les maladies des pays chauds; symptomes, diagnostic et raitement*. Paris, Masson, 1947. 488 p.
- 21 – LA ERRADICACIÓN del aedes aegypti en el Brasil: evolución y exito de uma grande campaña. *B. Of. Sanit. panamer*, Washington, 47(1):1-12, 1959.
- 22 – FINLAY, Carlos Juan. *Yellow fever; historical sketch of the disease; its etiology and mode of propagation*. New York, [s. ed.] 1904.
- 23 – _____ *Trabajos selectos*. Havana, [s. ed.] 1912.
- 24 – GARCIA, Egberto. *Brote de fiebre amarilla selvática en Santo Domingo de los Colorados, Ecuador*. Washington [s. ed.] 1951.
- 25 – MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Estudo crítico de Gilberto Osório de Andrade. Introdução históricas, interpretações e notas de Eustáquio Duarte. Pref. de Gilberto Freyre. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956. 565 p. Conteúdo: 1 pt. MORÃO, Simão Pinheiro. *O tratado único das bexigas e sarampo*. 2 pt. ROSA, João Ferreira de. *O tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco*. 3 pt. PIMENTA, Miguel Dias. *Notícias do que é o achaque do bicho*.

- 26 — MORÃO, Simão Pinheiro. O tratado único das bexigas e sarampo. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956.
- 27 — OVIEDO Y VALDEZ, Gonçalo Fernandez de. *Sumário de la natural historia de las India*. México, Fondo de Cultura, 1950.
- 28 — PARAHYM, Orlando. *Endemias brasileiras*. Recife, Universidade do Recife, 1961. 473 p. il. (Coleção Nordestina, 1) Inclui bibliografia.
- 29 — PARREIRAS, Décio. *Manual de clínica de doenças tropicais e infectuosas*. Rio de Janeiro, Ed. Capitólio, 1952. 479 p. il.
- 30 — PIMENTA, Miguel Dias. Notícias do que é o achaque do bicho. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, Arquivo Público Estadual, 1956.
- 31 — PISO, Guilherme. *História natural do Brasil ilustrada*. Trad. Alexandre Correia, seguida do texto original da biografia do autor e de comentários sobre a sua obra. São Paulo, Ed. Nacional, 1948.
- 32 — PITTA, Sebastião da Rocha. *História da América portuguesa desde o ano de 1500 do seu descobrimento, até o de 1724*. Lisboa, Ocidental. 1730. 716 p.
- 33 — REGO, José Pereira do. *Memória histórica das epidemias de febre amarela e colera-morbo que têm reinado no Brasil*. Rio de Janeiro, 1873.
- 34 — REIS, Iberê. Moderna estratégia na erradicação do aedes aegypti. *R. brasil. Microbiol. Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, DNERU, 20(3-4): 279-87, jul, 1968.
- 35 — ROSA, João Ferreira de. O tratado único da constituição pestilencial de Pernambuco. In: MORÃO, ROSA & PIMENTA; notícia dos três primeiros livros em vernáculo sobre a medicina no Brasil. Recife, ArquivosPúblico Estadual, 1956.
- 36 — SACO, José Antonio, *História de la esclavitud de la raza africana en el Nuevo Mundo*. Havana, 1938.
- 37 — SOPPER, Fred L. El aedes aegypti y la fiebre amarilla. *B. of Sanit. panamer.*, Washington, 44(3):187-95, 1968.
- 38 — _____, *Yellow fever in the Caribbean*. Washington, 1952.
- 39 — SOPPER, Fred L. et alii. Conferência de febre amarilla. *B. of Sanit. panamer.*, Washington, 39(1): 1-85, 1955.

- 40 — SORRE, Max. Les fondements biologiques: essai d'une écologie de l'homme. In:
— *Les fondements de la géographie humaine*. 3 ed. rev. et augm. Paris,
Libr. A. Colin, 1951. - 3 v. em 4. - il.