



Coqueluche: interpretações, controvérsias e terapêuticas, 1850-1950

Marco Antonio Stancik

Instituto Agrônômico do Paraná - IAPAR
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG
marcostancik@hotmail.com

Resumo:

A coqueluche é uma doença infecciosa contra a qual já foram empregados os mais diferentes recursos terapêuticos, coerentes com diferentes interpretações dadas ao mal. O presente estudo pretende descrever sucintamente as formas de tratamento adotadas entre meados dos séculos XIX e XX, acompanhando suas transformações, de forma a evidenciar a historicidade da medicina e das doenças.

Palavras-chave: Coqueluche, *Bordetella pertussis*, História da medicina

Abstract:

Pertussis: interpretations, controversies and therapeutics, 1850-1950

Pertussis is an infectious disease treated with a variety of therapeutic resources adapted to the different interpretations given to the disease. This study aims to describe briefly the therapeutic used between the mid-19th and 20th, describing the changes in therapeutics processes, to highlight that medicine and diseases have a history.

Keywords: Pertussis (whooping cough), *Bordetella pertussis*, History of Medicine



Introdução

Se há moléstia que gosta de desafiar a terapêutica e descontentar o médico, essa moléstia é, sem dúvida, a coqueluche. Por isso, em quase todos os números de jornais de medicina encontra-se algo a respeito dela. Parece que os médicos estão feridos no seu amor próprio e, daí, essa abundância de medicamentos, recomendados no tratamento de tão perigosa quanto fatigante infecção. (Cassio de Rezende, 1906, p. 333)

A persistência, em pleno século XXI, de práticas e saberes terapêuticos milenares, que coexistem com recursos e tecnologias sofisticados, colocados a serviço da cura, revelam que as terapêuticas têm história, assim como as doenças (Le Goff, 1997). Suas formas de enfrentamento, dotadas de maior ou menor longevidade, empregadas, algumas delas, por grupos humanos extremamente reduzidos, outras, mostrando-se capazes de abranger porções consideráveis do globo, são, por isso mesmo, produções humanas permeadas por particularidades históricas, sociais e culturais que as tornam singulares, no espaço e no tempo.

É somente tendo em consideração tais singularidades que se faz possível compreender sua prescrição e adoção, bem como o seu posterior descrédito e abandono. Ou seja, o que se propõe é que todos e quaisquer recursos terapêuticos, sejam eles prescritos, praticados e/ou adotados por agentes da cura dotados de legitimidade –como na atualidade se observa com os profissionais formados pelas academias de medicina-, ou por humildes terapeutas populares, se sustentam em saberes e crenças dotados de historicidade. Além disso, eles podem dar lugar a mudanças nas relações estabelecidas com os agentes patogênicos, ou, até mesmo, contribuir para que estes se transformem. Exemplo bastante conhecido é o da resistência microbiana aos antibióticos, fenômeno que muito rapidamente tomou o lugar da euforia daqueles que vieram a supor que o homem teria, finalmente, se tornado capaz de produzir drogas aptas a curar definitivamente um sem-número de enfermidades.

Para melhor demonstrar tais assertivas, o presente ensaio tem por foco as interpretações e os procedimentos terapêuticos legitimados pelas academias de medicina e praticados/prescritos por médicos, no intuito de proporcionar a cura ou o alívio dos sintomas decorrentes da coqueluche, tosse convulsa, ou tosse comprida, como também tornou-se conhecida.

Contra ela, se empregou até mesmo a força aérea francesa e alemã, conforme afirma Ledermann (2004, p. 244), com ironia, mas sem exagero, referindo-se ao fato de, entre as décadas de 1920 e 1950, recorrer-se até mesmo ao vôo em aviões para amenizar os acessos de



tosse. No Brasil, tal recurso foi prescrito, por exemplo, pelos médicos Leonel Gonzaga (1956, p. 236) e Kehl e Monteiro (s.d., p. 74).

No início do século XX, estabeleceu-se que a enfermidade afeta o ser humano devido à ação de uma bactéria, inicialmente batizada sob a denominação de *Haemophilus pertussis*, atualmente conhecida como *Bordetella pertussis* – do latim *per* (intensa) e *tussis* (tosse). Esta foi isolada no ano de 1906, através dos estudos desenvolvidos, a partir de 1900, por Jules Bordet e Octave Gengou, motivo pelo qual é também aludida como bacilo de Bordet-Gengou. Na década de 1930, a *Bordetella parapertussis* foi reconhecida como mais um agente capaz de provocar o mal.

Desde então, a propagação da *Bordetella pertussis*, que se caracteriza por sua extrema virulência, passou a ser atribuída às gotículas nasofaríngeas expelidas no ar pelo doente, ao tossir, espirrar ou falar. Provavelmente, os acessos de tosse espasmódica podem ser apontados como o sintoma mais característico da coqueluche, sendo observados desde o século XVI (Cherry, 1999, p. S107). Em 1935, o pediatra Octavio Gonzaga transcreveu longa e dramática descrição dos acessos de tosse, conforme apresentada pelo médico francês Armand Trousseau. Segundo este:

“A criança está em meio dos seus brinquedos. De repente pára, sua alegria é substituída pela tristeza. Afasta-se dos companheiros, procura evitá-los; medita a sua crise; sente que ela vai chegar, sofrendo na garganta aquela sensação característica. A princípio procura fazer abortar a quinta. Retém a respiração e parece compreender que o ar chegando abertamente a laringe vai provocar aquela tosse extenuante, de que ela guarda tão triste experiência. Por mais que faça, ela não impedirá e apenas poderá retardar a explosão. Se grita, se chora, se está sob a influência de uma emoção que excita o sistema nervoso mais pronta será a explosão. Dá-se o acesso. O doente procura em torno dele um ponto de apoio ao qual possa agarrar-se. Se é pequeno precipita-se nos braços da mãe ou da ama. Se mais avançado em idade, vós o vereis trepidar num estado de agitação convulsiva. Se está deitado, ergue-se vivamente, assenta-se, agarra-se às barras do leito.” (Gonzaga, 1935, p. 479-480)

Após a introdução da vacina tríplice bacteriana,¹ nos países em que foi adotada acreditou-se durante algumas décadas que o recurso eliminaria progressivamente o mal. No

¹ Foi na década de 1950 que a DTP, ou vacina tríplice bacteriana (contra difteria, tétano e coqueluche), a primeira vacina combinada para a prevenção de três diferentes doenças causadas por bactérias, passou a ser empregada nos Estados Unidos, visando a imunização em massa de crianças. No Brasil, a mesma medida foi adotada somente no ano de 1983, sendo hoje universalmente utilizada no primeiro ano de vida (Luz, Codeço & Werneck, 2003; Higashi et al., 2009).



entanto, nas últimas décadas do século XX, constatou-se sua reemergência, afetando, inclusive, pessoas vacinadas e manifestando-se sob formas consideradas atípicas (Agmont, 2010; Trevizan & Coutinho, 2008; Jones, Gasser, Erb & Oechslin, 2004; Luz et al., 2003; Edwards, 2001; Senzilet, Halperin, Spika, Alagaratnam, Morris & Smith, 2001).

Assim, constata-se que as formas de compreender e dar combate à coqueluche jamais se revelaram universal e atemporalmente válidas. Inclusive aquelas que obtiveram a chancela dos profissionais da medicina que, no correr das décadas finais do século XIX e, mais intensamente ainda, no correr do século XX, foram reconhecidos no mundo ocidental como os legítimos produtores de saberes e práticas de cura, em detrimento de agentes tais como curandeiros, benzedeiros, parteiras, entre outros terapeutas populares.

Assim, descrevendo sucintamente as formas de tratamento da coqueluche, bem como os modos de compreensão da doença, pretende-se demonstrar que, se “a medicina e as doenças têm sua história, e se o medo das doenças, que é ao mesmo tempo o medo do sofrimento e da morte, prossegue sendo uma constante na trajetória humana, as formas de enfrentá-las têm sofrido profundas transformações” (Stancik, 2007, p. 32), guardando ainda estreitas relações com os modos de compreendê-las, característicos de cada momento histórico.

O estudo pretende ainda atender à regra metodológica proposta por Benchimol (1999). O autor defende o abandono das dicotomias “certo/errado”, ou “êxito/fracasso”, sob as quais vários estudos tendem a dar ênfase somente aos empreendimentos e teorias vitoriosos nas disputas pela definição da realidade. Isso por se considerar que, tanto quanto quaisquer outros, o ponto de vista médico sobre a saúde e a doença é uma construção social (Tronca, 2000).

Para tanto, optou-se por um recorte temporal que se estende por 100 anos e que abrange de meados do século XIX a meados do século XX. Período este abordado através dos registros presentes em obras médicas disponibilizadas no Brasil e correspondente ao momento que antecede a adoção da vacina como recurso preventivo e o emprego dos antibióticos no seu tratamento. Desta forma, pretende-se contribuir no sentido de apresentar um sucinto esboço em torno das interpretações e terapêuticas relativas ao mal.² Esboço este cujo alcance situa-se além das fronteiras brasileiras, uma vez que os autores utilizados apoiavam-se em referenciais que apresentam tal característica.

² Em parte, a necessidade do presente estudo decorreu da leitura do artigo de James D. Cherry (1999), que instigou o questionamento quanto à descrição e, principalmente, às terapêuticas da coqueluche, tendo em vista o recorte espaço/temporal aqui proposto.



A coqueluche e suas terapêuticas às vésperas da era microbiana

Na Europa do século XIX, em meio às controvérsias em torno das causas de diversas doenças, François-Vincent Raspail, que não possuía o diploma de médico, publicou uma obra que teve grande aceitação não apenas na França, mas também em Portugal e no Brasil. Trata-se da obra intitulada *Manual de saúde, ou medicina e farmácia domésticas* (Raspail, 1850), cuja primeira edição francesa é de 1846 e com o qual alcançou, ao mesmo tempo, o reconhecimento de alguns profissionais da cura e a rejeição da parte de outros. Sua proposta era tornar possível o tratamento sem o concurso de médicos e farmacêuticos e sua grande panacéia era o uso da cânfora. Esta deveria ser empregada em uso interno e externo, através de loções, pomadas e outras formas de apresentação (Nava, p. 203).

A coqueluche era abordada por Raspail em verbete no qual se referia ainda à gripe, ao catarro pulmonar, à tosse e ao defluxo do peito. Assim, percebendo-as de forma muito assemelhada, minimizava, em certa medida, os efeitos no organismo humano resultantes da ação da *Bordetella pertussis*, a qual ainda era desconhecida. Nas suas palavras:

“O catarro ou defluxo do peito é de todas as estações; a gripe, que teve primeiro o nome de coqueluche, e tem tomado em diversos países o nome de influência (influenza), é uma epidemia própria dos tempos frios e nebulosos. A coqueluche já se não diz senão do defluxo das crianças acompanhado de fortes acessos de tosse: a denominação francesa de quintas de tosse é tomada do solfejo para designar a nota do pio aumento que se faz ouvir quando se tosse. (...) O catarro ou defluxo de peito é o resultado de titilações de corpos estranhos, inertes ou animados, tais como o pó dos granéis ou a invasão das ascárides vermiculares sobre as paredes da tráqueo-artéria, e especialmente sobre a laringe. A gripe é o efeito de uma invasão de parasitas mais ásperos, que implantando-se sobre o istmo da garganta e sobre as mucosas da laringe, determinam, pela infiltração de seu vírus, o engurgitamento dos linfáticos e o torpor dos músculos do pescoço, do dorso e do peito; o que forma sobre o busto como uma espécie de coqueluche ou capuz de tormento e de torpor. A coqueluche das crianças é devida às mesmas causas que o catarro dos velhos; e a diferença de seus catarros depende da diferença da idade e dos órgãos.” (Raspail, 1850, p. 174-175)

Ao propor o tratamento, Raspail dava ênfase ao medicamento por ele preferido, acentuando o emprego da cânfora, para prosseguir indicando purgativos, clisteres vermífugos, entre outros recursos. Conforme as palavras do autor:



“no começo, quase todas as afecções de peito desaparecem pelas inspirações da cigarrilha de cânfora. Se a este meio de medicação acrescentais uma gravata, embebida alternativamente de álcool canforado e de água sedativa, em volta do pescoço, ficais seguros de fazer cessar os excessos de tosse, e fazer abortar o mal. Se os espasmos de peito continuassem, cobrir-se-ia o peito e o pescoço com uma larga compressa de álcool canforado. Depois fariam fricções com pomada canforada.” (Raspail, 1850, p. 175)

Naquele mesmo período, o Brasil é descrito por diversos autores como um país de escassos médicos e amplo espaço para a atuação de terapeutas populares, tais como benzedeiros, cirurgiões barbeiros, parteiras (Santos Filho, 1991; Soares, 2001; Figueiredo, 2002). Diante de tal quadro e destoando da postura assumida por Raspail, houve médicos que publicaram obras destinadas ao uso do público leigo, na intenção de divulgar saberes e práticas de cura autorizados pelas academias de medicina.

Dois destacados exemplos de manuais de medicina de uso doméstico são os trabalhos publicados pelos médicos europeus Theodoro Langgaard e Pedro Luiz Napoleão Chernoviz. Diferentemente de Raspail, estes autores esforçaram-se no sentido de particularizar as terapêuticas, ou seja, propor tratamentos específicos para cada doença. Ao mesmo tempo, sob o intento de tornar acessíveis os saberes chancelados por escolas médicas a todos aqueles que não possuíssem formação médica, opunham-se a Raspail, que contestava os ensinamentos dali provenientes.

Na primeira edição do *Dicionário de medicina doméstica e popular*, datada do ano de 1865, o médico dinamarquês Theodoro J. H. Langgaard³ reconhecia a ocorrência de três períodos distintos na manifestação da coqueluche. Repetia assim descrição aceita por outros autores e que se tornaria clássica. Conforme o autor, inicialmente haveria tosse, defluxo, cefalgia, langor, frio alternado com calor, entre outros sintomas. O segundo período era por ele denominado espasmódico ou convulsivo, devido aos extenuantes acessos de tosse, acompanhados de inspiração longa e sibilante e seguidos da expectoração de mucosidade viscosa e vômito. Durante tais acessos, seriam observados sinais tais como rubor da face e distensão das veias mais aparentes. O período final, de convalescença, seria caracterizado pela diminuição de intensidade de tais sintomas.

³ Theodoro Langgaard nasceu na Dinamarca e estudou medicina em Kiel, na Alemanha e em Copenhague. Transferiu-se para o Brasil no ano de 1842, tendo vivido nas cidades de Sorocaba, Campinas e Rio de Janeiro. Defendeu tese junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro para obter a revalidação de seu diploma. O tema versava sobre a geração espontânea. Além do *Dicionário de medicina doméstica e popular*, publicou ainda o *Formulário médico* e uma obra sobre obstetrícia intitulada *Sucintos conselhos à jovens mães para o tratamento racional de seus filhos*, artigos em periódicos médicos, entre outros trabalhos (Guimarães, 2003).



Segundo Langgaard, não haveria certeza de se tratar de doença contagiosa, embora indicasse tal opinião como a mais aceita no período. Contudo, advertia que, divergindo desta opinião, outros autores a consideravam originada por miasmas. Se assim fosse, a doença seria produzida por determinadas condições atmosféricas em que supostas emanações nocivas, oriundas de ambientes insalubres e substâncias em decomposição - que o autor não especificava quais poderiam ser - se propagariam pelo ar, afetando a saúde da população. Segundo tal ponto de vista, as enfermidades eram percebidas como fenômenos de caráter biológico e social. Ou seja, a ocorrência de doenças dependeria de agentes da natureza, que teriam possibilitada a sua ação pela presença de seres humanos em ambientes considerados insalubres, tais como pântanos, cemitérios, matadouros, entre muitos outros. Caberia ao homem, portanto, identificar tais focos pestilenciais e impedir que eles prosseguissem emanando exalações pútridas e nocivas, de origem vegetal ou animal, visando proteger sua saúde.

Observe-se ainda que a idéia de contágio, como referida por Langgaard, era distinta daquela que se firmou após a emergência da teoria dos germes, confundido-se mesmo com a teoria miasmática. Theodoro Langgaard, contudo, esboçou esforços no sentido de distingui-las, propondo que:

“Consiste o contágio em um veneno animal, base das moléstias contagiosas, que se desenvolve no organismo doente, e por meio de contato mediato ou imediato se transmite aos organismos sãos e susceptíveis de o receber, desenvolvendo deste modo uma moléstia semelhante. É nisto que consiste a diferença entre o contágio e o miasma. Este último depende de uma alteração viciosa da atmosfera, que ao mesmo tempo acomete um grande número de indivíduos de uma localidade, sem poder-se demonstrar existência de um veneno animal, que passando de uma pessoa a outra, todavia é a causa da moléstia reinante” (Langgaard, 1865, v. 1, p. 531).

Havia, além disso, conseqüências importantes decorrentes da aceitação de uma ou de outra teoria. Para aqueles que atribuíam as doenças à ação dos miasmas, tais emanações seriam resultantes das condições objetivas de vida, construídas no espaço social. Importava assim, segundo tal perspectiva, pensar e modificar as formas de vida das pessoas. Por isso, muitos de seus defensores clamavam pelo saneamento, pela limpeza das cidades, das ruas, das habitações, a ponto de reformas urbanas, como as realizadas nas cidades de Paris e Rio de Janeiro, terem se fundamentado nas proposições da teoria miasmática.

Os contagionistas, por sua vez, tendiam a defender o isolamento e a quarentena, visando afastar os indivíduos sadios dos enfermos e dos objetos com os quais viessem a ter contato. Medidas não apenas incômodas economicamente (Ackerknecht, 1948), mas,



provavelmente, tanto mais difíceis de impor, por conta das incertezas e controvérsias que caracterizavam os debates entre os profissionais da medicina, por se posicionarem favoráveis a uma ou a outra teoria.⁴

Embora a segunda edição do dicionário de Langgaard, datada de 1872, ainda trouxesse a suposição da origem miasmática da coqueluche, diferenciava-se ligeiramente da edição anterior por acrescentar ao texto um parágrafo no qual era reforçada a idéia do contágio. Segundo Langgaard:

“Poulet publicou na *Academie des sciences*, de agosto de 1869, uma observação, ou antes uma descoberta interessantíssima. Mostrou que o contágio da coqueluche depende de infusórios expirados pelos doentes, e constatou por experiências diretas, por meio de microscópio, a presença de *Monas punctum* ou de *Bacterium termo* no vapor do ar expirado.” (Langgaard, 1872, v. 2, p. 534)

Conforme o autor, o emprego do microscópio para a observação de secreções emitidas pelos doentes indicava a presença de minúsculos agentes, aos quais começava a tornar-se aceitável atribuir a possível causa da coqueluche. O contexto é o mesmo durante o qual Louis Pasteur e Robert Koch vinham desenvolvendo os trabalhos que conduziram à proposição da teoria microbiana da doença. O já referido François-Vincent Raspail, que não era médico, nem bacteriologista, também já antecipava tal perspectiva, ao descrever o parasitismo interno e externo como causa de muitas doenças. Conforme detalhou:

“há animais, infinitamente pequenos, que são tão sôfregos de nossa carne, como o poderia ser o urso e o tigre; parasitas tanto mais perigosos, quanto são menos visíveis; sua pequenez lhes permite esconder-se na espessura de todos os nossos tecidos, nas cavidades mais secretas de nossos órgãos; e podem deste modo pôr em desordem todas as nossas funções, sem que ninguém, e o médico ainda menos que os outros, o adivinhe.” (Raspail, 1850, p. 56-57)

Em seguida, contrapondo-se aos parâmetros que orientavam a medicina desde séculos, acrescentou Raspail:

“o microscópio vai levantar a máscara a todas as entidades das doenças, e reduzir o velho jargão da escola, fundado sobre a influência do sangue, da bile, dos nervos, da

⁴ Para mais detalhes sobre as controvérsias em torno das teorias contagionista e miasmática, consultar: Stancik & Stancik (2009).



bile negra, da pituita, dos humores pesados, etc. à linguagem positiva das ciências da observação.” (Raspail, 1850, p. 57)

Nesse aspecto, revelava-se extremamente visionário, em um meio em que ainda prevaleciam terapêuticas seculares, tais como as sangrias, baseadas na teoria hipocrático-galênica dos humores.⁵ E, não menos, tornava evidente sua descrença no poder curativo das prescrições médicas de então.

Naquele contexto da segunda metade do século XIX, foram muitas as ocasiões que se seguiram em que algum bacteriologista imaginou ter desvendado o agente etiológico da coqueluche. Foi o caso de protozoários, diplococos, bactérias, bacilos, cocobacilos e estreptobacilos diferentemente nomeados, citados por Castro e Silva (1916, p. 34). Todos eles obtidos a partir de expectorações de doentes.

No Brasil, Arthur Moncorvo Filho, considerado um dos precursores da pediatria no país, declarou-se defensor de semelhante perspectiva, ao publicar trabalho na *Gazeta médica da Bahia* (Moncorvo Filho, 1883). Para reforçar sua opinião, citava não apenas Poulet, referido por Langgaard, mas, retornando ao século XVIII, lembrava que Lineu e Rosen de Rosenstein haviam proposto que a doença seria devida à ação de minúsculos parasitas.

Retornando à obra de Langgaard, constatamos que o autor afirmava que a coqueluche seria doença raramente observada entre adultos, tendendo a ocorrer com mais frequência durante períodos de temperaturas baixas e maior umidade. Sobre sua terapêutica, destacava não existir “um só remédio que tenha um efeito direto sobre a moléstia” (Langgaard, 1865, v. 1, p. 549), reconhecendo a impotência da medicina diante do mal.

Não havendo no período medicamentos que considerasse eficazes, opinava que seriam muitos os casos de óbitos decorrentes não da enfermidade, mas dos procedimentos terapêuticos por vezes utilizados. Na segunda edição do seu dicionário, falava do emprego de cicuta, do ácido hidrocianico e, além de outros mais, da beladona. Quanto à eficácia de tais substâncias, afirmava serem muitas as dúvidas existentes. Em relação à beladona, cujo princípio ativo é a atropina, julgava-a pouco recomendável, devido ao risco de intoxicação,

⁵ O emprego de recursos terapêuticos tais como sangrias, assim como o uso de purgativos, eméticos e sudoríferos, baseava-se em crenças segundo as quais as doenças seriam resultado do desequilíbrio de humores no organismo. Buscava-se desta forma eliminar os excessos, mediante o emprego daqueles recursos debilitadores. Nas sangrias, um dos métodos utilizados consistia no emprego de pequenos vermes, as sanguessugas, então denominadas de bichas. Como recurso alternativo ao emprego de sanguessugas, também eram utilizadas as ventosas, que consistiam em uma espécie de copo que era aplicado sobre a área a ser sangrada, fazendo-se sucção através de um orifício. Para que o sangue brotasse à pele com mais facilidade, eram produzidas escarificações sobre a mesma. Terapêutica de grande longevidade, no Brasil, ainda no início do século XX, era possível encontrar agentes que realizassem sangrias por ambos os métodos. Sobre o assunto, consultar o estudo de Arlette Lebigre (En: Le Goff, 1997, p. 289-298).



pelas altas doses geralmente prescritas (Langgaard, 1872, v. 1, p. 537). O emprego em tais condições a situava no perigoso limiar entre o medicamento e o veneno.

Apesar de tais constatações, Langgaard mostrava-se esperançoso, antecipando a possibilidade de se desenvolver uma vacina preventiva. Na edição de 1872, indicou que Edward Jenner teria recomendado o emprego da vacina contra a varíola, como um recurso na terapêutica da coqueluche. Esta deveria ser administrada entre 12 e 15 dias após a manifestação do mal (Langgaard, 1872, v. 3, p. 539). Contudo, Langgaard não apresentava maiores esclarecimentos sobre o assunto. Também no verbete de seu dicionário relativo à vacinação, não fazia nenhuma referência à coqueluche.⁶

Além disso, Langgaard mostrava-se descrente em relação à prática das sangrias, procedimento terapêutico de ampla aceitação no tratamento de inúmeras doenças, ao passo que era favorável aos vomitórios, considerando-os mais indicados para crianças que não fossem capazes de expectorar. Provavelmente, porque sua ação auxiliaria na remoção de mucosidades das vias respiratórias. Além disso, relatava que, por conta da suposição de ser a coqueluche uma doença nervosa, muitos médicos empregariam produtos antiespasmódicos, tais como a assafétida, de origem vegetal, e o almíscar, de origem animal. Tratando-se de crianças com mais de dois anos, seria recomendado o emprego do ópio, pelo alívio que proporcionaria (Langgaard, 1865, v. 1, p. 550).

Naquele mesmo período, Pedro Luiz Napoleão Chernoviz,⁷ outro médico estrangeiro que também vivia no Brasil, foi mais sucinto ao abordar a doença, dando mais uma indicação do pouco que as academias de medicina se arriscavam a propor a seu respeito. Nas páginas do seu *Formulário e guia médico*, serviu-se, para tanto, de um único e breve parágrafo. Para ele, a coqueluche era uma “tosse violenta e convulsiva” que acometeria “sobretudo as crianças, desde a nascença até a segunda dentição”. Ainda segundo o mesmo autor, a doença se caracterizaria

⁶ Décadas após, o assunto foi referido por Holt, segundo o qual: “There are a number of reports in the European literature concerning the favorable effects of primary vaccination against smallpox in the course of pertussis”. E, aparentemente, conferia alguma credibilidade ao recurso, uma vez que acrescentou: “This procedure has received little attention in the United States” (Holt, 1940, p. 1172). No Brasil, o *Formulário prático* distribuído no ano de 1910 aos assinantes do periódico *Brazil-Medico* recomendava: “Vacinar ou revacinar a criança [contra a varíola], pois por muitos observadores tem sido verificada a influência benéfica da vacinação sobre a coqueluche” (Coqueluche, 1910, p. 28). O médico Octavio Gonzaga também reportou-se ao assunto, informando: “É de velho conhecimento de que a vacina ativa contra a varíola exerce, não se sabe bem porque, benéfica ação sobre a coqueluche, logrando muita vez encurtar sensivelmente a sua duração” (Gonzaga, 1935, p. 482).

⁷ Piotr Czerniewicz, cujo nome, no Brasil, foi simplificado para Chernoviz, nasceu em Lukov, na Polônia, país onde iniciou os estudos de medicina, concluídos na França. Chegou ao Brasil em 1840, ano em que obteve o reconhecimento de seu diploma pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Além de numerosos artigos publicados em revistas médicas, foi autor do *Dicionário de medicina popular*, que teve seis edições, do *Formulário ou guia médico*, que teve vinte edições, da *História natural para meninos e meninas*, entre outros trabalhos (Guimarães, 2003).



pela ocorrência de “acessos com intervalos mais ou menos longos, consistindo em muitas expirações sucessivas, seguidas de uma inspiração sonora e particular” (Chernoviz, 1868, p. 727).

Essa breve descrição iniciaria o verbete “coqueluche” de todas as demais edições do *Formulário* de Chernoviz, até o início do século seguinte, sendo-lhe acrescentados outros detalhes, de forma crescente, em cada nova versão.

Em seguida, o autor passava a prescrever os recursos que considerava mais eficazes. Assim como Langgaard, Chernoviz listava diversos possíveis medicamentos para o mal. Entre outros, vomitórios de ipecacuanha, também conhecida como poaia, sem especificar o porquê de seu emprego. Recomendava também diversos xaropes contra a coqueluche: o de ipecacuanha; o de Trousseau, que consistia em uma mistura de beladona, éter sulfúrico, ópio e flores de laranjeira; o de éter sulfúrico, habitualmente indicado nas doenças nervosas – suposição esta defendida por alguns médicos em relação à coqueluche -; o de clorofórmio; o de codeína, substância obtida a partir do ópio; o de lactucário, obtido da alface; de tanino; de quina, medicamento habitualmente empregado contra a malária. Conforme Chernoviz, poderiam ainda ser empregadas poções com beladona, éter, ópio, clisteres de assafétida e fumigações calmantes.

Não muito confiante, propunha ainda um remédio que descrevia como “meio incerto e muito incômodo”. Este consistia na “respiração das substâncias voláteis que se desenvolvem das matérias que têm servido para a epuração do gás de iluminação”. Outros recursos, estes prescritos com mais segurança, consistiriam em realizar a mudança freqüente de roupas e de habitação, passeios freqüentes e evitar-se emoções e contrariedades (Chernoviz, 1868, p. 727).

Mais prolixo foi o Chernoviz de uma década após, em seu *Dicionário de medicina popular* (Chernoviz, 1878). Após reiterar as características que já apontara na obra anterior, o autor reafirmava o desconhecimento de suas causas, arriscando, contudo, que “no modo por que ela se propaga há alguma coisa de contagioso”, e, mais adiante, de forma mais enfática, “é bem provado que a moléstia pode comunicar-se” de uma pessoa a outra. Percebe-se, portanto, que seu caráter contagioso tornava-se mais visível e aceito pelo autor.

Este informava que: “A coqueluche simples, nos indivíduos de boa constituição, é moléstia pouco grave. Nas crianças de peito, a coqueluche é perigosa, porque produz nelas um verdadeiro estado de asfixia”. Alertava ainda que os adultos também estavam sujeitos a contraírem a doença (Chernoviz, 1878, v. 1, p. 703-707).

Visando obter a cura, prescrevia uma vez mais o emprego de vomitórios produzidos a partir da ipecacuanha, ou poaia, afirmando textualmente: “a primeira coisa que se deve fazer para curar a coqueluche é dar um vomitório de poaia”. Poderiam ainda ser empregados o purgante a base de óleo de ricino, infusão de flores de malva, de violeta, ou de perpétua.



Recomendava o emprego de um formulado composto por água, éter sulfúrico, tintura de beladona, láudano de Sydenham, xarope de quina (Chernoviz, 1878, v. 1, p. 704-705). O láudano de Sydenham era descrito pelo autor como “um líquido de cor vermelha escura, de cheiro de açafão; [o qual] prepara-se nas farmácias pela maceração do ópio, canela, açafão e cravo da Índia em vinho de Málaga”. Suas propriedades seriam devidas principalmente à presença do ópio (Chernoviz, 1878, v. 2, p. 260). Outros recursos eram recomendados, entre eles, o café, descrito como “um excelente remédio contra a coqueluche”. Banhos frios, inclusive de mar, eram também indicados (Chernoviz, 1878, v. 1, p. 705).⁸

“Mas de todos os meios”, assegurava Chernoviz, “o que tem se mostrado mais eficaz é a mudança freqüente de ar e de roupa”, indicação já presente na obra anterior. Segundo o médico polonês: “É preciso portanto transportar amiúdo as crianças doentes de um para outro lugar, mudá-las muitas vezes de roupa, e não tornar a levá-las para o mesmo lugar senão depois de muito bem arejado, nem tornar a vestir-lhes a mesma roupa senão depois de muito bem lavada” (Chernoviz, 1878, v. 1, p. 706).

Constata-se que diversos aspectos em comum existiam entre os pontos de vista de Theodoro Langgaard e de Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, entre as décadas de 1860 e 1870. A impotência da medicina –já destacada, em termos distintos, por F. V. Raspail-, a falta de recursos terapêuticos considerados eficazes, assim como o desconhecimento das causas do mal, eram alguns deles. Chernoviz e Langgaard compartilhavam a desconfortável situação de ter que declarar que o saber médico não se mostrara capaz, até então, de oferecer respostas satisfatórias diante do desafio representado pela coqueluche.

Assim, Langgaard, nas duas edições do seu *Dicionário*, tornava explícito que todos os recursos por ele indicados e até então empregados não curavam o mal. Quando muito, serviam de alívio para alguns dos incômodos dele decorrentes. Chernoviz, por sua vez, asseverava: “o tempo é em muitos casos o melhor remédio da coqueluche” (1878, v. 1, p. 706). Isso, a despeito do seu discurso apologético em favor de um ou outro produto oferecido por laboratórios franceses.

Entre os medicamentos que mais lhes inspiravam confiança, parece que ambos manifestavam uma certa preferência pelo uso de substâncias tais como o ópio e o éter sulfúrico, assim como eram favoráveis ao emprego de vomitivos, que consideravam especialmente úteis no tratamento de bebês e crianças de tenra idade. Havia ainda um certo

⁸ Diante do grande número e da variedade de supostos medicamentos prescritos, Alberto Alves de Freitas (1897, p. 40-44) os dividia em anti-sépticos (enxofre, quinina, ácido fênico, bromofórmio), nervinos (que abrangiam os narcóticos e os antiespasmódicos: beladona, ópio, brometo de potássio), anestésicos (que o autor admitia poderiam ser listados entre os narcóticos: clorofórmio, cocaína), e anticatarras (enxofre, ipecacuanha). Distinções estas não abordadas por Langgaard e Chernoviz.



consenso entre ambos em afirmar a prevalência da coqueluche na infância, considerando raros os casos entre adultos.

Quanto à profilaxia, ambos enfatizavam o isolamento, visando preservar do risco do contágio de pessoa a pessoa. É certo também que não descartavam por completo a hipótese miasmática, muito embora a tendência favorável à teoria contagionista já se esboçasse com alguma ênfase entre ambos os autores, por vezes mesclando-se ambas, mesmo antes da aceitação mais ampla do caráter contagioso da enfermidade. Defender tal posição, contudo, somente seria mais seguro após os trabalhos desenvolvidos por Pasteur, Koch e seus colaboradores, cuja divulgação e credibilidade se acentuariam nas décadas finais do século XIX, mas naquele momento ainda apenas se esboçavam.

A coqueluche e suas terapêuticas: final do século XIX

A edição seguinte do *Dicionário* de Chernoviz, datada de 1890, trazia um texto idêntico no verbete “coqueluche”, ao qual foram acrescentados apenas dois brevíssimos parágrafos, nos quais seu autor indicava o emprego de dois xaropes não mencionados na edição de 1878. Eram eles o “xarope phenico de Déclat” e o xarope de caracol, de Mure (Chernoviz, 1890, v. 1, p. 706). O primeiro deles era produto obtido a partir do ácido fênico. No verbete a ele dedicado, e contrariando parte considerável das afirmações anteriores do autor a respeito do tratamento da coqueluche, Chernoviz asseverava: “este xarope cura a coqueluche em 12 a 15 dias, e alivia logo os doentes” (Chernoviz, 1890, v. 2, p. 722).

Quanto ao xarope de caracol, informava ser obtido a partir das espécies comestíveis. O produto era apontado como “de um valor incontestável” contra “moléstias do peito, na rouquidão, nos catarros agudos ou crônicos, na asma, na coqueluche, nas constipações e em todas as irritações do peito” (Chernoviz, 1890, v. 1, p. 457). Ao abordar ambos os medicamentos, Chernoviz fazia referência a laboratórios localizados em Paris, dizendo serem os únicos aptos a produzirem tais medicamentos de forma a assegurar sua eficácia.

Entre tantos outros verbetes acrescidos à edição do *Dicionário* publicada em 1890, aparecia uma dedicada à drósera, uma pequena planta carnívora. Naquele momento, tal medicamento não lhe inspirava muita confiança, sentimento este que mudaria brevemente. Segundo o autor: “Atribuíram a esta planta certas propriedades médicas assaz duvidosas. Ela é empregada contra a tuberculose e como antiespasmódico na coqueluche. Administra-se em tintura na dose de 10 a 15 gotas” (Chernoviz, 1890, v. 1, p. 883).

Quanto às edições do *Formulário* de Chernoviz publicadas no final do século XIX e início do XX, observa-se que estas passaram a descrever a coqueluche como “contagiosa e



epidêmica”, pelo menos desde sua 15ª edição, datada do início da década de 1890.⁹ Ou seja, era enfatizado seu caráter contagioso, descartando-se por completo a teoria miasmática antes indicada como uma possibilidade. Isso se tornaria mais viável ainda após o ano de 1906, quando Bordet e Gengou isolaram seu agente etiológico. Mesmo que o assunto prosseguisse controverso ainda por algumas décadas, por conta das dificuldades para se isolar a *Bordetella pertussis*.

Pequenos acréscimos foram realizados nas novas edições do *Formulário*, detalhando as características de cada fase da doença. Na sua terapêutica, deixou-se de recomendar a inalação de substâncias voláteis do gás de iluminação. A troca contínua de vestimentas, os passeios ao ar livre e os banhos frios continuaram a ser prescritos até a 17ª edição (Chernoviz, 1897, 1904), não aparecendo a partir de 1908, quando foi publicada a 18ª edição da obra. Nesta última, ainda se indicava que se mudasse freqüentemente de ambiente e se evitasse emoções e contrariedades.

Novos medicamentos eram listados, além dos propostos na edição de 1868, quando substâncias como café, folhas de laranjeira, poaia, clorofórmio, éter sulfúrico, quina, ópio, beladona, entre outras, eram prescritas na forma de xaropes, clisteres e eméticos. A partir de 1897, Chernoviz passava a recomendar a poção ou xarope de Davreus, à base de ipecacuanha, à qual era adicionado o extrato de folhas de acônito – substância indicada também contra a asma, a tuberculose, a varíola e a paralisia -, o cloral bromuretado Dubois, produto à base de bromo (bromureto de potássio), dotado de propriedades sedativas. Reportando-se a este último medicamento, o *Formulário* asseverava: “É empregado sempre com feliz êxito em todas as moléstias ocasionadas por uma afecção do sistema nervoso: histeria, convulsões, enxaquecas, nevralgias em geral, coqueluche e tosses nervosas, vertigens, etc.” (Chernoviz, 1897, p. 247-248, 410, 411, 481). O autor reafirmava assim a hipótese de a coqueluche ser doença nervosa, conforme já apresentada por Langgaard (1865).

A partir da 15ª edição, até a 19ª, lançada em 1920, o *Formulário* de Chernoviz retificava algumas informações referentes ao emprego da planta drósera como medicamento. Isto era feito nos seguintes termos, que permaneceram inalterados:

“Prosseguindo idéias teóricas errôneas, alguns médicos já tentaram a administração da drósera no tratamento da tísica pulmonar e da bronquite. Não obstante parece que esta planta tem uma ação bem definida contra a coqueluche: debaixo de sua influência as quintas de tosse diminuem e acalmam-se” (Chernoviz, 1897, p. 560).

⁹ Consultou-se exemplar correspondente à 15ª edição (Chernoviz, 189-), da qual, até o momento, não foi possível determinar o ano exato de publicação.



Ou seja, as dúvidas esboçadas pelo autor alguns anos antes haviam se dissipado em favor do emprego da planta na terapêutica da coqueluche.

Na edição de 1897 do *Formulário* de Chernoviz uma vez mais era referido o xarope de caracol, por ele prescrito no *Dicionário*, datado de 1890. Também reportava-se ao bromofórmio, um medicamento que, décadas após, ele afirmaria ser “considerado por muitos médicos como o medicamento a todos preferível na coqueluche, no tempo presente” (Chernoviz, 1908, p. 1555). Isso, apesar de notícias relativas às intoxicações ocasionadas pelo uso da substância.

Com o bromofórmio, uma vez mais um produto obtido a partir do bromo tinha suas virtudes exaltadas, particularmente por suas propriedades anestésicas e anti-sépticas (Chernoviz, 1897, p. 407). Alguns autores atribuíam sua eficácia no tratamento da coqueluche à ação conjunta dessas duas propriedades. É o que explicou Caldeira, segundo o qual o bromofórmio

“atua acalmando a hiperestasia da mucosa respiratória (...). A excitação desenvolvida neste ponto é a origem de um reflexo expiratório ou tosse espasmódica. O reflexo, cuja causa não se pode remover, pode ser impedido pela supressão ou diminuição da sensibilidade local ou geral. (...) O fato da diminuição da duração da doença tenderia a fazer admitir a ação microbicida do medicamento, se essa diminuição não dependesse também da ação anestésica local. Esta, impedindo ou suprimindo as quintas, os vômitos, a insônia, as hemorragias, mantém em bom estado as forças de resistência do organismo na luta que este tem de sustentar com o agente infeccioso.” (Caldeira, 1899, p. 26-27)

Constata-se, portanto, que, na passagem do século XIX para o XX, permanecendo ignorado o agente causador da coqueluche, parte importante dos esforços médicos era direcionada ao combate dos seus sintomas. Prosseguiram sendo indicados muitos produtos já empregados há 50 anos ou mais, acrescidos de outros, cujo caráter tóxico aos poucos foi se impondo como um dos principais motivos de atenção médica na sua prescrição.

A coqueluche no século XX

Embora fosse grande o rol de medicamentos indicados nas obras publicadas por Chernoviz, o autor omitia um produto que, no final do século XIX e até, pelo menos, início da década de 1940, seria apontado como um dos mais recomendados na terapêutica da



coqueluche. Trata-se da antipirina, uma droga com propriedades analgésicas e antipiréticas que, segundo o médico polonês, seria útil no tratamento da pneumonia, erisipela, difteria, pleurisia e tísica (Chernoviz, 1908, p. 338). Contudo, não mencionava a possibilidade de se fazer seu uso no tratamento da coqueluche.

Diferentemente de Chernoviz, outros autores do final do século XIX e início do XX listavam a antipirina, ao lado do bromofórmio e da beladona, como os medicamentos mais empregados para aquele objetivo (Caldeira, 1899, p. 19; Queiroz, 1927, p. 399-400; Santos Moreira, 1927, p. 51-52, 57, 165-170; Knoepfelmacher, 1939, p. 526-528). A eles se seguiam ainda a quinina, a morfina, a heroína, as flores de laranjeira, os vomitivos de ipecacuanha, assim como recomendações para “mudar de ar” e realizar “passeios aos gasômetros” (Sá, 1902, p. 24; Rezende, 1906, p. 333; Queiroz, 1927, p. 400; Kleinschmidt, 1931, p. 231; Gonzaga, 1935, p. 481; Knoepfelmacher, 1939, p. 525), ou mesmo o uso do éter sulfúrico, inclusive administrado através de clisteres, e do clorofórmio (Rezende, 1906, p. 333; Rocha, 1933, p. 579).

E assim teve início o século XX, no que diz respeito ao tratamento da coqueluche: muitos eram os medicamentos, pequena era a expectativa de, através de seu emprego, obter-se resultados realmente satisfatórios. Por isso, referindo-se ao contexto das primeiras décadas do século XX no Brasil, o médico Leonel Gonzaga (1956a, 1956b) pintou com cores pouco atraentes a situação por ele enfrentada com os pacientes acometidos pela coqueluche. Segundo afirmou, quando o quadro avançava para as convulsões, quase se tinha a certeza da sentença de morte. “As convulsões eram mesmo chamadas terminais”, apontou, acrescentando que certo médico descrevera que, na Alemanha, de “cento e tantos casos com essa complicação”, todos teriam se feito seguir pelo “êxito letal”.

Em seguida, detalhou:

“Diante de complicações tão sérias, quase não merecem citação as de menor importância e intensidade encontradas então, como as hemorragias conjuntivais, as epistaxes, os vômitos que podiam levar à desnutrição, a hoje ausente ulceração do freio da língua etc. (...) Em nenhuma outra doença se usaram mais remédios. Certo autor, conforme cito em trabalho meu de 1931, catalogou, àquela época, cerca de 400, todos falhos ou inseguros. Assisti à falência de todos.” (Gonzaga, 1956b, p. 36)

Outros médicos reconheciam a impotência da medicina para dar combate eficaz ao mal. É o que se observa nas palavras de Octavio Gonzaga, no ano de 1935, médico que, em certa medida, reafirmava o pessimismo de Raspail em relação aos medicamentos disponíveis. Segundo suas palavras:



“Tão velha é a coqueluche e nós não temos ainda contra ela um remédio heróico. Tudo se tem tentado e quase tudo tem falhado. E nessas tentativas muitas drogas não fazem mais do que agravar os males dos pacientes. São como a antipirina, a beladona, a codeína, o bromofórmio, medicamentos que pelo uso prolongado se tornam depressivos, se não tóxicos.” (Gonzaga, 1935, p. 481)

Um grande empecilho para o êxito no tratamento da doença estava no fato de todas as substâncias então conhecidas e capazes de inibirem *in vitro* a ação da bactéria não serem toleradas pelo corpo humano (Ledermann, 2004, p. 243).

Outros médicos seguiam por caminho contrário, buscando convencer quanto a necessidade de não se atribuir demasiada importância aos acessos de tosse, um dos sintomas que mais incômodos proporcionam na manifestação da coqueluche. Era a postura assumida pelo pediatra alemão Kleinschmidt, cuja obra *Formulário prático de terapêutica infantil* foi traduzida para o português pelo pediatra brasileiro Martinho da Rocha Júnior. Segundo as lições de Kleinschmidt:

“A intensidade da tosse está em alto grau na dependência do domínio sobre si mesmo e da boa disciplina do doente. Nas crianças já crescidas propositalmente não se deve prestar muita atenção quando acometida da crise de tosse; é contraproducente correr pressuroso para ela, ou lamentar o seu estado; muito ao contrário, ordena-se-lhe energeticamente que não tussa.” (Kleinschmidt, 1931, p. 231)

Ponto de vista este com o qual parecia querer atribuir à enfermidade uma origem de caráter psicológico, a despeito do isolamento do agente causador havia três décadas, e da observação de longa data da forma como se manifestam os extenuantes acessos de tosse espasmódica característicos da coqueluche. Opinião em certa medida compartilhada pelo pediatra brasileiro Octavio Gonzaga. Segundo suas palavras: “De uma forma ou de outra não padece dúvida de que os acessos de tosse são por um certo modo mitigados pela vontade, fato que se pode observar nas crianças de maior idade” (Gonzaga, 1935, p. 479).

Outros autores apoiavam-se em suposições bastante distintas, ao proporem recursos terapêuticos. Foi assim que, ao final da década de 1920, aviadores franceses e alemães passaram a ser requisitados para realizarem vôos com a finalidade de combater os acessos de tosse. Acreditava-se que submetendo os portadores da coqueluche ao excesso de velocidade e de vento proporcionados pelas aeronaves criavam-se condições desfavoráveis à *Bordetella pertussis*, uma vez que fora observado que o seu cultivo era mais viável na presença de CO₂ (Ledermann, 2004, p. 243-244).



No Brasil, o assunto foi reportado pelo pediatra Leonel Gonzaga, segundo o qual:

“Os vôos à altura de cerca de três mil metros apareceram como novidade, se bem que, há seguramente uns trinta anos, um médico e aviador francês relatou o caso de seus dois filhos com coqueluche, um dos quais fez voar em sua companhia e no qual observou melhoria em relação ao outro que não voou.” (Gonzaga, 1956a, p. 236)

Outra referência aparece na obra *O médico no lar*, em edição do final da década de 1940. Seus autores, após indicar variados medicamentos, entre eles a beladona, recomendavam: “Caso nenhum destes recursos modere os acessos, recorre-se à ascensão em aeroplano acima de mil metros, a qual tem efeito sedativo imediato e surpreendente, porém não duradouro” (Kehl & Monteiro, s.d., p. 74).

A vacina terapêutica

Apesar dos repetidos insucessos terapêuticos, ou de seu reduzido alcance, algumas notícias em tom mais esperançoso começaram a ser divulgadas nas primeiras décadas do século XX. Na década de 1930, conforme indica James D. Cherry (1999), vacinas eram empregadas experimentalmente tanto na prevenção, quanto na cura da coqueluche. Tais experimentações, contudo, já eram realizadas em período mais recuado ainda, conforme demonstram os trabalhos desenvolvidos no Brasil pelo médico e bacteriologista Aleixo Nóbrega de Vasconcellos, a partir de novembro de 1917. Naquela ocasião, ao se deparar com grande número de casos de coqueluche, Vasconcellos desenvolveu o *Pertussol*, uma vacina com propriedades terapêuticas e preventivas.¹⁰

O *Pertussol* consistia em uma suspensão dos bacilos causadores da coqueluche. Estes eram atenuados pela ação de fluoretos e adicionados da antitoxina de Kraus. Esta última substância cumpriria, sempre conforme Vasconcellos, a função de minimizar as reações negativas decorrentes da injeção de substâncias microbianas, tais como dor e exacerbação da tosse (Vasconcellos, 1918a, 1918b, 1925). Segundo seus relatos, tem-se uma narrativa talvez

¹⁰ Aleixo Nóbrega de Vasconcellos formou-se em medicina em 1908, pela faculdade do Rio de Janeiro. Desde os tempos de estudante, atuou ao lado de importantes nomes do campo médico brasileiro: na faculdade, foi orientado por Oswaldo Cruz e Arthur Moncorvo Filho. A seguir, trabalhou ao lado de Afrânio Peixoto e Fernandes Figueira. Profissionalmente, dedicou-se à pediatria durante toda a sua carreira, além de atuar nos domínios da bacteriologia e farmacologia. Chefe da Seção de Leite e Derivados do Ministério da Agricultura, foi reconhecido como a grande autoridade brasileira no assunto, entre as décadas de 1920 e 1930, tendo criado a primeira revista dedicada ao assunto a circular no Brasil (Stancik, 2005).



um pouco longa, mas razoavelmente pontuada por detalhes relevantes. No correr da mesma, Vasconcellos fala dos momentos de hesitação que teriam se seguido diante das dificuldades de comprovar a presença dos bacilos de Bordet e Gengou –ainda hoje fugidios no momento de serem isolados (Ledermann, 2004)-, da satisfação de finalmente chegar até eles, dos experimentos com o produto realizados diretamente em crianças, entre outros pormenores.

Conforme detalhou o médico:

“Depois de reunir muitos doentes, escolhemos os de infecção aguda, grave e de poucos dias, para aproveitamento do exputo após uma quinta natural ou provocada. Deliberamos isolar o bacilo de Bordet e Gengou. Quando já pretendíamos formular uma hipótese negativa quanto à existência do referido bacilo, notamos nas culturas usadas segundo o método original do descobridor, pequeninas colônias, cuja morfologia e aspecto se assemelhavam muito ao que tínhamos lido no trabalho de M. Chievitz e Meyer, publicado nos Anais do Instituto Pasteur de outubro de 1916. Reanimado prosseguimos nas pesquisas e desde então foi-se nos tornando mais fácil reconhecer e isolar o germe de Bordet e Gengou de outros doentes de coqueluche.” (Vasconcellos, 1925, p. 510-511)

Houve, portanto, certa dificuldade, até a obtenção dos primeiros resultados positivos, ou seja, o isolamento do agente causador da doença, em torno do qual ainda não havia unanimidade entre os pesquisadores. Vasconcellos (1918a, p. 189), contudo, apostava na especificidade dos bacilos de Bordet-Gengou para a coqueluche. Observe-se ainda que a vacina produzida por Vasconcellos passou a ser utilizada principalmente na terapêutica da coqueluche, isto é, não apenas na prevenção, mas como um produto com propriedades curativas.

Embora afirmasse ter obtido melhoras gradativas, os resultados alcançados inicialmente não foram por ele considerados inteiramente satisfatórios, dada a observação de efeitos colaterais um tanto quanto acentuados. No seu relato:

“Iniciamos o tratamento das crianças afetadas de coqueluche na Policlínica de Crianças da Santa Casa, com uma suspensão de bacilos de Bordet e Gengou, mortos pelos fluoretos. Verificamos que as criancinhas acusavam dor, havia exacerbação da tosse, mas que, terminada esta fase, já bem conhecida pelo nome de *fase negativa*, havia melhoras gradativas. Como nos procurassem os pais dos doentes para informar-nos da fase negativa provocada pela injeção, resolvemos prepará-la de modo a eliminar aquele período de reação desagradável. Lembramo-nos da técnica de Kraus, com a vacina contra a coqueluche de seu fabrico, a qual denominou *antitoxina*. Adicionamos então o extrato etéreo, convenientemente preparado, à suspensão de bacilos de Bordet e Gengou.” (Vasconcellos, 1925, p. 511)



Reunindo e, ao mesmo tempo, adaptando a experiência resultante dos estudos realizados por bacteriologistas estrangeiros àquela que pode empreender na Policlínica de Crianças, onde atuava na ala pediátrica, Vasconcellos desenvolveu sua própria vacina. Suas conclusões em favor da eficácia do *Pertussol*, contudo, foram acompanhadas da aceitação do fato de que o fazia sem dispor de observações suficientes para determinar a segurança e eficácia da vacina (Vasconcellos, 1925; 1918a, p. 157).

Esse aspecto foi destacado por outros médicos que acompanharam os ensaios -como foi o caso de Fernandes Figueira-, ou que tiveram conhecimento de suas experimentações, através das comunicações apresentadas à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Assim como alguns clamaram por maior cautela, outros apressaram-se a dar apoio às suas conclusões, eufóricos com os resultados que afirmavam ter obtido com o emprego da vacina terapêutica. Foi o caso de Santos Moreira, o qual, pouco antes, convidara Aleixo de Vasconcellos a incluir, entre outros, um capítulo versando sobre *vacinas e vacinoterapia* na obra intitulada *Formulário de terapêutica infantil* (Santos Moreira, 1927), por ele organizada.

Retornando à narrativa de Vasconcellos, constatamos que o médico detalhou ter preparado inicialmente quinhentas ampolas da vacina, as quais foram aplicadas em crianças atendidas na Policlínica de Crianças dirigida por Fernandes Figueira, assim como nos internos da Casa dos Expostos, ambas instaladas na cidade do Rio de Janeiro, então capital do país. Esta última era uma instituição vinculada à Santa Casa de Misericórdia, encarregada de abrigar crianças abandonadas por seus pais. Trabalhando de tal maneira teria se tornado impossível a obtenção de regularidade nas observações. Ainda assim, Vasconcellos afirmava ter constatado que as inoculações de dois em dois, ou de três em três dias teriam resultado em rápidas melhoras, inclusive nos casos mais graves (Vasconcellos, 1925, p. 511-512).

Acrescente-se que Vasconcellos não percebia maiores riscos na realização do experimento, pois afirmava já existirem relatos de sucesso, produzidos pelos pesquisadores nos quais teria se inspirado. Não se pode, assim mesmo, desprezar o fato de sua vacina ter sido ministrada, em caráter experimental, a crianças oriundas das camadas mais baixas, as quais, sem outra opção, se prestaram a auxiliá-lo na demonstração da eficácia de uma nova droga.

Se no Brasil outros médicos adotaram e posicionaram-se favoráveis ao uso do *Pertussol*, foi somente na década de 1930 que o emprego de tal recurso terapêutico, a vacinoterapia, veio a obter reconhecimento em outros países, conforme referido por Cherry (1999). Não por obra de Vasconcellos, que não se revelou eficiente propagandista, para dar à terapêutica o reconhecimento internacional. Foi da Alemanha que partiram os primeiros pareceres internacionalmente reconhecidos e aceitos, referendando aquele tipo de medicação. O que foi realizado sem qualquer menção ao *Pertussol*, ou ao seu criador.



Segundo o médico José Martinho da Rocha, no ano de 1933, E. Wulleweber experimentou e fez a “apologia da vacinoterapia na coqueluche, inclusive na clínica hospitalar como recurso preventivo” (Rocha, 1933, p. 579). Anos mais tarde, Leonel Gonzaga também fez referências a outros autores que se posicionaram favoráveis à vacina na terapia da coqueluche, entre os quais ele se incluía. E acrescentava o pioneirismo do tratamento proposto no Brasil por Aleixo de Vasconcellos, nos seguintes termos: “Em 1929, 1930 e 1931, começaram os alemães a falar de um ‘novo tratamento da coqueluche’. Como se vê, era novo para eles, não para nós, que o aplicávamos havia mais de uma década” (Gonzaga, 1956b, p. 36-41).

Contudo, uma década após, antibióticos, tais como a cloromicetina, a aureomicina, a terramicina, o cloranfenicol e a estreptomicina, tornaram-se reconhecidos como os medicamentos mais indicados e eficazes naqueles casos, como na ocorrência de tantas outras doenças. Não sem contestação. Velhos amigos, Aleixo de Vasconcellos e Leonel Gonzaga insistiam na defesa da vacinoterapia, já na segunda metade da década de 1950. Para não se oporem inteiramente ao uso de antibióticos, defendiam seu emprego em conjunto com a vacina. Contudo, o faziam dando sempre certa primazia à terapêutica por intermédio desta última.

Sua estratégia? Pôr em questão ou, no mínimo, relativizar a intensa e crescente euforia manifestada diante das possibilidades terapêuticas atribuídas aos antibióticos, os quais, ilusoriamente pareciam capazes de quase tudo curar. Euforia da qual Vasconcellos e Gonzaga não compartilhavam inteiramente, ou, pelo menos, não o faziam sem impor restrições.

Em defesa do *Pertussol*, Gonzaga detalhou:

“Quanto a mim, como testemunha envelhecida na apreciação imparcial dos fatos, tendo assistido aos tremendos insucessos da era pré-vacínica, tendo tratado todos os meus coqueluchentos pelas vacinas desde 1918 e não tendo visto mais nenhum acidente grave ou mortal desde então; sabendo, por outro lado, que em outros lugares onde a vacinoterapia não merece a atenção dos clínicos e onde as complicações (principalmente as neuroencefálicas) continuam freqüentes e graves; observando a precária segurança com que os contraditores das vacinas falam da eficácia dos outros recursos terapêuticos, entendo que não tenho motivos para mudar o rumo que considero certo. Continuarei por enquanto onde tenho estado desde 1918. Apenas, reconhecendo o efeito real dos antibióticos, incluo-os no meu arsenal, ao lado das vacinas, duvidoso também, como todos, sobre a escolha entre eles.” (Gonzaga, 1956b, p. 40)

Muitos outros médicos se pronunciaram para defender ou contestar o emprego das vacinas terapêuticas e, entre aqueles que o conheceram, do *Pertussol*. Um dos primeiros a apontar para a necessidade de cautela e estudos mais detalhados foi Fernandes Figueira, chefe da Seção de Pediatria onde Vasconcellos realizou parte de suas experimentações (Vasconcellos, 1918b, p. 157).



Em 1927, Leôncio de Queiroz mostrava-se entusiasmado com a vacinoterapia e, em particular, com os resultados que afirmava possíveis de se obter com o *Pertussol*. Conforme registrou na obra *Moléstias dos lactentes e seu tratamento*, o melhor momento para seu emprego seria no período pré-espasmódico e sua ação reduziria a duração da enfermidade, a intensidade dos acessos e preveniria as complicações. “Sem saber porque”, prosseguia o autor, “a vacina que melhores resultados nos tem dado é a que é encontrada no mercado sob o nome de *Pertussol* e é a única atualmente de que nos utilizamos em todos os casos” (Queiroz, 1927, p. 400).

Outro autor médico brasileiro a demonstrar entusiasmo com a vacinação era Octavio Gonzaga. Este não citava o *Pertussol*, apesar de descrever resumidamente o procedimento de sua obtenção de forma semelhante à divulgada por Aleixo de Vasconcellos. Gonzaga associava a eficácia da vacina, tanto para fins terapêuticos, quanto para os de prevenção da enfermidade, à preparação recente da droga (Gonzaga, 1935, p. 481-482).

Por sua vez, na década de 1940, Kehl e Monteiro (s.d., p. 74), logo após indicarem o emprego da beladona, recomendavam o “tratamento pelas vacinas”, entre as quais poderiam ser utilizadas a vacina Torres, Bordesina, Quintocin, Coquelucin, entre outras. Mas, à semelhança de Gonzaga (1935), não mencionavam o *Pertussol*, droga que, sem dúvida o médico Renato Kehl conheceu, uma vez que atuou ao lado Aleixo de Vasconcellos em algumas ocasiões (Stancik, 2005).

Apesar da apologia da vacina empregada com finalidades terapêuticas e preventivas, como se fez com o *Pertussol*, o contexto não foi favorável à sua maior longevidade. Isso, pode-se aventar, foi devido principalmente ao sucesso dos antibióticos como recurso terapêutico. Ao final do ano de 1961, Aleixo de Vasconcellos faleceu. Desapareceu o criador, tanto quanto sua criação. Não mais se ouviu falar no *Pertussol*, e desde meados do século XX, as menções à vacina tenderam cada vez mais a referir-se ao produto empregado visando exclusivamente fins preventivos.

Considerações finais: vacina DTP e antibióticos, solução definitiva?

De 1850 a 1950, incontáveis produtos foram prescritos, mas a coqueluche prosseguia fora de controle. Vez por outra, esboçava-se algum entusiasmo em torno do emprego desta ou daquela droga. Foi o caso da ipecacuanha, da quinina, do bromofórmio, da antipirina, entre tantas outras.

A partir do momento em que a *Bordetella pertussis* foi isolada, em 1906, muita polêmica passou a cercar as esperanças de se fazer o tratamento e/ou prevenção da doença



através das vacinas. Debate que tenderia a silenciar com o emprego da vacinação em massa, na sua prevenção, e dos antibióticos, no seu tratamento. Embora ambos se revelassem poderosos recursos a serviço do combate das doenças, não foi mediante o seu emprego que se tornou possível chegar a um termo na luta contra a coqueluche e tantas outras mais.

Durante algumas décadas, onde foi adotada a vacinação em massa, obteve-se relativo êxito na luta contra a *Bordetella pertussis*. No entanto, ao final do século XX, notícias sobre o ressurgimento da enfermidade tornaram-se cada vez mais corriqueiras, impondo que se passasse a repensar as suas formas de prevenção e tratamento. Assim, em um momento em que se acreditava que a enfermidade pudesse vir a ser subjugada pelo homem, ela, sorrateiramente, revelou-se capaz de se adaptar e resistir às novas armas que tinha que enfrentar.

As transformações operadas nas interpretações e processos terapêuticos, mas, não menos, nas formas de manifestação da coqueluche, conforme observadas ao término do século XX, revelam sua historicidade. Afinal, a doença somente ocorre em meio às relações estabelecidas entre seres humanos vivendo em sociedade e seus agentes patogênicos. Relações estas que estão em permanente processo de transformação, e em profunda relação com os esforços empreendidos pelo homem para combater as doenças, ou, ao menos, visando minimizar seus efeitos sobre o corpo. O que acaba determinando, não menos, um trabalho de adaptação realizado também pelos microorganismos.

É em meio a tais relações entre seres humanos e microscópicos seres patogênicos que, vez por outra, surge uma nova enfermidade – um grande exemplo do final do século XX é a Aids -, ou uma delas ressurgem renovada, apesar de considerada sob relativo controle, conforme vem acontecendo com a coqueluche.

Poder-se-ia, então, questionar se ainda é razoável denominar coqueluche às relações estabelecidas entre a *Bordetella pertussis* e os seres humanos, com o conseqüente adoecimento destes últimos. A indagação procede, uma vez que, ao que tudo indica, a bactéria já não é mais a mesma, assim como também se observa com a coqueluche, cujas três fases distintas deixaram de ser consideradas uma condição *sine qua non* para o seu reconhecimento, tal e qual se verificava nos últimos séculos. A resposta à tal questão, contudo, e conforme se pretendeu evidenciar, deve ter em consideração a historicidade dos agentes biológicos e sociais envolvidos.

É assim que, na mesma medida em que se ampliam o emprego e, por isso mesmo, os trabalhos visando o desenvolvimento de novos medicamentos, microorganismos os mais diferentes tendem a se tornar resistentes a muitos deles. E assim a ciência médica persiste na busca pela cura definitiva, mas ela obstina em se fazer inacessível. As controvérsias médicas e



a defesa de diferentes terapêuticas têm, por isso mesmo, continuidade garantida nos domínios da medicina e da história da medicina e das doenças no correr do século XXI.



Referências

- Ackerknecht, E. H. (1948). Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the history of medicine*, v. 22, 562-593.
- Agmont, G. (2010, jan.-mar.). Alerta para a coqueluche. *Pesquisa médica*, v. 13. Obtenido el 02 de fevereiro de 2010, de <http://www.revistapesquisamedica.com.br/PORTAL/imprime.asp?codigo=11683>
- Benchimol, J. L. (1999). *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/UFRJ.
- Caldeira, C. A. M. (1899). *Algumas palavras sobre o bromoformio na coqueluche – Dissertação inaugural apresentada à Faculdade Medico-Cirurgica do Porto* [Versão eletrônica]. Porto: Typographia A. F. Vasconcellos. Obtenido el 25 de janeiro de 2010, de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17506/3/93_3 EMC_I_01_P.pdf
- Castro e Silva, J. M. V. de. (1916). *Considerações etiológicas, pathogenicas e therapeuticas sobre a coqueluche - Dissertação inaugural apresentada à Faculdade Medico-Cirurgica do Porto* [Versão eletrônica]. Porto: Typographia Santos. Obtenido el 25 de janeiro de 2010, de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16506/3/167_7 FMP_I_01_P.pdf
- Chernoviz, P. L. N. (1878). *Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias* (5. ed., 2 vol.). Paris: Casa do autor.
- Chernoviz, P. L. N. (1890). *Diccionario de medicina popular e das sciencias accessorias* (6. ed., 2 vol.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Chernoviz, P. L. N. (1868). *Formulario ou guia médica* (8. ed.). Paris: Casa do autor.
- Chernoviz, P. L. N. (189-). *Formulario e guia medico* (15. ed.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Chernoviz, P. L. N. (1897). *Formulario e guia medico* (16. ed.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Chernoviz, P. L. N. (1904). *Formulario e guia medico* (17. ed.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Chernoviz, P. L. N. (1908). *Formulario e guia medico* (18. ed.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Chernoviz, P. L. N. (1920). *Formulario e guia medico* (19. ed.). Paris: Roger e Chernoviz.
- Cherry, J. D. (1999). Pertussis in the preantibiotic and prevaccine era, with emphasis on adult pertussis. *Clinical infectious diseases*, v. 28(suppl. 2), S107-S111. Obtenido el 02 de fevereiro de 2010, de <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/515057>



- Coqueluche (1910). Formulário pratico. *Brazil-Medico*, 27-29.
- Edwards, K. M. (2001, jun.). Is pertussis a frequent cause of cough in adolescents and adults? Should routine pertussis immunization be recommended? *Clinical infectious diseases*, v. 32, 1698-1699. Obtenido el 26 de janeiro de 2010, de <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/320762>
- Figueiredo, B. G. (2002). *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Vício de Leitura.
- Freitas, A. A. (1897). *A coqueluche e o seu tratamento pelo bromoformio - Dissertação inaugural apresentada à Faculdade Medico-Cirurgica do Porto* [Versão eletrônica]. Porto: Typographia Azevedo. Obtenido el 25 de janeiro de 2010, de http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17484/3/85_5 EMC I 01 P.pdf
- Gonzaga, L. (1956a). *Ontem e hoje na prática pediátrica*. Rio de Janeiro: Jornal do Brasil.
- Gonzaga, L. (1956b). Ontem e hoje no tratamento da coqueluche. *Boletim médico del Hospital Infantil*, v. 13, 35-42.
- Gonzaga, O. (1935). *A criança: noções de medicina e hygiene*. São Paulo: Cia. Editora Nacional.
- Guimarães, M. R. C. (2003). *Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império - Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
- Higashi, H. G. et al. (2009). Acellular and "low" pertussis vaccines: adverse events and the role of mutations. *Revista do Instituto de Medicina Tropical*, v. 51(3), 131-134.
- Holt, L. E. (1940). *Diseases of infancy and childhood* (11. ed.). New York: D. Appleton.
- Jones, T. C.; Gasser, M.; Erb, P. & Oechslin, H. (2004). Cough and fear of sleep: early clinical signs of *Bordetella pertussis* in an adult. *The Brazilian journal of infectious diseases*, v. 8(4), 324-327.
- Kehl, R. & Monteiro (s. d.). *O médico no lar: dicionário popular de medicina de urgência*. São Paulo: Melhoramentos.
- Kleinschmidt, H. (1931). *Formulário pratico de therapeutica infantil* (2. ed). Rio de Janeiro: Leuzinger.
- Knoepfelmacher, W. (1939). Coqueluche. En: Pfaundler, M. & Schlossmann, A. *Tratado de pediatria para uso do médico práctico* (t. III, pp. 498-530). Rio de Janeiro: Guanabara.



- Langgaard, T. J. H. (1865). *Diccionario de medicina domestica e popular* (3 vols.). Rio de Janeiro: Laemmert.
- Langgaard, T. J. H. (1872). *Diccionario de medicina domestica e popular* (2. ed., 3 vols.). Rio de Janeiro: Laemmert.
- Ledermann, W. (2004). Breve historia de la *Bordetella pertussis*, una elusiva damisela. *Revista chilena de infectologia*, v. 23(3), 241-246. Obtenido el 09 de setembro de 2009, de <http://www.scielo.cl/pdf/rci/v21n3/art18.pdf>
- Le Goff, J. (Ed.). (1997). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar.
- Luz, P. M.; Codeço, C. T. & Werneck, G. L. (2003). A reemergência da coqueluche em países desenvolvidos: um problema também para o Brasil? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19(4), 1209-1213.
- Moncorvo Filho, A. (1883). Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina. *Gazeta medica da Bahia*, v. 15(11), 484-492.
- Nava, P. (2003). *Capítulos da história da medicina no Brasil*. Cotia, SP/Londrina, PR: Ateliê Editorial, EDUEL.
- Queiroz, L. (1927). *Molestias dos lactentes e seu tratamento* (2º ed.). São Paulo: São Paulo Editora.
- Raspail, F. V. (1850). *Manual de saude, ou medicina e pharmacia domesticas*. Lisboa: A. J. da Rocha.
- Rezende, C. (1906). Tratamento da coqueluche. *Brazil-Medico*, v. 20(32), 333.
- Rocha, J. M. (1933). Vaccinothérapie da coqueluche. *Brazil-Medico*, v. 47(32), 579.
- Sá, H. (1902). Tratamento da coqueluche febril com acessos vespertinos. *Formulario pratico – Brazil-Medico*, 24.
- Santos Filho, L. de C. (1991) *História geral da medicina brasileira* (2 vol.). São Paulo: Hucitec/USP.
- Santos Moreira, A. A. (1927). *Formulario de therapeutica infantil* (4. ed.). Rio de Janeiro: Pimenta e Mello.
- Senzilet, L. D.; Halperin, S. A.; Spika, J. S.; Alagaratnam, M.; Morris, A. & Smith, B. (2001, jun.). Pertussis is a frequent cause of prolonged cough illness in adults and adolescents. *Clinical*



- infectious diseases*, v. 32, 1691-1697. Obtenido el 21 de janeiro de 2010, de <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/320754>
- Soares, M. de S. (2001). Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8(2), 407-438.
- Stancik, I. & Stancik, M. A. (2009). A febre amarela antes do mosquito: miasmas e contágio nos manuais de medicina popular do século XIX. *História Social*, v. 16, 145-162. Obtenido el 13 de fevereiro de 2010, de <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/historiasocial/article/viewFile/154/152>
- Stancik, M. A. (2007). Associação Médica de Ponta Grossa: medicina, processo saúde-doença e sociedade (1951-1977). Em N. B. Chaves (Ed.). *Medicina em Ponta Grossa: histórias da Associação Médica (1951-1977)* (pp. 29-71). Ponta Grossa: UEPG.
- Stancik, M. A. (2005). Os jecas do literato e do cientista: movimento eugênico, higienismo e racismo na Primeira República. *Publicatio UEPG*, v. 13(1), 45-62. Obtenido el 13 de fevereiro de 2010, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/humanas/article/viewFile/535/536>
- Trevizan, S. & Coutinho, S. E. D. (2008). Perfil epidemiológico da coqueluche no Rio Grande do Sul, Brasil: estudo da correlação entre incidência e cobertura vacinal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24(1), 93-102.
- Tronca, I. (2000). *As máscaras do medo: Lepra e Aids*. São Paulo: Unicamp.
- Vasconcellos, A. N. (1925). Contribuição para o estudo da bacteriotherapia da coqueluche. En: Congresso Brasileiro de Medicina, 8, 1918, Rio de Janeiro. *Annaes*. v. 1. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, p. 509-521.
- Vasconcellos, A. N. (1918a). Bacteriotherapia da coqueluche. *Brazil-Medico*, 32(24), 188-189.
- Vasconcellos, A. N. (1918b). Vaccinotherapia da coqueluche. *Brazil-Medico*, 32(10), 156-157.