

Cólera em Portugal na segunda metade do século XIX: os lazaretos terrestres

Cholera in Portugal in the second half of the 19th century: the terrestrial lazarettos

Laurinda Abreu
Universidade de Évora
lfsa@uevora.pt
<https://orcid.org/0000-0003-1037-2804>

Texto recebido em / Text submitted on: 01/05/2023

Texto aprovado em / Text approved on: 30/06/2023

Abstract

Emerging in Europe during a century considered revolutionary for science and medical achievements, and in the competitive environment of industrial, commercial, and colonial expansion, cholera pandemics were not only a public health problem but also sparked international tensions and domestic conflict in the political, social, and even professional spheres. Despite the growing interest of Portuguese researchers in the study of epidemics, there are still many primary sources that are practically unexplored and a vast range of potential ways to deepen existing knowledge. This is the case of the role played by terrestrial lazarettos during the pandemic crisis of 1884–1886, the subject of this article. Its main objective is to shed light on the circumstances that led one of the most progressive Portuguese governments of the 19th century to combat the threat of epidemics through traditional quarantine measures, which had long been strongly criticized both at home and abroad.

Keywords: Cholera; terrestrial lazarettos; Portugal.

Resumo

Irrompendo na Europa num século considerado revolucionário do ponto de vista da ciência e das conquistas médicas, mas, também, no ambiente competitivo da expansão industrial, comercial e colonial, as pandemias de cólera foram, além de um problema de saúde pública, focos de tensão internacional e de conflitualidade doméstica, quer em termos políticos, quer sociais e até profissionais. Apesar do crescente interesse dos investigadores portugueses pelo estudo das epidemias, ainda existem muitas fontes primárias praticamente inexploradas e um vasto campo de possibilidades para aprofundar o conhecimento disponível. É o caso do papel desempenhado pelos lazaretos terrestres durante a crise de 1884-1886, assunto tratado neste texto. Tem como objetivo principal iluminar as circunstâncias que levaram um dos governos portugueses mais progressistas do século XIX a combater as ameaças epidémicas mediante medidas quarentenárias tradicionais, já há muito sob forte contestação, interna e externa.

Palavras-chave: Cólera; lazaretos terrestres; Portugal.

Introdução

Em artigo publicado no dia 11 de agosto de 1884 na revista *O Ocidente*, o articulista João Costa desferia um violento ataque às autoridades inglesas, acusando-as de se importarem mais com a liberdade do comércio do que com a vida das pessoas. A sua indignação surgia após receber um telegrama de Londres informando sobre a presença de casos de cólera em Rushton, próximo de Blackburn, e a recusa do governo em impor “quarentena em todos os seus ricos portos”¹. João Costa mostrava concordar com as ações do governo do seu país que dias antes interditara o acesso a navios provenientes de portos “sujos de cholera morbus”² e planeava limitar a mobilidade na fronteira terrestre. Por opção ou desconhecimento, o jornalista alicerçava o seu artigo em valorações de índole moral quando o que verdadeiramente estava em causa era o modo de lidar com a cólera, cuja transmissibilidade era geralmente aceite desde meados da década de 1860³: circunscrever o isolamento e a desinfecção apenas aos infetados ou desinfetar e isolar todos os viajantes provenientes do exterior. A primeira era a opção inglesa desde os anos de 1850; a segunda, a adotada pelo governo português, que se mostrava irredutível na utilização generalizada deste tipo de práticas, apesar das críticas da Inglaterra.

Quer as autoridades inglesas, quer as portuguesas conheciam bem, e utilizaram a favor das suas diferentes políticas, a reação das populações ao sofrimento das vítimas acometidas com “sintomas tão terríveis e horrorosos” que as deixavam exauridas pela diarreia e vômitos, “secc[a]s, as unhas e a pelle negras, os dentes e a bocca como queimados, e os olhos muito fundos” – para usar as palavras do delegado de saúde do distrito de Bragança após visitar Poiares, em maio de 1855⁴ –, uma doença que dava aos vivos o aspeto de cadáveres e a estes um aparente sopro de vida em resultado das contrações musculares *post mortem*. Ambos os países acabariam por passar relativamente incólumes a esta investida da cólera, ao contrário do que aconteceu com

¹ *O Occidente. Revista illustrada de Portugal e do estrangeiro*, 7.º anno, volume VII, n.º 203, p. 178.

² *Diário do Governo* de 28 de julho de 1884.

³ Péter Balázs; Kristie L. Foley, “The Austrian success of controlling plague in the 18th century: maritime quarantine methods applied to continental circumstances”, *Journal of History of Culture, Science and Medicine*, Vol. 1. No. 1 (2010), p. 73-79.

⁴ O delegado refere ainda que as 11 pessoas infetadas tinham morrido no espaço de duas horas (crianças) a seis horas (adultos), algumas delas sem ninguém as querer sepultar. *Relatório da epidemia de cholera-morbus em Portugal nos anos de 1855 e 1856*, parte I, Lisboa, Imprensa Nacional, 1858, p. 77 (doravante, *Relatório de 1855-1856*, parte I).

outros, por exemplo com a Espanha, onde o surto colérico da década de 1880 provocaria mais de uma centena de milhares de mortos. Como se pode explicar este fenómeno sabendo-se das diferenças que separavam Portugal da Inglaterra em termos de serviços sanitários e de saúde pública? É sobre esta problemática que versará o presente artigo, que procurará explicar as razões subjacentes às escolhas do governo de Fontes Pereira de Melo perante a epidemia de cólera de 1884-1886.

Com tradição enraizada na historiografia ocidental, os estudos sobre as doenças epidémicas têm vindo a evoluir desde as décadas de 70 e 80 do século XX, em parte beneficiando da conjugação entre o avanço do conhecimento médico e científico, novas abordagens analíticas interdisciplinares, aprofundamento dos estudos de demografia histórica e desenvolvimento da informática e sua aplicação às ciências sociais. Dentre a multiplicidade de autores que trabalha nesta área salientam-se, pelo escopo geográfico e cronologicamente abrangente, no quadro concorrencial do expansionismo industrial, comercial e colonial do século XIX, Patrice Bourdelais⁵, Peter Baldwin⁶ e Mark Harrison⁷. Ainda que em escalas diferenciadas, interessou-lhes a internacionalização da luta contra as pandemias por parte das potências europeias no sentido de uniformizar as medidas sanitárias no espaço euro-mediterrânico, libertando-o das amarras das quarentenas na Europa, sem negligenciar a saúde das suas populações⁸. Também em Portugal, as epidemias têm vindo a despertar o interesse dos investigadores, sobretudo as de cólera, as que mais interessam a este texto. Recorde-se o pioneiro estudo de João Lourenço Roque, sobre Coimbra⁹, e, mais recentemente, os de José Mesquita, para o Algarve¹⁰, Alexandra Esteves, para o Norte de Portugal¹¹; e de André

⁵ Patrice Bourdelais, *Les épidémies terrassées, une histoire de pays riches*, Paris, La Martinière, 2003.

⁶ Peter Baldwin, *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.

⁷ Mark Harrison, *How Commerce Has Spread Disease by Contagion*, New Haven, Yale University Press, 2013.

⁸ Benoît Pouget, “Choléra, impérialisme(s) européen(s) et frontières sanitaires en Méditerranée au XIXe siècle”, *L’encyclopédie EHNE*.

⁹ João Lourenço Roque, “Epidemias no distrito de Coimbra no século XIX (1830-1870)”, *Revista Portuguesa de História*, 34 (2000), p. 1-152.

¹⁰ José Carlos Vilhena Mesquita, “Para a História da Saúde no Algarve. As epidemias de cólera-mórbus no século XIX”, *Revista do Arquivo Municipal de Loulé*, n.º 15 (2015), p. 101-134.

¹¹ Dentre outros textos da mesma autora, Alexandra Esteves, “A cólera no norte de Portugal de oitocentos: medos, providências e protagonistas” in Julio Hernández Borge; Domingo González Lopo (ed.), *Antiguos e nuevos desafios*, Santiago de Compostela, Alvarellos Editora, 2017, p. 285-220.

Pita, para Lisboa¹². Importa ainda referir o trabalho de Rita Garnel sobre a presença do nosso país nas conferências sanitárias internacionais¹³ e o de Maria Antónia Pires de Almeida sobre o registo das epidemias na imprensa nacional¹⁴.

Com o objetivo de contribuir para uma visão de conjunto da realidade nacional perante as epidemias de cólera na segunda metade do século XIX, este artigo, que dá continuidade a um outro acerca dos cordões sanitários neste mesmo período¹⁵, debruça-se sobre os lazaretos terrestres durante o surto de 1884-1886. Está estruturado em quatro partes: na primeira, será discutida a situação internacional no que se refere ao discurso médico e à prática política sobre o controlo das epidemias de cólera no século XIX. Na segunda, será dada primazia à situação sanitária do país revelada pelos delegados de saúde durante a epidemia que assolou Portugal em 1855/1856. De seguida, abordar-se-á a organização e funcionamento dos lazaretos estabelecidos nos principais pontos rodoviários, na fronteira com Espanha, em 1884 (e também fluvial e marítimo em 1885). Por fim, analisar-se-ão algumas vicissitudes ligadas à criação dos ditos lazaretos e à contestação de que foram alvo. Como principais fontes, utilizar-se-ão, de uma forma meramente exploratória, os trabalhos produzidos pelo Conselho de Saúde Pública entre 1855 e 1866 e os relatórios sobre os lazaretos terrestres, da autoria de A. M. da Cunha Bellém e Guilherme José Ennes, em 1886¹⁶.

¹² André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa (1833 e 1855/56): emergência do poder médico e combate à epidemia no Hospital de São José e enfermarias auxiliares*, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado), 2018.

¹³ Maria Rita Lino Garnel, “Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais (Em torno das epidemias oitocentistas de cholera-morbus)”, *Revista de História da Sociedade e da Cultura*, 9 (2009), p. 229-251.

¹⁴ Veja-se, dentre as várias obras da autora, Maria Antónia Pires de Almeida, *Saúde pública e higiene na imprensa diária em anos de epidemias, 1854-1918*, Lisboa, Colibri, 2013.

¹⁵ Laurinda Abreu, “A luta contra as invasões epidémicas em Portugal: políticas e agentes, séculos XVI-XIX”, *Ler História*, 73 (2018), p. 93-120.

¹⁶ Respetivamente, *Breve Relatório da cholera-morbus em Portugal nos anos de 1853 e 1854 feito pelo Conselho de Saude Publica do Reino*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1855 (doravante, *Relatório de 1853-1854*); *Relatório de 1855-1856*, parte I (veja-se nota de rodapé n.º 5); e *Relatório da epidemia de cholera-morbus em Portugal nos anos de 1855 e 1856. Seguido de uma breve noticia da epidemia de cholera-morbus nos annos de 1865 e 1866*, parte II, Lisboa, Imprensa Nacional, 1866 (doravante, *Relatório de 1855-1856 e 1865-1866*); e *Os Lazaretos terrestres de fronteira nos annos de 1884 e 1885 (Marvão, Elvas, Villar Formoso e Villa Real de Santo Antonio). Relatório apresentado a Sua Excelência o Ministro do Reino pelos inspectores A. M. da Cunha Bellém; e José Ennes*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1886 (primeira parte, segunda parte e apêndice, os três publicados em 1886). Sobre os relatórios do Conselho de Saúde Pública deve sublinhar-se o caráter caótico e repetitivo de alguma informação, a exigir um trabalho de exegese de toda a documentação, trabalho que ainda temos em curso.

O contexto internacional dos séculos XVIII e XIX

A cólera alastrou para fora das fronteiras do subcontinente indiano em 1817, propagando-se pelo mundo através de seis pandemias ao longo do século XIX¹⁷, deixando um rasto de destruição e morte. Na Europa, a disseminação desencadeou-se nos inícios da década de 1830 (segunda pandemia), impulsionada pelos intensos fluxos comerciais marítimos com a África e a Ásia, possibilitados pela rapidez e grande capacidade de transporte de mercadorias e de passageiros dos barcos a vapor que cruzavam o Mediterrâneo.

Sem conhecimento da etiologia da doença, os estados começaram por recorrer aos meios que tinham usado contra a peste (em regressão na Europa desde o século XVII, excetuando Marselha em 1720): os designados métodos clássicos contagionistas assentes na desinfeção e isolamento em quarentena com o objetivo de quebrar a transmissão da doença através de pessoas, animais e bens contaminados¹⁸, métodos desenvolvidos aquando da peste negra e do comércio com o Oriente via Mediterrâneo. No século XVIII, na monarquia dos Habsburgos, surgiu a ideia de transpor para terra a legislação aplicada aos portos marítimos e de estabelecer cordões sanitários continentais ao longo da fronteira com o Império Otomano. Entrecortados com lazaretos, postos de controlo e hospitais temporários, estes dispositivos procuravam controlar os viajantes e impedir a entrada e a disseminação de doenças contagiosas na Europa. Codificados no final da década de 1730 e reformados nas seguintes, estes procedimentos foram publicados em janeiro de 1770, com o título *Generale Normativum In Re Sanitatis*, servindo de inspiração a outros países europeus¹⁹.

Rapidamente se verificaria, contudo, que estes mecanismos não eram suficientes para travar o avanço da cólera. As dúvidas sobre a pertinência da sua utilização intensificaram-se no contexto da implementação da lei inglesa de Saúde Pública de 1848 e do programa de saneamento empreendido por Edwin

¹⁷ Dentre as diferentes propostas de cronologias para as seis pandemias, veja-se Anne Hardy, “Cholera, quarantine and the English preventive system, 1850-1895”, *Medical History*, 37 (1993), p. 250, nota de rodapé 1.

¹⁸ As mercadorias mais perigosas, por serem consideradas um esconderijo ideal para as pulgas, eram a lã, o algodão, o linho e a seda e têxteis feitos a partir destes materiais. Consulte-se a lista de 154 bens publicada pela primeira vez no Regulamento de Trieste 1755, Urška Bratoz, “Cholera at the junction of maritime and land routes in nineteenth-century Trieste” in Sevasti Trubeta, Christian Promitzer and Paul Weindling (ed.), *Medicalising borders. Selection, containment and quarantine since 1800*, Manchester University Press, 2021, p. 56-77.

¹⁹ Péter Balázs; Kristie L. Foley, *The Austrian success...*, cit.

Chadwick, que se propunha melhorar o estado sanitário do país, na esfera pública e na privada, neste caso regulamentando a construção de habitações equipadas com água e esgotos, atuando sobre os infratores²⁰. A partir daí, o país passou a enfrentar as epidemias apostando em medidas sanitárias preventivas e individualizadas em detrimento das práticas quarentenárias tradicionais. A eficácia destas disposições, mais consentâneas com as exigências da expansão comercial e da revolução dos transportes, dependia, porém, da coordenação dos estados na resposta às epidemias, pressuposto que norteou a organização das Conferências Sanitárias Internacionais, tendo a primeira sido realizada em Paris, em 1851. Neste fórum, a peste, a febre-amarela e a cólera foram consideradas “importáveis e transmissíveis”, mas não necessariamente contagiosas, não exigindo quarentena, conforme defendia a Inglaterra, posição rejeitada por vários países que não abdicavam dos antigos métodos profiláticos²¹.

A demonstração de que o surto pandêmico de 1865-1866 fora importado pela Europa através das rotas de peregrinação do mar Vermelho diminuiria o entusiasmo dos defensores do saneamento, até na própria Inglaterra, onde as autoridades iniciaram aquilo que Baldwin designa por neo-quarentenismo: retomaram algumas medidas quarentenárias, contudo circunscreveram-nas aos barcos e passageiros infetados, empenhando-se na vigilância médica dos viajantes. Esta abordagem já incorporava os resultados das experiências de John Snow e William Farr, que haviam demonstrado que a água contaminada era o principal fator de transmissão da cólera.

Paralelamente, e colhendo vantagens do temor social da cólera²², a Inglaterra continuou a investir no programa de saneamento, por exemplo, prestando serviços sanitários gratuitos aos pobres. Na terceira Conferência Internacional, em Istambul, em 1866, os ingleses continuavam a defender a necessidade de articulação entre vigilância sanitária e medidas preventivas como melhor meio de combate às epidemias. Em sentido contrário, Portugal votou ao lado da Suécia, Prússia e França²³ a favor dos meios usuais, lembrando que os pobres ainda não tinham acesso a condições sanitárias decentes. Na

²⁰ Peter Baldwin, *Contagion and the State...*, cit., p. 138-139.

²¹ Urška Bratoz, *Cholera at the junction...*, cit.

²² Margaret Pelling, “Epidemics in Nineteenth-Century British Towns: How Important was Cholera?”, *Journal of Victorian Culture*, No. 2 (2022), p. 349.

²³ Note-se que a posição das potências europeias em relação às práticas quarentenárias divergia conforme a geografia: o que defendiam para as suas metrópoles não era necessariamente o mesmo que praticavam nas suas colónias. Cf. Francisco Javier Martinez, “Hegemony in the mid-nineteenth century Mediterranean”, *French History*, 30 (2016), 1, p. 77-98.

opinião destes estados, a estratégia preventiva defendida pelos ingleses era dispendiosa e demorada, sendo, pois, importante manter a desinfecção universal nas fronteiras, considerada “o saneamento dos pobres”²⁴. Apesar de na conferência seguinte, em Viena, em 1874, se repetir a falta de consenso quanto à abolição das medidas quarentenárias²⁵, num período em que a Inglaterra reforçava o seu programa sanitário com visitas domiciliárias aos recém-chegados, durante cinco dias consecutivos, para procurar sintomas de cólera, a Suécia tendia a moderar a sua posição, optando pela inspeção e isolamento dos doentes, às vezes de forma compulsiva, desinfecção dos barcos e libertação dos passageiros e tripulação saudáveis. O mesmo acontecia na Alemanha, sob influência de Pettenkofer, que defendia que, por si só, o germe não tinha condições para provocar uma epidemia nem era imediatamente contagioso. Embora as abordagens pudessem variar de cidade para cidade, no geral houve um reforço dos programas sanitários públicos, municipais e privados (por exemplo, em Dresden, em 1873, uma equipa de 48 trabalhadores desinfetava as casas de banho e fossas particulares uma vez por semana). Em França, tentavam-se soluções de compromisso, criando condições para consumo de água pura, inspeção de alimentos e desinfecção de latrinas, e conservando quarentenas de observação para os barcos suspeitos de contaminação, aplicando um rígido isolamento para os passageiros e carga dos navios com cólera a bordo²⁶. Contrariamente a estes países, Portugal não só manteve as políticas de quarentena tradicionais, à semelhança das nações e colónias do Mediterrâneo²⁷ – tendo concluído, em 1869, o lazareto de Porto Brandão, provavelmente o último grande lazareto marítimo construído na Europa, com capacidade para alojar 600 pessoas –, como as reforçou e as estendeu até à raia seca durante a epidemia de 1884-86, apesar de, na conferência de 1874, a maioria das 22 nações presentes ter considerado impraticável a quarentena nas fronteiras terrestres. E foi nesse sentido que a Junta Consultiva de Saúde Pública (o organismo que substituiu o Conselho de Saúde Pública desde 1868) instruiu o representante português na conferência internacional que teve lugar em Roma, em 1885. Para compreender esta decisão, é necessário visitar o país durante o surto colérico de 1854-1856.

²⁴ Peter Baldwin, *Contagion and the State...*, cit., p. 142-143.

²⁵ Muito menos das terrestres, que contaram com a oposição de Portugal, Grécia, Sérvia e França. Cf. Maria Rita Lino Garnel, *Portugal e as Conferências Sanitárias...*, cit., p. 244.

²⁶ Peter Baldwin, *Contagion and the State...*, cit., p. 159-161.

²⁷ Peres Salas-Vives; Joana Maria Pujadas-Mora, “Cordons Sanitaires and the Rationalisation Process in Southern Europe (Nineteenth-Century Majorca)”, *Med. Hist.*, 62, 3 (2018), p. 315. Atente-se, porém, que em todos estes casos se trata das fronteiras marítimas.

O caso português

Após a primeira epidemia de cólera que atingiu Portugal, entrando por Lisboa e pelo Porto, em 1833, ter provocado mais de 40 mil mortos²⁸, o país sentiu-se novamente ameaçado duas décadas depois, quando a doença se instalou em Espanha. Todavia, ao contrário do seu vizinho, Portugal praticamente não foi afetado em 1853-1854, registando apenas 173 pessoas infetadas nos distritos de Viana, Portalegre, Faro e Beja, 82 das quais acabaram por morrer²⁹. O Conselho de Saúde Pública³⁰ atribuía o que considerava ser um sucesso à eficácia e rapidez de atuação das autoridades, que em poucos dias salvaram “este bello paíz (...) dos horrores do flagelo”³¹. Referia-se, por certo, à autêntica torrente legislativa que, logo a partir de janeiro de 1854, fazia transpor para Portugal o quadro normativo internacional sobre questões sanitárias, de clara matriz inglesa, para controlo dos espaços públicos e privados, incluindo aqui os industriais que despontavam. Intentando circunscrever a doença aos locais infetados³², o governo determinou a fiscalização preventiva dos comportamentos dos indivíduos e das famílias ao nível da higiene, alimentação e bem-estar, através de visitas domiciliárias que podiam ordenar a remoção compulsiva dos “pobres e operários” de suas casas e a sua institucionalização temporária. Acompanhando as recentes descobertas de John Snow, atribuía à água a transmissão da doença, “especialmente a dos rios, (que) leva muitas vezes em si o gérmen d’aquella moléstia”, ordenando às populações que a fervessem antes de a consumirem.

Em todas estas decisões é explícito o objetivo de “conciliar a segurança da saude publica (...) com o menor gravame do commercio”³³, e foi nesse sentido que o ministro do Reino, Rodrigo da Fonseca Magalhães (que entrara no governo regenerador ao mesmo tempo que Fontes Pereira de Melo), incumbiu o Conselho de Saúde Pública, em maio de 1854, de constituir uma comissão composta pelos

²⁸ Sobre a problematização destes números, veja-se André Filipe Samora Pita, *A cólera em Lisboa...*, cit.

²⁹ O Conselho de Saúde Pública lamentava a perda estatística “dos atacados e dos fallecidos” durante a epidemia de 1833 e, por várias vezes, atribui as deficiências do relatório à indigência dos serviços de estatística em Portugal.

³⁰ Constituído por Francisco Inácio dos Santos Cruz, presidente; Guilherme da Silva Abranches, vice-presidente; Mateus Cesário Rodrigues Mocho; João José de Sousa e Silva; José Dionísio Correia.

³¹ *Relatório de 1853-1854*, p. 4.

³² Veja-se *Colecção de leis e regulamentos gerais de sanidade urbana e rural, Portugal*, Secretaria de Estado dos Negócios do Reino, 1876 e 1883. Boa parte desta legislação está transcrita nos referidos relatórios do Conselho de Saúde Pública.

³³ *Diário do Governo*, 6 de maio de 1854.

médicos mais hábeis da capital e alguns comerciantes mais instruídos da praça de Lisboa para reformar e atualizar os regulamentos de polícia marítima. Num ambiente de contestação por parte dos agentes económicos, de que a imprensa fazia eco, o Conselho pediu apoio à Faculdade de Medicina, em 14 de junho de 1854, à semelhança do que havia feito em 1848, no contexto de várias ações preventivas tomadas durante nova visita da cólera à Europa. Alegando excesso de trabalho e complexidade do tema, o parecer do Conselho da Faculdade de Medicina só foi emitido mais de oito meses depois, em 26 de fevereiro de 1855.

Resumidamente, a faculdade revelava uma maior preocupação de justificar a mudança de opinião em relação à consulta de 1848, onde teria defendido a natureza não contagiosa da cólera, que de sugerir algo de novo. Apesar de concordar com o trabalho do Conselho de Saúde, aconselhava a que não se arriscasse a vida de quatro milhões de habitantes cedendo “a uma pequena classe” – leia-se, a dos comerciantes. Sugeriu, porém, a redução da quarentena aos barcos procedentes de portos seguros, motivando o voto contra de dois médicos do conselho da faculdade, António Joaquim Barjona e Sebastião d’Almeida e Silva. Mais conservadores que os restantes vogais, e ignorando as discussões científicas contemporâneas sobre o caráter da doença e até a maior flexibilidade defendida pelo governo relativamente às medidas sanitárias, estes dois médicos invocaram as epidemias de peste dos séculos anteriores para recomendar que a rainha não devia “ceder aos negociantes (...) e médicos menos sábios, interessados ou buscando popularidade”³⁴.

Em modo de autoelogio pela ausência da epidemia em 1853-1854, o Conselho de Saúde Pública criticava o exagero das medidas quarentenárias tomadas em outros locais, de efeitos contrários ao pretendido, como acontecera em Nápoles. Estava longe de antecipar a iminente catástrofe.

Seguindo o relatório produzido por este organismo em 1858, “frustradas as suas primeiras investidas nos anos de 1853 e 1854, o nosso paiz foi infelizmente victima da epidemia de cholera-morbus, que o invadiu em 1855”³⁵. Com alguma perplexidade, verifica que a cólera não tinha irrompido nos distritos atacados no ano anterior, mas no da Guarda, “um dos mais salubres de Portugal”, seguindo depois para Vila Real, Bragança, Viseu, Porto e Aveiro, descendo rapidamente pelo rio Douro, assolando as povoações de ambas as margens, espalhando-se pelo país através das comunicações marítimas e fluviais. Surpreendia-o, sobremaneira, a irregularidade do trajeto e do ritmo da epidemia: umas vezes, deslocava-se a grande velocidade, outras a “passo lento e tardio”, outras ainda retrocedendo

³⁴ *Relatório de 1853-1854*, docs. 57 e 58, p. 76-80.

³⁵ *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 4.

para tornar a avançar pelo mesmo caminho ou seguir direção diversa. Às vezes, estacionava em algumas localidades, outras, saltando pontos distantes, deixava incólumes povoações intermédias. Por exemplo, apesar da violência com que atacou no Algarve, não avançou para os distritos de Beja ou Évora, embora tenha estado em Portalegre, ambos atravessados “pela grande estrada que vem de Badajoz a Lisboa (...), preferindo a corrente do Tejo”. Pensando-se que o pesadelo terminara no final do ano, a doença reapareceu no primeiro dia de janeiro de 1856, nos distritos de Bragança e Lisboa, permanecendo na capital até finais de novembro. Leiria, Santarém, Beja, Faro, Castelo Branco, Funchal, Portalegre, Évora, Coimbra, Aveiro e Porto foram os distritos mais fustigados³⁶. No total, o país viria a perder para a cólera 31 238 pessoas³⁷.

Ao contrário do tom otimista do relatório anterior, o Conselho de Saúde Pública reconhecia agora a carência de profissionais de saúde, atribuindo a responsabilidade aos municípios (conforme determinado pelo decreto de 18 de setembro de 1844) pela falta, bem como pela demora na aplicação de medidas sanitárias preventivas³⁸. Enaltecendo o seu próprio trabalho e o do governo, não dava particular ênfase às razões invocadas por Fonseca Magalhães, em maio de 1855, para assumir a liderança do combate à epidemia, em resposta ao desalinho em que se encontrava o país e, até, a alguma inépcia do próprio Conselho de Saúde Pública, que, com poderes reforçados desde 1854, se terá ocupado prioritariamente da reforma da administração sanitária, em vez de acudir à calamidade³⁹.

Ao comando das operações, o ministro sobrepôs os interesses do Estado aos dos seus representantes na periferia, incluindo governadores civis, e aos das câmaras municipais, acusando-os de fomentar tensões sociais⁴⁰, retardar as decisões e estabelecer cordões sanitários descuidados e “imperfeitos”⁴¹. Tal como fez em relação a outras localidades, como Aveiro e Guarda, chegou a acusar as autoridades administrativas, fiscais e militares do distrito de Viana de serem inúteis, condescendentes com os transgressores e ingénuas quanto aos efeitos da violação da lei⁴².

³⁶ *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 4-5.

³⁷ Número obtido retirando ao número de 31 321 vítimas apresentadas para os surtos de 1853 a 1866 as de 1853 e de 1866. *Relatório de 1855-1856*, parte II, p. 7.

³⁸ *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 7.

³⁹ Laurinda Abreu, *A luta contra as invasões epidémicas...*, cit., p. 107-108.

⁴⁰ *Relatório de 1853-1854*, p. 16 e ss.

⁴¹ Por oposição, evidenciava-se o caso de Mértola, onde a população cooperava com as autoridades de saúde, inclusive reclamando o estabelecimento de um cordão sanitário, *Relatório de 1853-1854*, p. 40-45.

⁴² A chegada da cólera a Viana deu razão a Fonseca Magalhães, que, por diversas vezes, alertara para a necessidade de implementar as medidas sanitárias determinadas pela administração

Recorrendo ao exército e aos inspetores, visitantes, delegados e subdelegados de saúde, o ministro mandou estabelecer cordões sanitários, lazaretos e hospitais para coléricos, encerrar as portas das cidades e proibir feiras, entre muitas outras medidas⁴³. Guiavam-no o edital de 8 de novembro de 1817 – segundo o qual “em caso de dúvida preferir sempre as providencias mais rigorosas e seguras”, mesmo que os agentes locais clamassem que os focos eram tantos e em tantos lugares que só a imobilidade das pessoas poderia travar a transmissão da doença – assim como a lei promulgada a 10 de janeiro de 1854, que permitia ao governo assumir poderes extraordinários “que forem indispensaveis, para o bom serviço sanitario contra a invasão e marcha do mesmo flagello” (a cólera)⁴⁴, lei várias vezes restabelecida nas décadas seguintes.

Dentre a vasta documentação produzida nesse período, sobressaem as informações recolhidas pelos delegados de saúde à ordem do Conselho de Saúde Pública, de 25 de maio de 1855, sobre as epidemias que deflagrassem nos seus distritos, situação tipográfica das terras, estado meteorológico aquando dos primeiros casos, condições de higiene e salubridade dos habitantes e patologias ordinárias⁴⁵. A relevância que atribuímos a este núcleo documental deve-se ao facto de considerarmos que poderá ter impactado nas decisões tomadas por Fontes Pereira de Melo (que acompanhou este processo enquanto ministro) aquando do surto epidémico da década de 1880, então já como chefe do governo.

Basicamente, os delegados de saúde mostravam que não existiam no país condições para aplicar a maioria das leis que estavam a ser promulgadas e que não se podia confiar nem nas autoridades espanholas, acusadas de sonegar informação sobre as epidemias, nem nos cônsules portugueses, por passarem cartas de saúde limpas às embarcações provenientes de locais infetados em troca de ganhos financeiros⁴⁶ – ambos fundamentais para a proteção das fronteiras portuguesas a partir do exterior. Revelavam, igualmente, as divisões que existiam na comunidade científica sobre as características da cólera, condições

central. *Relatório de 1853-1854*, p. 51. Sobre as medidas tomadas durante o surto de 1854-1855, veja-se, além da obra já referida de Alexandra Esteves, a que partilha com Marta Lobo de Araújo, “Cholera in the portuguese region of Alto Minho in the second half of the Nineteenth Century: epidemic outbreaks, treatment and behaviours”, *Hygiea Internationalis*, Suécia, Linköping University, vol. 99, n.º 1 (2010), p. 183-198.

⁴³ *Relatório de 1853-1854*, p. 64-65.

⁴⁴ *Diário do Governo*, n.º 10, de 12 de janeiro de 1854.

⁴⁵ *Relatório de 1855-1856*, parte II, doc. 2, n.º 1, p. 185.

⁴⁶ Por diversas vezes, o Conselho de Saúde Pública refere ter enviado os seus delegados a território espanhol para verificar a situação, sem que se saiba como tal era acolhido pelas autoridades do país vizinho (*Relatório de 1853-1854*, p. 20-27).

e formas de propagação e, até, quanto às relações de causalidade entre as condições atmosféricas (calor e humidade) e a deflagração das epidemias, hipótese recentemente levantada por vários médicos estrangeiros. O mesmo acontecia quanto à transmissibilidade da doença: se o delegado do distrito do Porto não tinha dúvidas sobre o facto de o contágio ter ocorrido dentro dos hospitais, rodas, asilos e cadeias, e o do distrito de Faro assegurava que tinham sido os pescadores da sardinha que, a 15 de novembro, assustados com as notícias de cólera em Monte Gordo, “fugiram espavoridos do lugar” levando consigo a doença⁴⁷, em muitas outras situações não se conseguia provar o contágio. Era o caso dos relatos de morte por cólera de um “pobríssimo criado de lavoira” que vivia isolado numa choupana, em Moncorvo, ou de uma mãe e filha que não saíam de casa nem tinham relacionamentos sociais na Banharia (Porto). Também ninguém conseguia explicar como a cólera tinha entrado em Aljezur, uma terra com poucas comunicações⁴⁸.

Talvez ainda mais preocupante para quem tinha de tomar decisões políticas num contexto epidémico era a verificação da dificuldade em identificar os sintomas da doença, por serem facilmente confundíveis com os das doenças da época, e em decidir sobre o seu tratamento, ambas as situações com impactos potencialmente catastróficos. Do que não havia dúvidas era da condição socioeconómica dos primeiros pacientes e das suas condições de vida: uma lavadeira, um contrabandista de pão, vendedores de legumes, trabalhadores nas obras das estradas ou nos caminhos de ferro, marinheiros, barqueiros, marujos, pescadores, todos “pessoas deterioradas pela miséria”. Bem podia, de Lisboa, o Conselho de Saúde Pública apelar à população para preservar a higiene das suas habitações, mantendo-as arejadas, mas sem correntes de ar, andar bem calçada e “enroupada”, alimentar-se com moderação e a horas regulares⁴⁹, evitar o excesso de trabalho e de fadiga, as emoções fortes e as paixões violentas, deitar-se imediatamente após os primeiros sintomas da

⁴⁷ O delegado de Coimbra indicava que a transmissão ocorrera pelo contágio (como demonstrado no hospital do Colégio das Artes) mas não pelas roupas ou utensílios, embora concedesse que um só caso não permitia conclusões definitivas, *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 281.

⁴⁸ *Relatório de 1855-1856*, parte I.

⁴⁹ Eventualmente a pensar nos excessos cometidos pelo povo, como os descritos em Esposende, onde o doente jantara demasiado peixe salgado e vinho verde depois de passar uma tarde exposto ao sol. Ou em áreas rurais do distrito de Viana do Castelo, em 1855, após a escassez das colheitas do ano anterior, por estarem “esfaimado(s)”, se lançarem sôfregos ao centeio, batatas e frutas, *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 251.

doença e tomar chá⁵⁰ – conselhos que a imprensa enfaticamente repetia. Em diversas terras do Algarve, os pescadores viviam em barracas e cabanas feitas de junco e de canas, cobertas de vegetais, pouco asseadas e sem ventilação nem luz. Nas zonas rurais dos distritos da Guarda e de Vila Real, as habitações replicavam o estado “ímundo e asqueroso” das ruas. No distrito de Coimbra, a “insalubridade dos logares” corria paralela à miséria das suas gentes⁵¹. Um pouco por todo o lado, faltava água potável, sobrando as águas estagnadas ou salobras, como as que bebiam os habitantes da Fuzeta, ou lodosas e pútridas, como as que “devoravam” os pobres de Vila Franca de Xira⁵². A dieta estava condicionada à produção das terras, e o período era de más colheitas, portanto de géneros alimentares escassos e caros. De todos os testemunhos, merece realce, pelo pormenor, o relativo a Faro: couve e papas de milho, no inverno; figos secos e peixe de má qualidade, no outono; abóbora, uvas e figos, no verão; favas, na primavera. No distrito de Viseu, a pobreza era tão extrema que se chegava a vender as roupas e mobília para comprar comida e a queimar tábuas das barracas que serviam de residência para se aquecer e cozinhar. Gente com corpos demasiado vulneráveis antes da cólera, que facilmente sucumbia quando a doença sobrevinha. Nas áreas sem apoio institucionalizado, a taxa de mortalidade dos afetados facilmente superava os 50%, podendo mesmo chegar aos 100%. Num cenário de pauperismo generalizado, muitos dos que sobreviviam à cólera acabavam por não resistir pouco depois às “moléstias ordinárias”. Certo, também, o facto de a “marcha da cólera” facilmente extravasar os círculos circunscritos em que surgia e irradiar para outros estratos da sociedade, atingindo indiscriminadamente pessoas fortes e bem alimentadas, sem qualquer consideração pela idade ou posição social.

Vários dos delegados de saúde valorizavam sobremaneira a situação sanitária dos pobres na propagação da doença, contudo o problema era transversal a todo o país. Mesmo nos centros urbanos com recursos humanos e materiais, as autoridades só diligenciavam nas limpezas ao verem a morte rondar os vizinhos, sendo “o inimigo” mais rápido que todas as resistências momentâneas, como aconteceu em Aveiro, Coimbra, Leiria e Elvas. Conforme resumia o Conselho de Saúde Pública, a eficácia das

⁵⁰ “Instruções populares contra a cholera-morbus mandadas publicar pelo conselho de saude publica em janeiro de 1854”, *Relatório de 1855-1856*, parte II, doc. 7, p. 7.

⁵¹ Conforme os múltiplos exemplos compilados por João Lourenço Roque, no artigo atrás citado.

⁵² Ainda que, por vezes, o ónus fosse lançado sobre os pobres por desconhecerem os “preceitos higiênicos”.

providências higiênicas está subordinada principalmente à oportunidade da sua aplicação e à perseverança da sua acção. Não é somente na imminência de uma epidemia, ou quando o flagello tem penetrado na povoação que se devem pôr em prática e uma vez tomadas não devem ser interrompidas a fim de que da sua execução seguida e aturada se possa tirar proveito real e duradoiro⁵³.

A ordem de 10 de janeiro de 1854, que exigia às câmaras municipais o cumprimento das medidas sanitárias impostas pelo decreto de 3 de janeiro de 1837, revelava que pouco havia sido feito nas últimas duas décadas. Apesar do investimento realizado em obras públicas, tardava a reforma sanitária de que o país carecia. As “doenças de sujidade⁵⁴” (ou “doenças imundas”), como a cólera e a febre tifoide, a par das decorrentes da subnutrição, continuariam a dominar a sociedade portuguesa. O que as autoridades portuguesas não poderiam saber era que a epidemia de cólera de 1855-1856 seria a última que o país viveria⁵⁵, antecipando a Inglaterra, que ainda enfrentaria a de 1865-1866; a Espanha⁵⁶ e a França⁵⁷, que passariam por esta e também pela de 1884-1886.

Perante nova ameaça, o reforço das medidas antigas

Em junho de 1884, a cólera voltou à Europa, entrando em França, transportada pelos soldados que regressavam da Indochina. Aportando em Toulon, poucos dias depois era reportada em Marselha, as duas cidades francesas mais atingidas por este surto e onde residiam em maior número imigrantes italianos, que poderão ter estado na origem da epidemia no seu país de origem. Rapidamente, também a Espanha entrava no circuito da cólera. Enquanto França recusava instalar cordões sanitários por os considerar ineficazes, optando pela evacuação dos edifícios insalubres e fumigação das casas (Lille e Seine, por exemplo), ou constituindo brigadas para desinfetar os quartos onde tivessem

⁵³ *Relatório de 1855-1856*, parte I, p. 422.

⁵⁴ “Filt diseases”, no original, Margaret Pelling, *Epidemics in Nineteenth-Century...*, cit., p. 350.

⁵⁵ Registaram-se apenas pequenos surtos no Porto, com 5 mortos; em Freixo de Espada à Cinta, com 16 mortos; e em Elvas, onde a epidemia surgiu, com 62 mortos, *Relatório de 1866*, p. 10.

⁵⁶ Com 120 000 vítimas mortais em cada uma delas, ainda assim bem inferior aos 236 000 mortos de 1853-1855. Durante as quatro invasões (1833-34, 1853-55, 1865 e 1885), ter-se-ão registado 800 000 vítimas mortais, Angolotti Cárdenas E., “Datos para la historia del cólera en España”, *Rev. Sanid. Hig. Pública*, 45 (1971), p. 199-220.

⁵⁷ Entre 13-15 000 mortos em 1866 e 10 000 em 1884, contra os 150 mil em 1854.

morrido coléricos (Paris)⁵⁸, a Espanha restringia as quarentenas apenas aos que manifestavam sintomas da doença⁵⁹.

Chegando a Lisboa rumores de que o governo espanhol estaria a sonegar informações a Portugal, contrariando o acordado na conferência sanitária internacional de 1881, o ministro do Reino, Augusto César Barjona de Freitas, restaura, por decreto de 3 de julho de 1884, as leis de 10 de janeiro de 1854 e 5 de julho de 1855, que lhe permitiam empregar “medidas extraordinárias contra a invasão do cholera morbus”. Começa por reforçar o controlo marítimo (colocando navios de guerra “em serviço do micróbio”, ridiculizaria, mais tarde, a oposição) e ordenar ao Ministério da Guerra que preparasse um cordão sanitário ao longo da fronteira terrestre e lá instalasse lazaretos. Paralelamente, incumbia o Ministério do Interior de estabelecer hospitais para receber os doentes com cólera e telégrafos nos concelhos de fronteira. Medidas que, justificava, em março de 1885, tinham sido “forçadas pela opinião publica, pelas conveniências, e no cumprimento do proprio dever”. Ao parlamento que o criticava pelos elevados gastos financeiros e nefastas consequências socioeconómicas, lembrava o ministro que no início do verão de 1884 todos os jornais de Lisboa consideravam que as medidas adotadas *não eram suficientes*. Acrescentava “que o medo apoderára-se de todos. Mas agora, que o mal vae longe, é que se podem tirar effeitos politicos de uma responsabilidade que é de todos nós”⁶⁰.

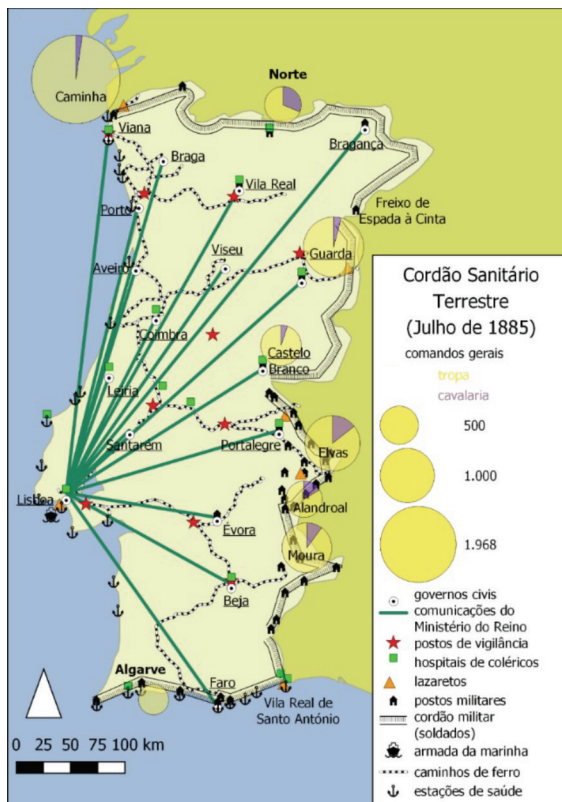
Encerrada a “primeira temporada colérica” (setembro de 1884-janeiro de 1885), logo em junho sobreveio a segunda, tendo o governo restabelecido todos os procedimentos concluídos em janeiro, porém, agora, de forma muito mais ágil e aperfeiçoada⁶¹. Só nos finais de abril do ano seguinte o ministro dava a ameaça epidémica por extinta, regozijando-se pelo sucesso das operações, salientando o papel desempenhado pelos cordões sanitários, pela primeira vez estendidos de forma contínua ao longo da fronteira com Espanha (mapa 1), e pelos lazaretos terrestres, uma inovação no contexto nacional.

⁵⁸ Não foram, contudo, procedimentos generalizados não só devido aos elevados custos financeiros, como às resistências levantadas pelas populações.

⁵⁹ Cf. Alberto Llorente de la Fuente, “La epidemia de cólera de 1885 en Valladolid y provincia”, Tesina de licenciatura, Valladolid, 1988. <https://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/la-epidemia-de-colera-en-1885-en-esquivillas/html/>; Repercusiones sociales de la epidemia de cólera de 1885 : (el mal del Ganges en Burjassot) / Robert Blanes Andrés et al. [Valencia] Obrapropia, 2019.

⁶⁰ *Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa*, 1885, n.º 9, p. 118.

⁶¹ Conforme explicado em Laurinda Abreu, *A luta contra as invasões epidémicas...*, cit., p. 110-111.



Mapa 1 – Cordão sanitário de 1885 (julho-outubro).

Fonte: Laurinda Abreu, *A luta contra as invasões epidémicas...*, cit., p. 116.

Coube a A. M. da Cunha Bellém e Guilherme José Ennes, respetivamente médico e cirurgião militares, a missão de preparar lazaretos na raia seca, em 30 de setembro de 1884⁶². Uma das primeiras deliberações que tomaram foi limitar as “portas de entrada às relações internacionais”, de modo a mais facilmente controlar passageiros e mercadorias. Seleccionaram as quatro linhas de caminho de ferro que ligavam Portugal a Espanha e fundaram um lazareto em Valença, para servir a linha do Minho (a ponte rodoferroviária de ligação à Galiza estava em construção); outro em Vilar Formoso, conexo à linha da Beira Alta; outro

⁶² Uma missão que seguia de perto a que a monarquia Habsburgo pediu ao médico Karl Ignaz Lorinser, no inverno de 1828. Cf. Christian Promitzer, “Uses of quarantine in the nineteenth century until the Crimean War: examples from south-east Europe”, *Medicalising borders*, p. 78-99.

em Elvas, para acolher os passageiros da linha do Leste; e outro em Marvão, para servir o ramal de Cáceres. A estes juntariam, já em 1885, um lazareto em Vila Real de Santo António, para receber viajantes chegados pela via fluvial e os tripulantes de barcos de pequena cabotagem, os primeiros, porque não estavam sujeitos às regras sanitárias marítimas; os segundos, por não terem condições para quarentenar no lazareto de Lisboa, destinado aos barcos de grande porte. Pelos cinco lazaretos terão passado 21 541 quarentenários (quadro 1 e 2), perfazendo 105 988 dias de quarentena⁶³.

Lazareto	Abertura	Encerramento	Quarentenários
Marvão	11-9-1884	20-01-1885	1356
Elvas	12-09-1884	19-01-1885	1282
Vilar Formoso	28-09-1884	19-01-1885	199
Valença	29-09-1884	19-01-1885	3264
			Total: 6101

Quadro 1 – Movimento dos lazaretos (1884-1885).

Fonte: *Os lazaretos terrestres*, parte I, p. 96

Lazareto	Abertura	Encerramento	Quarentenários
Marvão	11-06-1885	4-03-1886	2032
Elvas	13-06-1885	4-03-1886	4409
Vilar Formoso	15-06-1885	15-02-1886	1110
Valença	21-06-1885	15-02-1886	4312
Vila Real de Santo António	15-07-1885	22-04-1886	3577
			Total: 6101

Quadro 2 – Movimento dos lazaretos (1885-1886).

Fonte: *Os lazaretos terrestres*, parte II, p. 281

Em 1885, o lazareto de Valença, nas proximidades do rio Minho, ocupava cinco casas particulares e uma “barraca-chalet” com 84 quartos de 2.^a e 3.^a classes. As “edificações quarentenárias” incluíam locais de desinfecção junto ao cais do rio e um hospital para coléricos. O lazareto de Vilar Formoso, situado na estrada que seguia para Fontes de Onor, era composto por um edifício

⁶³ As fontes originais a partir das quais foram construídos os quadros 1 e 2 apresentam igualmente o número de quarentenários por dia de quarentena.

principal e barracas anexas. O lazareto de Marvão, localizado na Herdade dos Pombais, a 6 km da estação ferroviária, abarcava o apeadeiro e posto de receção e desinfeção, a estrada até ao lazareto, a casa de habitação que acolhia “as pessoas de superior distinção”, barracas para as restantes classes, o hospital, o acampamento militar da polícia quarentenária, um cemitério, parlatório e cavalariças. O lazareto de Elvas estava instalado no Forte de Santa Luzia e tinha o posto de desinfeção nos Olivais da Fonte Branca. O lazareto de Vila Real de Santo António foi montado na praia do Meio do Alto, num armazém de depósito de barcos⁶⁴.

Assumindo “uma epidemia como uma guerra”⁶⁵, foi em termos castrenses que o combate à cólera se planeou e se executou. Cunha Bellém refere o esforço despendido para dotar os lazaretos de regulamentos, mas as regras gerais transcrevem as do modelo austríaco de 1770, atrás referido, que também se vê reproduzido nos portos do Mediterrâneo⁶⁶. Possivelmente, terão sido trazidas para Portugal pelos dois engenheiros militares que, em agosto de 1880, foram enviados ao estrangeiro para recolher informações sobre lazaretos e medidas quarentenárias⁶⁷. Quatro princípios norteavam a vida naqueles espaços: exames médicos quotidianos; incomunicação entre os diferentes grupos de quarentenários; isolamento rigoroso dos que apresentavam sintomas suspeitos; desinfeção que “destrua os vibrões e os micróbios e anulle as propriedades nocivas das outras molleculas virulentas”⁶⁸.

À exceção do lazareto de Elvas, por estar instalado num forte militar, os restantes foram murados; todos eles eram vigiados por soldados, que procuravam evitar a evasão dos quarentenários e contactos com o exterior. Quando “capturados”, os infratores eram obrigados a reiniciar a quarentena, ainda que a fuga tivesse ocorrido próximo do dia de saída. No lazareto de Marvão, a designada “polícia externa”, constituída por sentinelas, patrulhas e guardas, contava com 20 elementos, número que poderia aumentar caso fosse necessário. Demoremo-nos um pouco mais neste lazareto, o maior de

⁶⁴ As informações sobre as estruturas físicas dos lazaretos e normas de funcionamento, adiante apresentadas, foram recolhidas em *Os Lazaretos terrestres*, appendice.

⁶⁵ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 14.

⁶⁶ Pormenores sobre os lazaretos do Mediterrâneo em geral, e de Malta em particular, em John Chircop, “Lazarettos as border filters: expurgating bodies, commodities and ideas, 1800-1870”, *Medicalising borders*, p. 129-154.

⁶⁷ *Commércio Portuguez*, 25 de agosto de 1880.

⁶⁸ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 131.

todos eles (em 1885 teria 460 camas⁶⁹), cujo modelo organizativo foi matricial para os restantes.

À chegada do comboio n.º 12 de Valência de Alcântara, os passageiros eram recebidos pelo médico militar diretor do lazareto e pelo pessoal encarregado da desinfecção e fiscalização aduaneira. O médico começava por comunicar aos viajantes que podiam recusar a quarentena e regressar a Espanha, todavia, se a iniciassem, eram obrigados a completá-la⁷⁰. Passava-se então à desinfecção de pessoas, bens, animais e correio, através de fumigações com enxofre e irrigação com solução de sublimado corrosivo ou vapores de ácido sulfúrico, conforme o prescrito para as diferentes situações. Seguia-se a inspeção dos passageiros de forma a identificar possíveis doentes, constituindo-se dois grupos (para os que seguiam para o hospital, o período de quarentena só começava a contar depois do fim do internamento). Ambos os grupos eram escoltados até às “instalações quarentenárias” por tropas de infantaria e cavalaria.

À entrada do hospital ou do lazareto, o passageiro era registrado de acordo com a classe por si escolhida, dela dependendo a qualidade do quarto e da alimentação, bem como o valor da fatura a pagar de imediato. Aos quarentenários da “3ª classe ou pobres” era concedida a possibilidade de servirem as classes superiores a troco da gratuitidade da estadia ou de uma gratificação que poderiam utilizar para pagar as refeições.

Concluído o alojamento, o guarda do lazareto informava os quarentenários sobre os seus deveres e os espaços por onde poderiam circular, a fim de evitar a interação entre os diferentes grupos, organizados em função do dia de entrada. Poderia ordenar que os mais “sórdidos” se despissem, se lavassem e cortassem o cabelo, para evitar que o lazareto ficasse infestado de parasitas. A sua roupa devia ser mergulhada num soluto de sublimado corrosivo antes de ser lavada em água a ferver, procedimentos também aplicados às roupas e mãos dos enfermeiros. Dejetos, vômitos e cadáveres mereciam cuidados especiais antes de serem lançados à terra. Os funerais realizavam-se sem acompanhantes, incluindo sem padre, a menos que um voluntário se dispusesse a fazer quarentena após a cerimónia fúnebre. Incomunicabilidade era a palavra de ordem mais repetida nos regulamentos. Em 1885, os funcionários que se moviam no espaço dos quarentenários passaram a usar braçadeiras amarelas, revelando a sua condição

⁶⁹ O de Elvas tinha 66 camas, o de Valença 67, o de Vilar Formoso 26 e o de Vila Real 2 camas e 88 enxergões com esteiras.

⁷⁰ Os preceitos para evitar o contacto entre os trabalhadores dos dois países eram de tal forma rigorosos que estiveram na origem de um acidente, o que levou Cunha Bellém a autorizar o comboio espanhol a entrar na estação portuguesa e ali realizar a manobra e trocar a locomotiva.

de “impedido” (potencialmente contagiante), por oposição aos que usavam braçadeiras azuis (“não impedidos”).

O lazareto de Marvão distinguiu-se também pela diversidade e qualidade das refeições oferecidas à primeira classe: ao almoço, três pratos, uma sobremesa, chá, café ou chocolate, pão, manteiga, açúcar, leite e meio litro de vinho; ao jantar, sopa, quatro pratos, três sobremesas, pão, meio litro de vinho, café e um cálice de conhaque ou genebra; à ceia, chá, biscoitos ou torradas. A qualidade e a quantidade diminuía à medida que se descia na hierarquia social – nas refeições da terceira classe não havia manteiga, sobremesas nem ceia. A última classe consumia principalmente pão e legumes⁷¹. O estatuto da clientela também explicava a presença de mobiliário que não existia nos outros lazaretos, como um cofre de ferro, seis máquinas de café, 34 caixas de toucador (de salientar, também, as 34 retretes, enquanto nos restantes apenas foram contabilizadas três).

Apesar de ter sido acordado na conferência internacional de Roma que as quarentenas (marítimas) não deveriam ultrapassar os 5 dias, nos lazaretos terrestres portugueses a quarentena começava com 7 dias, período progressivamente reduzido, à medida que a epidemia abrandava em Espanha, para 5 dias, 3 dias ou apenas uma simples observação sanitária de 24 horas, neste caso desde que os viajantes fossem portadores de um certificado passado pelas autoridades consulares portuguesas que atestasse provirem de locais não contaminados. À saída do lazareto, era-lhes entregue uma carta de saúde a apresentar em todos os postos de controlo que cruzassem até ao seu destino.

Da “improvisação dos lazaretos de fronteira” ao sentimento de missão cumprida

O quotidiano recriado a partir dos textos normativos acima utilizados está longe de retratar com rigor as vivências no interior dos lazaretos e ainda menos de revelar as vicissitudes relacionadas com o seu estabelecimento (1884) e reforma (1885). Em Portugal como no resto da Europa, boa parte da comunidade médica e dos políticos liberais e progressistas manifestava de forma ruidosa o seu desagrado perante a manutenção de instituições que considerava arcaicas e lesivas dos interesses do país. Como resumia o redator Inácio de Vilhena Barbosa, no *Archivo Pittoresco*, de 1864,

⁷¹ Em Valença, Vila Real e Vilar Formoso, a considerada “decente sustentação” dos quarentenários e funcionários era fornecida por arrematação a um restaurante. Os que se declarassem pobres recebiam refeições gratuitas.

os lazaretos tem apologistas fervorosos e adversários decididos. Os primeiros consideram-n’os como barreiras insuperáveis contra as epidemias contagiosas (...). Os segundos (...) aggridem aquelle systema como oppressivo e vexatorio que é para o commercio ao qual impõe onerosos sacrificios e sujeita muitas vezes a graves transtornos e prejuizos⁷².

A violência discursiva desfavorável ao governo pelos métodos usados contra a ameaça epidémica de 1884 foi de tal ordem que Cunha Bellém e José Ennes fizeram publicar, ainda em 1886, um circunstanciado relatório (em três volumes, o primeiro concluído em dezembro de 1885) de prestação de contas e de defesa da missão que tinham desempenhado.

Os dois militares começam por assumir o trabalho realizado “em hora de angustia, quasi de pânico”, como “incompleto e deficiente”⁷³, tudo improvisado, “provisório e tudo precipitado” (“o tempo ía fugindo a uma velocidade incrível”⁷⁴), salientando a intervenção do exército no fornecimento de soldados, engenheiros, médicos e até do recheio para montar os lazaretos e os seus hospitais, ao mesmo tempo que deslocava milhares de homens para a fronteira e estruturava o cordão sanitário. Não se pronunciavam sobre dificuldades de articulação nem com as autoridades locais nem com os ministérios, mas elas existiram, nomeadamente em relação à colocação dos telégrafos (cruciais para agilizar a transmissão de informação) e ao estabelecimento de hospitais para coléricos nas comunidades⁷⁵. O sucesso das medidas quarentenárias dependia do funcionamento organizado dos cordões, lazaretos, telégrafos e hospitais, e a pressão do tempo facilmente dava azo a atropelos de jurisdições, pese embora o hercúleo trabalho de coordenação do Ministério do Reino e a ação dos governadores civis na ligação ao poder local. Mas regressemos aos lazaretos.

Na maioria dos casos, entre a chegada de Cunha Bellém e José Ennes ao local destinado a acolher o lazareto, a escolha do espaço para o instalar e a receção dos primeiros quarentenários não se gastou mais de uma semana. E se em Elvas o processo foi facilitado pela existência do forte militar (a decisão de o utilizar como lazareto coube ao governo), em Vilar Formoso, José Ennes encontrou unicamente uma pequena casa abarracada onde montou, “de afogadilho”, uma “miniatura de lazareto” para isolar um espanhol que

⁷² *Archivo Pittoresco*, n.º 27, p. 209.

⁷³ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 4.

⁷⁴ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 65.

⁷⁵ Preferindo edificios públicos, apesar de a legislação de 1854 permitir a expropriação de imóveis privados para o efeito. Ao mesmo tempo, estabeleciam-se comissões sanitárias nas capitais de distrito e de concelho e comissões de beneficência nas freguesias.

violara o cordão sanitário. Em Valença, “um local despovoado”, apenas com barracas miseráveis ao longo da estrada, Cunha Bellém teve de se sujeitar a três pequenos edifícios contíguos, imundos, baixos e com pouca luz, cercados por “um verdadeiro chiqueiro”, e além disso habitados. Em Marvão, “ermo desconfortável e doentio”, só descortinou uma casa de habitação “perdida” no meio da Herdade dos Pombais, que obrigou à abertura de uma estrada para lá chegar. Tal como em Valença, também ali a ocupação das casas se fez mediante onerosos contratos de arrendamento. Em Vila Real de Santo António, a opção recaiu num barracão onde se guardavam os barcos de pesca, o local menos mau entre os restantes, “imundo(s), nauseante(s)” ou “fétido(s) e pestilento(s)”⁷⁶.

À medida que iam entrando os quarentenários, “começaram a notar-se as faltas, os esquecimentos, as deficiências que por toda a parte havia”. Os administradores dos lazaretos iam respondendo de forma casuística, sem planos pré-definidos, apenas dispendo de regulamentos com orientações padronizadas, que só em 1885 foram adaptadas às especificidades locais. A análise às reformas realizadas ao longo das duas “temporadas coléricas” revela uma estreita relação com as críticas surgidas na imprensa, particularmente ao lazareto de Marvão, “Minotauro que devorava até os mais dedicados servidores”⁷⁷, que “tivera sempre (...) a pouca invejável preeminência de ser o mais falado de todos”⁷⁸. Preeminência que estava relacionada com a clientela ali recebida, “regra geral (...), da melhor e mais distinta condição social”⁷⁹, que viajava de Paris e de Madrid, pouco recetiva às condições que lhes eram oferecidas na fronteira portuguesa. Não terão entrado na imprensa queixas dos quarentenários de Vila Real de Santo António e de Elvas, os primeiros, maioritariamente pescadores, os segundos, trabalhadores que iam a Espanha “lidar nas ceifas e nas vindimas”⁸⁰, nem dos de Vilar Formoso, contrabandistas “colhidos a violarem o cordão sanitario, os guardas que os acompanhavam, e alguns pequenos commerciantes”. No entanto, algumas chegaram dos quarentenários de Valença: apesar de ser “gente apenas remediada e que não exige grandes mimos, nem acepipes”⁸¹, não consideravam apropriado, já no barco que os recebia a meio do rio, o pagamento das diárias da quarentena, sob ameaça de prisão nos calabouços instalados numa estrebaria

⁷⁶ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 16-133.

⁷⁷ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 89.

⁷⁸ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 192.

⁷⁹ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 172.

⁸⁰ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 132.

⁸¹ É apenas para este lazareto que se conhece o número de animais que lá quarentenou: 26 281, entre vacas, cavalos e porcos. A descrição sobre os grupos acolhidos nos diferentes lazaretos encontra-se em *Os Lazaretos terrestres*, Apêndice, p. 124.

imunda. Ou o serviço de refeições nas 2.^a e 3.^a classes de péssima qualidade, por o governo se ter “arvor[ado] em empresario de hospedarias fazendo negocio com os desgraçados que tem a infelicidade de caírem nos lazaretos e não podem alimentar-se em 1.^a classe”⁸².

A má fama do lazareto de Marvão tinha sido construída logo nos primeiros dias de abertura quando lá estanciou Henrique Midosi, professor, advogado e correspondente do *Comércio de Portugal*. Em três cartas dirigidas ao diretor do jornal, em 19, 21 e 24 de setembro de 1884, este arrasava o governo, cujo único objetivo seria o de “deitar areia aos olhos dos medrosos do cholera e aparentar o (seu) zelo nas medidas sanitárias e justificá-lo se a terrível epidemia invadir Portugal”. Descrevia “a casa” da herdade como um celeiro de trigo com janelas sem vidraças, deixando aos quarentenários a escolha entre respirarem ar viciado ou contraírem pneumonia; as barracas anexas eram “velhas, remendadas e incompletas”, e nelas dormiam homens e mulheres “sem separação nem resguardo”, todos eles (na casa principal ou nas barracas) impossibilitados de saírem nos primeiros três dias. Em nenhum dos locais existiam lavatórios – apenas uma bacia e uma toalha partilhadas por várias pessoas –, nem latrinas, sendo as “matérias feças” despejadas à volta do lazareto. As camas consistiam em bancos de ferro sobre os quais assentavam três tábuas de pinho e uma enxerga de palha; a comida “met[ia] nojo”, passando de “rancho de soldados” a “comida para cão”, e, mesmo assim, progressivamente racionada; a administração era caótica, os gastos descontrolados. Finda a quarentena, os “reclusos” eram abandonados à sua sorte durante 18 horas e 29 minutos na estação de Marvão, um sítio sazonal, dominado por águas estagnadas⁸³. “Irisórios monumentos do desleixo e do indiferentismo criminosos de uma administração de cínicos (...), documentos do estado de decomposição moral do paiz que os tolera”, assim reforçava o jornal o testemunho do seu correspondente⁸⁴.

Porém, cerca de duas semanas depois, na sua edição de 16 de outubro, o mesmo jornal assinalava a “notável transformação” operada no lazareto de Marvão para receber a “célebre atriz Judic” (Anne Marie-Louise Damiens (1849-1911)) e Albert Millaud, seu acompanhante e jornalista do *Le Figaro*, que se tinha mostrado implacável para com os lazaretos espanhóis. As autoridades portuguesas acorriam a enviar para Marvão mobiliário, tapeçarias e até as refeições, servidas pela Casa Balestrequi “em latas especiais, de modo a que ela [Judic] se sinta como estando num dos melhores restaurantes do seu adorado

⁸² *Commercio de Portugal*, Ano 1885\Edição 01845 (1) – 1 de setembro.

⁸³ *Commercio de Portugal*, Ano 1884/Edição 01567 (1) e Edição 01570 (1).

⁸⁴ *Commercio de Portugal*, Ano 1885, 17 junho.

Paris”. A permanência de outros quarentenários ilustres no lazareto de Marvão, como o maestro Dalmau, diretor da orquestra do teatro de S. Carlos, o marquês de Santella, uma madame Nouvelli ou o infante D. Augusto de Bragança, sem terem apresentado reclamações, ou, pelo menos, sem estas terem sido publicitadas, fortaleciam a opinião dos crentes na resolução dos problemas verificados inicialmente, se não na íntegra, pelo menos de modo a oferecer aos quarentenários as “razoáveis comodidades” preconizadas pelo governo.

Contudo, não ia nesse sentido a descrição apresentada pela autora do romance *Prima Donna*, publicado na *Revue des Femmes Russes*⁸⁵, a propósito da sua experiência em Marvão, em 1886: passageiros amontoados numa pequena plataforma à chegada à estação (Beirã), transporte até ao lazareto em carroças pequenas, sujas e arruinadas, puxadas por mulas esqueléticas; instalações quarentenárias constituídas por pequenas barracas de madeira, divididas em minúsculos quartos, cada um com quatro pequenas camas de ferro sobre as quais caía água, recolhida em alguidares, que rapidamente transbordavam⁸⁶. Ficcionalado ou não, o relato não era muito diferente do de Midosi nem sequer do que Bordalo Pinheiro produzira sobre o lazareto da Torre Velha, em 1879, quando lá estanciou no regresso do Brasil⁸⁷. Note-se que, em qualquer dos casos, se trata de declarações feitas a partir de um patamar social elevado.

Fixemo-nos no cerne da questão: a utilização da imprensa como espaço privilegiado quer de crítica quer de defesa dos lazaretos e demais medidas quarentenárias. Na opinião de Cunha Bellém e José Ennes, “o ataque contra as medidas sanitarias terrestres foi sempre fôra do terreno científico”⁸⁸. O seu objetivo era agitar a opinião pública contra o governo, recorrendo, para isso, a múltiplos artificios, nomeadamente à criação de notícias falsas⁸⁹. Esta era também

⁸⁵ *Revue des Femmes Russes – organe du féminisme international*, tome 1, Paris, Juillet, 1896. Agradeço ao Doutor Jorge Oliveira ter-me alertado para a existência desta fonte e facultado o acesso ao seu artigo, conjuntamente com António Mimoso e Filomena Torres, “A Beirã veio de comboio”, *Ibn Maruán. Revista Cultural do Concelho de Marvão*, número especial (2021), p. 167-196.

⁸⁶ Valeram o bom chá, os doces e o vinho, além da sociabilização das ditas damas com o engenheiro responsável pelo lazareto, também ele protagonista de uma trama amorosa que ali (Beirã) despontava.

⁸⁷ Note-se que a construção de barracas de madeira para este efeito é habitual ao tempo. No projeto de remodelação dos lazaretos apresentado por Cunha Bellém e José Ennes, a preferência vai para o modelo pré-fabricado de origem inglesa.

⁸⁸ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 189.

⁸⁹ Que circunstanciadamente demonstram ao longo de duas páginas. Adulteração de informação também a fez Midosi, quando escrevia no jornal que não existiam casos de cólera em Madrid, de onde procedia, quando os mesmos já tinham sido reportados (até no próprio jornal) no início de setembro.

a opinião do ministro do Reino quando, no parlamento, afirmava estar “mesmo convencido, que se de algum modo a opinião publica se não desvairasse no paiz vizinho, o cholera não se teria espalhado com tanta força, como se espalhou”, no que era um recado subliminar à oposição.

É, pois, enquanto crítica politizada que os criadores dos lazaretos comentam, em 65 páginas⁹⁰, a arrasadora avaliação feita em junho de 1886 pela Sociedade das Ciências Médicas (avaliação também publicada no *Comércio de Portugal*), ao relatório apresentado pela comissão de análise das medidas profiláticas contra as epidemias de cólera, tomadas pelo governo português. Segundo o relator, o médico José Joaquim da Silva Amado, os métodos quarentenários não só estavam ultrapassados como eram perigosos por transmitirem uma segurança que não podiam garantir. Deviam, por isso, ser substituídos pelas medidas sanitárias e higienistas que vinham a ser seguidas noutros países, mormente pela Inglaterra desde meados do século.

Considerando os comentários da Sociedade das Ciências Médicas e as alternativas sugeridas como caricatos, irrealistas, irrealizáveis, ineficazes e mais dispendiosos que lazaretos e cordões sanitários em conjunto, Cunha Bellém e José Ennes assentam a defesa do seu trabalho em dois dados factuais principais. O primeiro, embora inflacionado, era igualmente dirimido pelo ministro Barjona de Freitas no parlamento: Portugal escapara incólume à epidemia de cólera enquanto a Espanha registara 150 mil mortos só em 1885. Sabemos hoje que o número de mortos terá sido inferior (120 mil) e saberiam os três que Portugal registara vários casos de cólera que o governo mandara tratar em sigilo. Era inquestionável, no entanto, o facto de a doença não ter assumido proporções epidémicas no país. O segundo ponto prendia-se com o reconhecimento de que a Inglaterra tinha o melhor e mais eficaz modelo de controlo das epidemias. Lembavam, porém, que não era possível transpô-lo para território nacional devido às distintas condições geográficas e, sobretudo, graças ao “rigor da sua policia sanitaria, feita á custa de muita sciencia, de muita vigilância, de muita inflexibilidade e de muitissimo dinheiro”⁹¹. Seguidamente, partindo do conhecimento de que os surtos de cólera surgiam em contextos de pobreza extrema e de miséria, Cunha Bellém e José Ennes passam eles próprios a politizar o discurso: considerando as medidas quarentenárias como uma expressão da luta de classes, posicionam-se ao lado “dos pobres, dos humildes, do povo que trabalha e luta, que prefere a todas as riquezas e a todos os lucros, a vida e a saude dos seus”, por oposição à Sociedade das Ciências Médicas e outros

⁹⁰ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 161-226.

⁹¹ *Os Lazaretos terrestres*, primeira parte, p. 10.

críticos defensores de “poderosos argentarios das companhias ferroviarias (...), negociantes e industriais de grosso tracto (...) altos e baixos contrabandistas”⁹².

Chamando à sua argumentação vários cientistas estrangeiros, a começar por Koch, que demonstram conhecer bem, Cunha Bellém e José Ennes explicam pela primeira vez a racionalidade da criação dos lazaretos: evitar a emigração maciça de espanhóis, inevitável face à dizimação causada pela epidemia do outro lado da fronteira, e repatriar de forma ordenada e controlada os 6 mil ceifeiros e os 2 mil pescadores portugueses da Ilha Cristina, também ela assolada pela cólera⁹³. Implicitamente, recordavam à Sociedade que as vagas coléricas devastadoras na Europa estavam associadas a grandes deslocções humanas, sendo a mais impressionante a dos peregrinos muçulmanos, em 1865. A solução adotada pelo governo português, escreviam, manteve o Algarve inerte à epidemia e a economia a funcionar, ao contrário do apregoadado. Não contestavam a necessidade de incorporar mais homens no cordão sanitário⁹⁴, mas defendiam ser mais exequível controlar os prevaricadores que atravessavam ilegalmente o cordão do que enviar um médico ou um delegado de saúde atrás de cada viajante. Faziam ainda notar o absurdo da posição daqueles que aceitavam as quarentenas marítimas, mas não as terrestres; os lazaretos nos portos de mar, mas não nas linhas férreas internacionais; a presença da polícia sanitária na costa, mas não na fronteira terrestre⁹⁵. Apesar de a crítica não estar endereçada, um dos seus destinatários era o autor do relatório, Silva Amado, representante de Portugal na recente conferência de Roma, onde defendera a posição do seu país.

Em suma, não era por desconhecimento que o governo português persistia nas medidas quarentenárias tradicionais nos finais do século XIX “estendendo e encolhendo cordões sanitários por essa raia fora”, nas mordazes palavras de Casimiro Dantas, em 10 de agosto de 1885 na *Ilustração Portuguesa: revista ilustrada e artística*, “enquanto os curandeiros do país vizinho inventam vacinas anticoléricas”. O articulista não só não referia os milhares de mortos já então contabilizados em Espanha, como nada dissera sobre as ações em curso para estudar a eficácia da dita vacina, trabalho cometido pelo governo à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra⁹⁶, ou sobre o plano para enfrentar

⁹² *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 162-166.

⁹³ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 216.

⁹⁴ Nas contas do médico Ordaz Mascaranhas, para ter algum impacto, numa fronteira de 1000 km, o cordão deveria ter pelo menos 20 000 homens, e teria pouco mais que 13 000. Segundo os nossos estudos anteriores, a força máxima do cordão, atingida em janeiro de 1886, não ultrapassaria os 6 500 militares, 223 deles a cavalo.

⁹⁵ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 9.

⁹⁶ Arquivo Nacional da Torre do Tombo (doravante ANTT), *Ministério do Reino*, liv. 1638, fl. 46, 29 de maio de 1885.

uma epidemia de cólera, solicitado a uma comissão que integrava, entre outras entidades, médicos ligados à Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e à Sociedade de Medicina⁹⁷. Contudo, num ponto tinha razão: Lisboa continuava dependente dos aguadeiros, perante a incapacidade de a Companhia das Águas manter o regular abastecimento público.

Num momento em que a militarização da defesa sanitária do país atingia o seu auge, questionava-se o elevado investimento em medidas temporárias (entre cordões sanitários e lazaretos, poderão ter sido gastos mais de 1 500 000\$000 réis, de 1884 a 1886)⁹⁸, em vez de se investir em estruturas de saneamento básico, com que, de resto, Portugal se tinha comprometido na conferência de Constantinopla, em 1866 – e abundante legislação sanitária urbana e rural entretanto promulgada prometia⁹⁹. Os “15,75 réis de benefícios de hygiene para cada habitante”, inscritos no orçamento de estado para 1884, deixavam a saúde “sempre em ultimo caso”, perorava a oposição¹⁰⁰. A este propósito, Ricardo Jorge glosava um tópico corrente ao tempo na Europa sobre os governantes mais preocupados em combater o micróbio importado do que em afastar os “micróbios da casa”, numa alusão à varíola, ao tifo e à tuberculose, doenças endémicas, que matavam diariamente a população.

O governo estava bem ciente de que em Portugal não faltavam apenas esgotos, água potável ou recolha do lixo. Escasseavam igualmente médicos e outros agentes de saúde para fazer um controlo seletivo dos passageiros nas fronteiras e depois segui-los nas suas deslocações e vigiá-los nos locais de residência, como ocorria em Inglaterra. Sobrava, por outro lado, uma população debilitada pela desnutrição e por distúrbios intestinais, condições facilitadoras da mortalidade entre os coléricos, como os relatórios do Conselho de Saúde Pública, da década de 1850, enfaticamente demonstravam. Trinta anos mais tarde, um estudo elaborado nos finais de 1883 a partir de centenas de visitas sanitárias a diferentes estabelecimentos de Lisboa mostrava que pouco ou nada se tinha feito em termos de hygiene e salubridade. De acordo com os autores

⁹⁷ *Diário do Governo* n.º 156, de 11 de julho de 1884.

⁹⁸ Era distinta a opinião de Cunha Bellém e José Ennes: “pelas vantagens do systema empregado, responde o exito que elle obteve, e se à defesa se deve a immundidade do terrivel flagello, barato e economico e abençoado foi o systema de defeza”, *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 317.

⁹⁹ Como reportara o Conselho de Saúde Pública na década de 1850, também agora o *Comércio de Portugal* publicava, a 1 de julho de 1886, um artigo onde se referia o enorme investimento realizado na desinfeção e limpeza de Lisboa no ano anterior, quando imperava o medo da cólera. Passado o medo, a imundice voltara à cidade.

¹⁰⁰ *Câmara dos Senhores Deputados*, sessão de 2 de maio de 1884, fl. 1379; fl. 1382; fl. 1440v.

do trabalho, dentre 24 cidades europeias, só Madrid, Munique e Viena tinham índices de mortalidade iguais aos da capital portuguesa. Como lembrava, em maio de 1884, o deputado Augusto Maria Fuschini perante o ministro das Obras Públicas, que recusava as suas sugestões por as considerar dispendiosas, nada resistiria a “uma *epidemia*, que produza trezentos ou quatrocentos enfermos por dia”, nem vidas, nem finanças, nem sistema económico, ainda por cima no estado em que estavam os hospitais¹⁰¹.

Ainda sem o plano de combate à epidemia solicitado à comissão nomeada em julho de 1884, mas sabendo que a doença dependia da importação de um microrganismo específico (*vibrio cholerae*) e que a sua disseminação e transmissibilidade estavam diretamente ligadas às condições higiénicas e sanitárias que encontrava no seu caminho, assim que teve notícias de cólera em Valência, o governo optou por dificultar a sua entrada em território nacional. Fê-lo a partir da experiência do ministro Fonseca Magalhães durante a epidemia de 1855-56, cuja documentação o seu homólogo Barjona de Freitas solicitou à Junta Consultiva da Saúde Pública, também em julho de 1884¹⁰².

Ao noticiar a morte do chefe do governo, o *Comércio Português* de 22 de janeiro de 1887 informava que sobre a mesa de cabeceira de Fontes Pereira de Melo se encontrara, com a página dobrada onde terminara a leitura, o relatório dos lazaretos terrestres, de Cunha Bellém e José Ennes. Desconhece-se o que terá pensado das propostas ali apresentadas para transformar o sistema quarentenário numa estrutura permanente, mas talvez lhe tenha agradado a afirmação de que, se aos médicos cabiam as questões científicas, a decisão sobre a aplicação de medidas e a sua exequibilidade competia aos políticos¹⁰³. E, também, que não bastavam boas ordens: era necessário “prestreza em executal-as e despreocupação de animo, em frente aos embaraços de toda a ordem tanto materiais, como moraes, que tendem a estorvar a iniciativa de quem manda”¹⁰⁴. Garantias, afirmavam, que o exército podia oferecer, sob um comando centralizado, como o que tinha ocorrido durante a ameaça epidémica que findara, sob tutela do ministro do Reino.

A terminar a introdução ao volume de apêndices, escrevia Cunha Bellém:

amanhã pode haver um novo sistema de trabalhos sob diverso plano defensivo ou a renovação do plano anterior já experimentado com êxito e que

¹⁰¹ *Câmara dos Senhores Deputados*, sessão de 14 de maio de 1884, p. 1569; 1573.

¹⁰² ANTT, *Ministério do Reino*, livro 1637, fls. 153-153v, 15 de julho de 1884.

¹⁰³ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 199.

¹⁰⁴ *Os Lazaretos terrestres*, segunda parte, p. 13.

parece estar dizendo que às medidas sanitárias se pode aplicar o conhecido conceito referido aos jesuítas: *sint ut sunt, aut non sint*.

E assim aconteceu, já sem Fontes Pereira de Melo, quando foi descoberta a cólera em Badajoz em 3 de agosto de 1890. E mesmo na viragem do século, já não por causa da cólera, mas, de novo, devido à peste, os cordões sanitários regressariam para *incendiar* o Porto.

Conclusão

A opção pelos cordões sanitários, lazaretos e quarentenas nos finais do século XIX como meio de controlar as epidemias não foi uma idiossincrasia portuguesa, porém, não se conhecem outros exemplos que os tenham aplicado tão próximo do sentido originário como fez Portugal num tempo em que a revolução bacteriológica já despontava. Contrariando todos aqueles que afirmavam ser impossível sustentar a cólera por meios militares e ser inaceitável impor limites à livre circulação e subordinar a liberdade pessoal à saúde pública, no Parlamento e na imprensa o governo português instrumentalizava os números da morte em Espanha, brandindo o sucesso das políticas nacionais. O recurso aos meios quarentenários tradicionais por parte de Fontes Pereira de Melo, que experienciara a catástrofe de 1855-56, não ocorria, como explicam as teorias de E. Ackerknecht¹⁰⁵, porque fosse chefe de um estado autoritário, mas porque estaria ciente de que a falta de saneamento básico e as precárias condições de higiene em que vivia boa parte da população, aliadas à fome e subnutrição crónica, potenciariam a expansão da pandemia.

Conquanto os lazaretos fossem locais pouco recomendáveis do ponto de vista da higiene e da salubridade, “filtros furados”, para utilizar uma expressão do médico Silva Amado, e se desconheça o efetivo nível de articulação entre os diferentes elementos que compunham a estrutura quarentenária, as limitações à mobilidade eram reais, e isso teve impacto na escala da transmissão da doença, além de porventura ter permitido tratar alguns dos viajantes portadores da cólera. Acresce ainda que, num contexto político e social tão instável como aquele que se vivia nos últimos anos de Oitocentos, escolher confinar grandes aglomerados humanos onde a cólera tivesse penetrado representava um risco que o governo não estava disposto a correr. Como Nápoles demonstrava logo em 1884, uma

¹⁰⁵ Erwin Ackerknecht, “Anticontagionism between 1821 and 1867”, *Bulletin of the History of Medicine*, 22 (5) (1948), p. 562-593.

cidade sitiada era uma cidade perigosa, onde rapidamente se instalava a fome, a violência dos confrontos entre os habitantes e entre estes e os soldados do cordão sanitário, o ar nauseabundo dos esgotos misturado com o cheiro a alcatrão e enxofre das fogueiras purificadoras, os boatos, o medo e a morte.

Ao circunscrever as medidas quarentenárias à fronteira terrestre, o governo português distanciava o foco das tensões, transformando a fronteira física numa fronteira médica, ambas defendidas por militares. Se é certo que o exército seria das poucas instituições com estabilidade e disciplina nas décadas finais do século XIX, capaz de cumprir as ordens do governo sem as questionar, tal escolha continuava a manter os médicos no lugar de subalternidade em que a reforma administrativa de 1868 os tinha colocado, ao substituir o Conselho de Saúde Pública pela Junta Consultiva de Saúde Pública, organismo reduzido a funções de aconselhamento do governo em questões de saúde pública, cujas orientações chegavam ao país através dos governadores civis, dos administradores de concelho e dos regedores de paróquia, e não da autoridade médica. E esse é um outro ângulo de análise que importará abordar.