

---

## COLABORAÇÃO PARA O CONHECIMENTO DO HISTÓRICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO BRASIL: POSSÍVEIS CASOS ENTRE ESCRAVOS NA VILA DE VASSOURAS-RJ, NOS ANOS 1820 A 1880

---

Guilherme Pinheiro Furusawa<sup>1</sup> e Magno Fonseca Borges<sup>2</sup>

### RESUMO

No Brasil, a leishmaniose tegumentar americana (LTA) só foi confirmada em 1909 por Lindenberg, que encontrou seus parasitos em lesões cutâneas de indivíduos que trabalhavam nas matas do interior do estado de São Paulo e os assemelhou à *Leishmania tropica*, variação encontrada no Velho Mundo. Gaspar Vianna, por considerar o parasito diferente da *L. tropica*, batizou-o de *L. braziliensis*, ficando assim denominado o agente etiológico da LTA. Apesar de sua importância no cenário mundial, avolumam-se ainda dúvidas acerca de sua origem e dispersão. O presente trabalho objetiva demonstrar a possibilidade de existência da LTA na cidade de Vassouras-RJ no início do século XIX, período anterior ao considerado como o marco da chegada da doença ao sudeste brasileiro. O presente trabalho baseou-se na análise de inventários *post-mortem* alocados no Centro de Documentação Histórica desta cidade.

DESCRIPTORES: Leishmaniose; história; paleoparasitologia.

### ABSTRACT

Contribution to the knowledge of the history of American Cutaneous Leishmaniasis in Brazil, possible cases in slaves at Vila de Vassouras, Rio de Janeiro, Brazil, between 1820 and 1880

In Brazil, American cutaneous leishmaniasis (ACL) was only confirmed in 1909 by Lindenberg, who found parasites in cutaneous lesions of people working in the countryside of São Paulo state that resembled *Leishmania tropica*, a variety that affects the Old World. Gaspar Vianna, considered it as a different parasite to *L. tropica* and christened it *Leishmania braziliensis*, thus determining the etiological agent of ACL. Despite its importance on the world, there are still questions about its origin and spread. This paper aims to demonstrate the possibility of the existence of ACL in the town of Vassouras RJ- in the early XIX century, a period prior to that considered as the arrival of the

- 
- 1 Instituto Zootécnico de Morro Azul (IZMA). Rua Agostinho de Souza Amaral, nº 57, Madrugada, CEP 27700-000 Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil.
  - 2 Centro de Documentação Histórica de Vassouras (CDH/FUSVE)/ Museu de Astronomia e Ciências Afins (MAST). Coordenadoria de História da Ciência, rua Gral. Bruce, Bairro Imperial de São Cristóvão, CEP 20.921-030 Rio de Janeiro, Brasil.

Endereço para correspondência: Guilherme Pinheiro Furusawa. E-mail: gfulurusawa@gmail.com

Recebido para publicação em: 25/6/2013. Aceito em: 2/8/2013.

disease in southeastern Brazil. The work was performed by analysis of postmortem inventories held at the Historical Documentation Center in this city.

KEY WORDS: American cutaneous leishmaniasis; history; paleoparasitology.

## INTRODUÇÃO

As leishmanioses são zoonoses provocadas por parasitos unicelulares do gênero *Leishmania* (Ross, 1903), pertencentes à Família Trypanosomatidae. O parasito é transmitido pela picada de fêmeas de Phlebotominae (Diptera: Psychodidae) dos gêneros *Phlebotomus* Loew, 1845 (Velho Mundo) e *Lutzomyia* França, 1924 (Novo Mundo).

Existem dois tipos de leishmanioses: a visceral, menos comum, que acomete os órgãos internos, e a tegumentar, que pode acometer a pele e as mucosas, sendo esta última o objeto deste trabalho.

O homem constitui hospedeiro acidental e parece não ter um papel importante na manutenção dos parasitos na natureza. Segundo o Portal da Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2013), as formas tegumentares do Novo Mundo (LTA) compreendem uma síndrome cujas manifestações clínicas podem ser classificadas com base em critérios como fisiopatogenia, local da picada do vetor, aspecto e localização das lesões, incluindo a infecção inaparente e leishmaniose linfonodal. Classicamente, a doença se manifesta sob duas formas: leishmaniose cutânea e leishmaniose mucosa, esta última também conhecida como mucocutânea; ambas podem evidenciar diferentes manifestações clínicas.

Caso não sejam tratadas, as lesões podem apresentar cura espontânea em período que vai de alguns meses a poucos anos, podendo também permanecer ativas por vários anos e coexistir com lesões mucosas de surgimento posterior. As lesões cutâneas, quando evoluem para a cura, costumam deixar cicatrizes atróficas, deprimidas, com superfície lisa, áreas de hipo ou de hiperpigmentação e traves fibrosas. Algumas vezes podem tornar-se hipertróficas ou passar despercebidas por sua coloração, tamanho, forma ou localização.

Ainda segundo o portal, o diagnóstico diferencial das formas cutâneas com outras doenças sempre deve ser considerado, principalmente com: sífilis, hanseníase, tuberculose, micobacterioses atípicas, paracoccidiodomicose, histoplasmose, lobomicose, esporotricose, cromoblastomicose, piodermites, rinoscleroma, granuloma facial de linha média, sarcoidose, lúpus eritematoso discoide, psoríase, infiltrado linfocítico de Jessner, vasculites, úlceras de estase venosa, úlceras decorrentes da anemia falciforme, picadas de insetos, granuloma por corpo estranho, ceratoacantoma, carcinoma basocelular, carcinoma espinocelular, histiocitoma, linfoma cutâneo, outros tumores, etc.

ALTA pode afetar o homem, animais silvestres e domésticos. Comumente as manifestações clínicas em humanos são designadas vulgarmente como “ferida

brava”, “ferida seca”, “bouba”, “bouba das florestas” ou simplesmente “chaga”. Por seu formato arredondado ou ovalado, ficaram conhecidas como “furúnculo oriental”, “botão de Alepo” em alusão a Grécia, “furúnculo de Delhi” na Índia, “botão de Bagdá” na Síria, botão de Biskra em alusão à cidade da Argélia, úta na linguagem de alguns nativos da América do Sul ou, ainda, “ulcera de chicleros” em alusão aos coletores de seiva para produção de borracha (seringueiros).

O nome leishmaniose tegumentar foi sugerido pelo médico Eduardo Rabello à Sociedade Francesa de Dermatologia no início do século XIX, período das grandes descobertas acerca desta doença. A referência mais antiga sobre a LTA no Brasil foi mencionada por Jackson Maurício Lopes da Costa (1992), que cita relatórios oriundos de cronistas e viajantes entre os anos 1774- 1787, os quais mencionaram as descrições de um médico residente no Amazonas, Joseph Braga, que falava de uma praga de mosquitos cujas picadas davam, por vezes, lugar a úlceras sem, contudo, descrever claramente a doença.

Ainda segundo Costa (1992) e Paraguassu-Chaves (2001), a primeira referência mais clara acerca da LTA no Brasil é encontrada na tese de doutoramento de Julio Cesar Tello, de 1908, sob o título *Antiguedad de la syphilis en el Perú*. Nela o autor cita a obra Pastoral Religioso-Político Geographico, que relata a viagem do Frey dom Hipólito Sanchez Rangel de Fayas y Quiros que percorreu, em 1827, uma extensa área do vale amazônico, através do Rio Solimões-Amazonas. Segundo estes registros, o missionário observou a existência, nestas regiões, de indivíduos com úlceras nos braços, pernas, feridas na boca e nariz e registrou ainda a possível relação destas afecções com a picada de insetos.

Na ocasião, Frey Hipólito afirmou: “[...] los mosquitos y demás insectos, son si no se tiene cuydado, um poderoso fomento de llagas profundas y fétidas en piernas y brazos, hedor de boca, gallico [...]”.

Mais tarde, em 1884, na Itália, o dermatologista Achille Breda descreveu a moléstia em 18 italianos provenientes de São Paulo, contudo não reconheceu a natureza do parasito. Em um primeiro momento, afirmou que se tratava da *Bouba brasiliiana* e, mais tarde, de uma doença diferente de sífilis, bouba, lúpus e parasitos conhecidos, concluindo ainda que a doença não era diretamente contagiosa. O dermatologista Edouard Jeanselme, em 1910, considerou que Breda foi o primeiro que cuidadosamente descreveu os aspectos clínicos da leishmaniose mucocutânea americana, chegando alguns pesquisadores a propor o nome de “doença de Breda” (Pampliglione, 1979).

Em 1885, estando há cinco anos à frente da cadeira Clínica das Doenças Cutâneas e Sifilíticas (mais tarde Dermatologia e Sifilografia) da Faculdade de Medicina da Bahia, o médico Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira observou as lesões da LTA (Neves, 2004). Todavia, não fez, a princípio, nenhuma correlação com o botão de Biskra ou botão do oriente, nome que definia a manifestação clínica da LTA em países asiáticos (Vale & Furtado, 2005).

Posteriormente, são encontradas as observações do médico baiano Juliano Moreira, apresentadas na sessão de 30 de dezembro de 1894 da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Bahia sob o título *Existe na Bahia o botão de Biskra?: estudo clínico*, publicadas na Gazeta Médica da Bahia em fevereiro do ano seguinte. Neste trabalho, Moreira fez uma minuciosa descrição das formas clínicas encontradas, apelidadas de botão da Bahia e, por comparação, trouxe à tona, pela primeira vez, a existência do botão de Biskra no Brasil. Segundo o autor, este era também conhecido por botão ou úlcera do oriente ou botão endêmico dos países quentes, durante algum tempo negligenciado no Brasil em diagnósticos equivocados.

Outro destaque em relação ao trabalho de Juliano Moreira é o registro da possibilidade de haver um inseto transmissor no ciclo da doença. Segundo ele: “À picada de um inseto, o muruim, tem sido muitas vezes *atribuído* por alguns doentes o início da *afecção*”, sem, todavia, fazer nenhuma menção à natureza do parasito e encerra seu trabalho evidenciando a necessidade de realizar estudos mais abrangentes (Jacobina & Gelman, 2008).

O primeiro relato histórico do parasito ocorreu em 1885 com o britânico David Douglas Cunningham, na Índia (Neves, 2004), descrevendo formas amastigotas do parasito em casos de leishmaniose visceral. Mas foi no início do século XX, em 1903, em Massachusetts, nos Estados Unidos, que James Homer Wright observou formas de protozoários em amostras retiradas de úlcera cutânea de uma criança da Armênia acometida pelo botão do oriente e, na ocasião, propôs o nome de *Welcozoma tropicum* ao parasito, mais tarde renomeado por *Leishmania tropica* (Altamirano-Enciso et al., 2003). Isso permitiu filiares-se à leishmaniose diversas dermatoses (Vale & Furtado, 2005).

Em 1908, durante a construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, começaram a afluir à Santa Casa de São Paulo numerosos doentes oriundos destas áreas de desmatamento, principalmente da cidade de Bauru onde ficavam os dormitórios destes trabalhadores, tornando-se a doença conhecida por úlcera de Bauru. Apenas em 1909, Adolpho Lindenberg noticiou a descoberta do parasito desta doença em trabalhadores vindos de áreas de desmatamento para construção de rodovias no interior de São Paulo, semelhante à *Leishmania tropica* Wright, 1903, agente causal do botão do oriente. A descoberta foi concomitantemente confirmada pelos cientistas brasileiros Carini e Paranhos. Entretanto, foi o médico paraense Gaspar de Oliveira Vianna, em 1911, quem identificou o parasito como *Leishmania brasiliensis* (um *lapsus calami* corrigido por Alfredo da Matta em 1916 para *L. braziliensis*) ao descrever um caso de leishmaniose cutânea disseminada encontrado na cidade de Paraíba do Sul. Até a década de 1960 esta era a única espécie conhecida. Hoje são conhecidas sete espécies de *Leishmania* associadas à LTA no Brasil, amplamente distribuídas: *L. (Viannia) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis*, *L. (V.) lainsoni*, *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) shawi*, *L. (V.) lindenbergi* e *L. (Leishmania) amazonensis* (Grimaldi et al., 1989; Silveira et al., 2002), além da *L. (L.) chagasi*, associada à leishmaniose visceral (Lainson & Shaw, 1993).

Em abril de 1912, Gaspar Vianna comunicou à Sociedade Brasileira de Dermatologia, reunida em Belo Horizonte por ocasião do 7º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, os primeiros casos de cura da LTA com o emprego do tártaro emético, medicamento que utilizou em 1911 e, desde então, o aplicava experimentalmente.

D’Utra e Silva (1915), após dois anos substituindo o prof. Eduardo Rabello como chefe do laboratório do Instituto Oswaldo Cruz, vinculado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, afirmou que havia observado casos de LTA provenientes de todos os estados brasileiros, com exceção dos estados ao sul de São Paulo. Contudo, observou que embora não tivesse conhecimento de casos assinalados nos estados do sul, era muito provável que existissem no Paraná, uma vez que já se conhecia a existência de foco endêmico desta doença no Paraguai, país limítrofe deste estado. O mesmo autor registra ainda ter recebido doentes das cidades de norte a sul do estado do Rio de Janeiro.

Calcula-se que em seis anos, entre 1913 e 1919, cerca de 15 mil pessoas adoeceram de LTA em São Paulo e, finalmente, Cerqueira, em 1920, relata evidências da transmissão por flebótomos (Neves, 2004).

No ano de 1925, um importante artigo foi publicado por Eduardo Rabello no primeiro volume dos *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia* sob o título: *Contribuições ao estudo da leishmaniose tegumentar no Brasil*, dividido em duas partes. Neste amplo estudo, Rabello considerou a ocorrência desta doença nas regiões Centro e Sul do país antes da metade do século XIX. O pesquisador fundamentou sua tese em modelos encontrados no Museu da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, datados de 1882 a 1884, que representam casos indubitáveis de LTA, assim como no já citado caso dos imigrantes italianos de São Paulo que retornaram a seu país portando a LTA, descritos pelo médico italiano Breda, em 1884, na Itália. Além do relato, foram feitas reproduções em aquarela, datadas de 1879, de sete casos em uma família (mãe e seis filhos) de Uberaba-MG, com afecções ulcerosas no nariz. Tais casos foram apresentados à Sociedade Brasileira de Dermatologia em 1912 pelo Dr. Carneiro da Cunha. É também digna de menção a análise e interpretação de um caso clínico publicada por Vidal no *Atlas de doenças raras da pele* e reproduzido em peças de cera no Museu do Hospital Saint Louis de Paris.

Ainda nesse trabalho, Rabello divide a história da LTA em três períodos distintos. No primeiro, chamado de “período das origens imprecisas”, Rabello discute a questão da presença desta doença no Brasil antes mesmo do descobrimento no século XVI, muito embora não existam documentos arqueológicos que indiquem essa suposição e os diversos documentos de pesquisadores que estiveram aqui até o século XVII não permitam a identificação da doença com certeza. Uma corrente liderada pelos médicos Moreira (1906) e Pupo (1926) acredita que a importação se deu através de sírios, que aportaram no Brasil em anos anteriores, em Salvador e Recife, com posterior disseminação. Hoje essa teoria é refutada e o chamado

“período das origens imprecisas” vai então de um período desconhecido até 1895, quando Moreira identifica, pela primeira vez no Brasil, o “botão da Bahia”, manifestação clínica da LTA.

Em 1939/1940, Samuel Barnsley Pessoa descreve a LTA como “doença profissional da margem de mata” e, em 1941, estima em mais de 30 mil o número de doentes “somente nas zonas rurais da região considerada de alta endemicidade” (Magalhães, 1981).

Em 1954, o médico sanitarista Thomaz Corrêa Aragão afirma que a LTA afeta o cão e a raposa, reservatórios da doença.

Paulo Magalhães (1981) observa ainda que a LTA apresentava, então, estreita relação com as florestas, ou melhor, com derrubadas de matas, mostrando alta prevalência nas frentes pioneiras de colonização em regiões anteriormente cobertas por matas nativas.

Algum tempo depois, a doença grassou igualmente com grande intensidade em Minas Gerais, por ocasião da construção da Estrada de Ferro Vitória-Minas e do desbravamento da região florestal dos rios Mucuri e Doce.

Ao mesmo tempo, comprovava-se a existência da doença em todos os estados brasileiros (Magalhães, 1981; Basano & Camargo 2004; Vale & Furtado, 2005), coincidindo com o desflorestamento provocado pela construção de estradas e instalação de aglomerados populacionais (Magalhães, 1981).

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde considerou as leishmanioses como a segunda doença causada por protozoários de maior importância em saúde pública.

Hoje se considera que, na América Latina, a doença apresenta dois padrões epidemiológicos: surtos epidêmicos associados à derrubada de florestas em regiões pioneiras, que constitui o padrão clássico da enfermidade, e a transmissão em regiões de colonização antiga, associada às formas de ocupação do espaço, particularmente do espaço rural, embora também possa ocorrer em áreas urbanas (Negrão & Ferreira, 2009).

Apesar de tudo o que foi exposto, diversos autores acreditam que a LTA tenha chegado recentemente ao sudeste brasileiro, oriunda da região ocidental amazônica, trazida por fluxos migratórios existentes entre ambas as regiões, como ocorreu no ciclo econômico da borracha entre os anos 1880 e 1912 (Negrão & Ferreira, 2009; Vale & Furtado, 2005; Altamirano-Enciso, 2003).

O presente trabalho objetiva demonstrar a possibilidade de existência da leishmaniose tegumentar americana no sudeste brasileiro já na década de 20 do século XIX entre escravos reunidos na cidade de Vassouras, região centro-sul fluminense.

No início do século XIX, um grande contingente humano veio para a região de Mata Atlântica que, rapidamente, cedia lugar à monocultura de café.

A cidade de Vassouras iniciou seu povoamento principalmente com a instalação de “pousos” ou “ranchos” que atendiam a viajantes e tropeiros. Com a

maior procura por terras para as lavouras de café, a partir da década de 1820, essa região passou a receber um grande contingente de pessoas. Em 1883, o povoado foi elevado à categoria de vila, Vila de Vassouras, e em 1835 passou também a agregar a categoria de comarca (ou seja, sede do poder judiciário regional) e, posteriormente, em 1837, a vila passou à categoria de freguesia com o nome de Nossa Senhora da Conceição da Vila de Vassouras. Somente em 1857 foi elevada ao *status* de cidade com o nome de Vassouras.

A derrubada de árvores, principalmente em matas primárias, é condição para a ocorrência dos primeiros casos de LTA, e Vassouras sofreu uma intensa derrubada de Mata Atlântica primária, cedendo lugar às lavouras de café em sistema de *Plantation*.

Vassouras administrava uma grande extensão territorial, composta, na atualidade, pelos municípios independentes de Mendes, Engenheiro Paulo de Frontin, Miguel Pereira e Pati do Alferes, além de parte dos municípios de Barra do Piraí e Paracambi. Bustamonte et al. (2009), levantando os casos de LTA ocorridos entre os anos de 1997 e 2002, segundo dados fornecidos pelas Secretarias de Saúde das cidades do centro-sul fluminense, assinalaram que toda a área que abrangia a cidade de Vassouras no século XIX é, nos dias de hoje, endêmica para a doença, o que reforça nossa tese acerca da anterioridade da leishmaniose no interior do estado do Rio de Janeiro.

Vale ressaltar o caso de leishmaniose cutânea (face, braços e pernas) estudado por Gaspar Vianna que, ao receber material de um paciente que estava internado na 3ª enfermaria da Santa Casa de Misericórdia, encontrou o parasito *Leishmania* em 1911, nomeando-o *L. braziliensis* em 1914. Esse paciente era oriundo da cidade de Paraíba do Sul, município limítrofe de Vassouras.

Outro motivo que nos faz crer na anterioridade da LTA no sudeste brasileiro é o fato de que alguns indivíduos de populações nativas se apresentam indenes, ou seja, não desenvolvem a doença, mantendo a infecção por *Leishmania* na forma inaparente ou subclínica, sugerindo um longo período de coevolução entre o parasito e seu hospedeiro acidental, o homem.

Em estudo realizado na cidade litorânea de Paraty, no sul do estado do Rio de Janeiro, considerada endêmica para a LTA, foram investigados 90 indivíduos em populações nativas Guarani (Araponga e Parati Mirim), dos quais 77,6% se revelaram positivos no teste intradérmico de hipersensibilidade aos antígenos de leishmania, reação de Montenegro (IDRM). Nenhum deles, contudo, apresentou lesões ou cicatrizes relacionadas à LTA no exame clínico, ilustrando o que afirmamos anteriormente (Barbosa, 2001). Esta relação parasito-hospedeiro pode ser observada em muitos casos semelhantes, demonstrando a seleção, ao longo do tempo, de indivíduos melhor adaptados às condições ambientais (Carvalho, 1987). Teixeira (1987) afirma que, após um longo período, classificado por ele como de *adaptação evolucionária*, certos protozoários, em especial tripanossomatídeos, teriam adquirido a capacidade de perpetuarem-se em seus hospedeiros mamíferos

oferecendo notáveis exemplos de coexistência pacífica. Naturalmente esta característica genética presente nestas populações nativas não surgiu recentemente, sendo clara uma relação de muitos séculos para que esta característica de resistência se espalhasse por toda a população.

Segundo dados de 2008, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Vassouras encontra-se na Mesorregião Centro-Sul Fluminense e Paraty na Mesorregião Sul-fluminense.

O fato de a cidade de Vassouras ser relativamente próxima a Paraty, onde existe a confirmação de uma presença antiga do parasito, reforça nossa crença na existência de alguma relação com o parasito também na cidade de Vassouras.

Por fim, acreditamos que a não existência de relatos da doença no primeiro quarto do século. XIX se deve, sobretudo, à inexistência de condições técnicas para isso. Encontramos referência a esta realidade na introdução da dissertação do estudante mineiro Olegário Ribeiro da Silva, para a conclusão de curso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1886, intitulada *Estudo clinico das affecções cutaneas parasitarias mais frequentes no Brazil*. Nela ele afirma: “O século 19 não despontara ainda e a dermatologia permanecia envolta n’uma *atmosfera* de confusão e *ignorancia*. Era ela um verdadeiro *cahos* mal esclarecido”.

Relata, assim, a existência de dificuldades decorrentes do pouco conhecimento técnico do período, menciona também as mudanças que se iniciavam na Europa afirmando que “[...] o microscópio nas mãos dos fundadores da *eschola* de Vienna forneceu noções claras e precisas sobre a natureza real de um grande numero de *affecções cutaneas*”.

Essas descobertas de novas técnicas e de um grande número de agentes etiológicos proporcionaram a mudança de muitos conceitos e paradigmas, gerando um questionamento acerca do que se conhecia. Afirma Olegário que:

Procedendo assim, seguimos as pegadas das *auctoridades* em dermatologia; e si é *exacto* que *inclinamonos* muito em não aceitar a identidade de parasitas para essas ultimas afeções, não é menos verdade que não dispomos de provas *sufficientes* e de habilitações precisas para derrocar uma opinião sustentada por dermatologistas tão distintos.

Dificuldades semelhantes foram encontradas também no início do século XX. Em 1915, Oscar d’Utra e Silva afirmou que a leishmaniose é comumente confundida com outras diversas dermatoses. Isso já havia sido assinalado por Juliano Moreira em 1895 e, posteriormente, por Eduardo Rabello em 1925 e Henrique Aragão em 1927. Em 1922, Antonio Eugenio de Arêa Leão, em estudo acerca da Reação de Wassermann no diagnóstico da sífilis, afirma que esta doença é mal diagnosticada, sendo muitas vezes confundida com a leishmaniose. D’Utra e Silva, que esteve à frente do laboratório da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no período de 1913 a 1914, relata o caso de um de seus pacientes que havia sido internado equivocadamente em um leprosário, sendo portador de inúmeras manifestações da LTA. Relata ainda casos em que a sífilis, a tuberculose,



as dermatoses bacterianas e micóticas não passavam de manifestações da LTA em diagnósticos equivocados por parte de colegas.

Logo no prefácio da sua obra *Ensaio Dermosografico ou Succinta e Systematica Descrição das duenças cutâneas* (1820), o médico Bernardino Antonio Gomes, baseado nas observações dos doutores Willan e Bateman, afirma: “Não ha enfermidades sobre cujo diagnostico, *pathologia*, e *therapeutica* haja, em geral, *ideas* menos claras que sobre a maior parte das doenças cutâneas”

Reafirmando a enorme falta de informações sobre as afecções de pele no início do século XIX, conclui que isso se dava pela multiplicidade e semelhança de manifestações clínicas das doenças cutâneas e por serem estas, muitas vezes, efêmeras e pouco incômodas. Além disso, elas acometem em maior número as pessoas mais pobres que, normalmente, não procuram os especialistas e estes, quando são consultados, geralmente dão pouca importância ao caso:

[...] as causas desta *escacez* de conhecimentos são obvias. A multiplicidade, que há, de enfermidades cutâneas, e a semelhança. Que a maior parte *dellas* tem entre si, pelo menos em algum período da sua carreira, constituem a principal porque fazem que observadores pouco *attentos* frequentemente as *confundão*. Os mesmos mais *attentos* forçosamente hão de ser menos expertos nesta sorte de enfermidades. Por quanto, sendo muito crônicas, pouco *incommodas*, e só *triviaes* em gente pobre, a qual, *attenta* a *grangear* o sustento *diario*, despreza os males *suportaveis* com que se tem familiarizado, *he* forçoso que *taes* enfermidades tarde, e menos vezes do que convinha, se apresentem á observação do Práticos. Alem disto como estas, e muitas das agudas, não são acompanhadas de perigo *immediato*, os Práticos mesmos, por menos receosos das consequencias, naturalmente as *olhão* com menos *atenção*.

Se na capital era difícil, muito pior era na zona rural. No Rio de Janeiro, a zona rural sempre foi desprivilegiada quanto à atenção à saúde. Mesmo com a transformação das academias médicas em Faculdades de Medicina (Salvador e Rio de Janeiro), na década de 1830, praticamente não havia médicos permanentes nestas regiões. Os poucos médicos eram itinerantes e, desta forma, a prática da medicina era precária. O número de médicos era insuficiente, o abastecimento de remédios era irregular e elevados os preços dos tratamentos, o que praticamente inviabilizava o atendimento (Barbosa & Gomes, 2008).

Pior que na zona rural era o atendimento médico dedicado ao escravo inserido neste contexto. A saúde desta parcela da população foi quase completamente negligenciada, principalmente na primeira metade do século XIX.

Segundo Ângela Porto (2006), na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em todo o período escravista, apenas três teses sobre esta temática foram defendidas, sendo a primeira por David Gomes Jardim, em 1847, com o título *A higiene dos escravos*; a segunda, por José Rodrigues de Lima Duarte, em 1849, sob o título *Ensaio sobre a higiene da escravatura no Brasil*, e, finalmente, a de Antônio José de Souza, em 1851, com o título *Do regime das classes pobres e dos escravos na cidade do Rio de Janeiro em seus alimentos e bebidas: qual a*

*influencia sobre a saúde*. Esta temática também esteve praticamente ausente nas publicações da Sociedade de Medicina entre 1831 e 1890. Não havia preocupação com a saúde do escravo, excetuando-se os casos das escravas “amas de leite” ante a suposição do perigo que o escravo representava para o meio doméstico ou para toda a sociedade como responsável pela transmissão de diversas moléstias de que eles eram incriminados.

Outra possibilidade mais remota é a de que a LTA tenha sido trazida para o Brasil com os próprios escravos, hipótese facilmente refutada pela diferença entre os parasitos e os aspectos clínicos da doença nos dois continentes.

Além disso, em *Agrícola* (1950), o Dr. Flávio Maurano, médico do Departamento de Prevenção à Lepra de São Paulo, afirmou que dificilmente era trazido um africano que apresentasse feridas na pele em razão do medo que se tinha da lepra e de outras doenças. Segundo ele:

[...] os escravos são de difícil introdução nas propriedades, particularmente quando doentes da pele. Ninguém, quando se tratava do próprio interesse, haveria de aceitar em sua lavoura, engenho ou casa, um escravo em que a lepra se manifestasse, ao menos abertamente. Os compradores de escravos tinham experiência a respeito da sua qualidade, como acontece hoje com os que negociam com animais. Examinavam-nos, nos pontos em que eram expostos à venda, parte por parte, e rigorosamente a pele, para verificar se eles estavam ou não atacados de males incuráveis. Tal como hoje existem manuais para tratamento das moléstias do gado ou aves, havia-os para as enfermidades dos negros. Por eles podiam se conhecer os defeitos dos negros de todos os países a fim de os recusar. Entre outras coisas, a pele devia ser lisa, não oleosa, de uma bela cor preta, isenta de manchas, de cicatrizes, e de odor demasiado forte.

E continua: “Também médicos militares examinavam, a bordo, os escravos para permitir-lhes o desembarque, como atestam alguns documentos dos princípios do século XIX no porto de Santos”.

Usualmente, o escravo recebia o mínimo possível, sendo-lhe aplicado o que parecia ser o suficiente para prolongar sua vida útil no trabalho. E, apesar de cada escravo representar um investimento, muitas vezes não recebia o cuidado merecido. Só a partir da segunda metade do século XIX, com o maior controle sobre o tráfico transatlântico, é que notamos uma maior preocupação dos senhores com a saúde dos cativos, em virtude de sua valorização ante a escassez no mercado (Porto, 2006).

Certamente a doença também devia acometer o branco inserido nesta realidade, entretanto não existem documentos que confirmem esta possibilidade. O naturalista francês Sigaud, pesquisando acerca do clima e das doenças do Brasil, observou diversas doenças de pele acometendo os brasileiros, sem, contudo, oferecer subsídios que nos permitam identificar claramente a leishmaniose em sua obra publicada em 1844.

Além disso, a proteção do domicílio e os hábitos de usar longas vestimentas proporcionavam menor exposição da pele ao repasto sanguíneo do flebótomo, o que pode determinar uma ocorrência bem menor de casos em brancos, além de aspectos imunológicos relacionados à qualidade de vida.

## MATERIAL E MÉTODOS

Para a realização da coleta de dados, foram utilizados 28.267 inventários *post-mortem* da comarca de Vassouras-RJ, guardados e disponibilizados à pesquisa pela Universidade Severino Sombra em seu Centro de Documentação Histórica (CDH/FUSVE).

Partindo desta fonte primária, disponível à consulta popular, confeccionamos um pequeno banco de dados com as informações contidas nestes inventários, informações relativas ao tamanho da propriedade, imóveis e, naturalmente, sobre os escravos, como sexo, origem, cônjuges, idade, filhos, preço e as enfermidades aparentes, entre outras.

Entre as enfermidades descritas nos escravos, encontramos diversas anotações indicando afecções cutâneas, havendo grande possibilidade de serem algumas delas leishmaniose tegumentar.

Para a interpretação correta dos dados, principalmente das denominações e nomenclaturas daquele período, recorreremos a livros e dicionários da época e a outros mais recentes: o *Novo Ministro dos Enfermos, ou Método Prático de administrar os Sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos*. Dirigido aos novos sacerdotes da Congregação de São Camilo, Lisboa, 1815; o *Diccionario da Lingua Portuguesa*, Lisboa, da Typographia Lacérdina, 1813 e o *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*, Editora Sedegra, de 1973.

## RESULTADOS

Foram analisados 28.267 inventários abrangendo dois períodos: 1820 a 1850 e 1851 a 1880. Dos 8.055 escravos inventariados do período de 1820 a 1850, em apenas 808, ou seja, 10,03% encontramos registros de acometimentos físicos, como doenças e mutilações assinaladas por seus inventariantes. É certo que estes dados não refletem a realidade, pois os inventariantes não eram profissionais da saúde e, conseqüentemente, acreditamos que só relatavam aquilo que lhes saltava aos olhos como comprometedor do valor monetário do patrimônio. Soma-se a isso o fato de alguns documentos estarem comprometidos pelas ações do tempo e do armazenamento inadequado, ocultando parte dos dados.

Destes 808, aproximadamente 9% (83) apresentavam afecções cutâneas (tabelas 1 e 2). E, destes últimos, consideramos como possíveis ocorrências de leishmaniose 14 casos apontados como: chaga antiga, chaga crônica, chaga incurável, ferida crônica e úlcera crônica (Tabela 1). Na Tabela 2, ordenamos 59 casos indicados como chagas e feridas, que indicam casos de afecções na pele sem, necessariamente, serem casos de leishmaniose.

A análise dos dados nos permitiu encontrar casos como o dos escravos Manoel Comprido e Romão (Inventário 1.116); o primeiro, de Benguela, com 28 anos e o segundo, de Cabinda, com 25 anos, ambos de propriedade de Luiza Ignacia

da Conceição, da Vila de Vassouras, descritos em um primeiro inventário em 1841 como portadores de chagas crônicas. O inventariante foi José d’Azevedo Ramos. No ano de 1844, o inventário foi refeito (Inventário 1.139) por outro inventariante, Claudio Gomes Ribeiro d’Avelar, que tornou a relatar a presença das chagas nestes mesmos escravos, agora com a denominação de feridas crônicas. Neste segundo inventário, Manoel Comprido foi identificado com a idade de 30 anos e Romão teve sua idade ignorada. Este caráter perene da ferida é um forte indício de leishmaniose.

*Tabela 1.* Possíveis casos de leishmaniose tegumentar americana observados em inventários *post-mortem* da cidade de Vassouras-RJ, relativos aos anos 1820-1850, mantidos sob a guarda do Centro de Documentação Histórica de Vassouras (CDH/FUSVE)

Inventário	Ano	Nome do escravo(a)	Descrição do inventariante
1091	1837	Narciso	Doente e com uma chaga antiga
1096	1838	Antonio	Com uma chaga <i>crônica</i> na perna
1116	1841	Manoel Comprido	Feridas <i>crônicas</i>
1116	1841	Romao	Com feridas <i>crônicas</i>
1139	1844	Manoel Comprido	Com uma chaga crônica
1139	1844	Romao	Chaga <i>crônica</i>
1153	1845	Miguel	Uma chaga <i>incuravel</i> em uma perna
1153	1845	Ricardo	Com uma chaga <i>incuravel</i> em uma perna (...).
1155	1845	Esperança	Com ferida <i>crônica</i> na perna
1157	1845	João	Chaga antiga em uma perna
1167	1846	Vicente	Ferida <i>crônica</i>
1178	1847	Thobias	C/ uma ferida
1197	1848	Flavio	Ferida crônica
1212	1850	Eva	Úlcera crônica na perna

O mesmo fato talvez tenha ocorrido com um escravo de nome Thobias (inventários 1.092 e 1.178, tabelas 1 e 2), oriundo de Cabinda, presente em dois inventários: o primeiro, realizado por Pedro Correa e Castro no ano de 1837, indica ser pertencente a Marianna das Neves Correa, da fazenda Santo Antônio dos Correias e o segundo, sem o registro do inventariante, realizado no ano de 1847, indica ser pertencente a Joaquina Mathildes d’Assumpção, agora na Fazenda dos Encantos. Em ambos os registros existe a descrição de uma ferida na pele. Uma diferença de dez anos separa os dois registros e, para considerarmos que se trata do mesmo escravo mencionado nos dois registros, temos apenas a coincidência do nome, procedência e relação entre a idade do cativo e o ano do registro. Se considerarmos ser, nos dois casos, o mesmo escravo, demonstraremos novamente o caráter perene característico da leishmaniose.

Nos casos em que o inventariante menciona a região do corpo acometida, a maioria das feridas localiza-se nos membros inferiores (27 casos, 37%). Em 40

casos, os inventariantes não apontam a região do corpo afetada (54,8%) e, em 3 casos, relatam úlceras no rosto (Escrava Victória, Inventário 1.057 do ano de 1833; Adriana, Inventário 1.103 do ano de 1840 e a escrava Joaquina, Inventário 1.221 do ano de 1850). O único caso descrito de acometimento nos membros superiores é o a da escrava Maria (Inventário 1.207). Também merece consideração o caso do escravo Mathias, no ano de 1837, apontado como portador de uma lesão “no beijo”, possivelmente um caso de leishmaniose de mucosa.

*Tabela 2.* Dermatites em escravos relatadas nos inventários *post-mortem* do período de 1820-1850 na cidade de Vassouras-RJ

Inventário	Ano	Nome do escravo(a)	Descrição da doença pelo inventariante
1002	1821	Francisco	Chaga em um tomozelo
1009	1821	Manoel Jose	Achaques em uma perna <i>erizipela</i> <sup>1</sup> ferida na mesma
1018	1824	Antonio	(...) e feridas nas pernas
1024	1825	Benedito	Doente de feridas
1024	1825	Adão	Doente de feridas
1024	1825	Luis	Doente de feridas
1024	1825	Jose	Corrimento de <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1025	1825	Ventura	Princípio de morfea
1031	1826	Jose	Doente de <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1032	1827	Joanna Ignacia	Doente de <i>molestia</i> de pele
1034	1828	Caetano	Cancroso <sup>3</sup>
1036	1828	Felicio	Morfetico
1038	1829	Manoel	Doente de cravos de <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1038	1829	Felisberto	<i>Sacratiss</i> em uma perna
1038	1829	Agostinho	<i>Sacratiss</i> em uma das pernas
1038	1829	Daniel	<i>Inficcional</i> de <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1050	1831	Cypriano	Ferida em uma perna
1050	1831	Benedicto	Ferida em uma perna
1057	1833	Victoria	Ferida no rosto
1059	1833	Domingos	Com <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1060	1834	Florentino	Doente de morfêia <sup>3</sup>
1085	1837	Mathias	Um defeito no beijo
1089	1837	Miguel	Uma chaga em uma perna (...)
1092	1837	Primo	Chaga na perna
1092	1837	Thobias	Chaga em uma perna
1092	1837	Joaquim	Uma pequena chaga no <i>pe</i>
1092	1837	Geraldo Morais	Chaga no <i>pe</i>
1097	1839	Ignacia	Uma ulcera
1097	1839	Lino	Uma ferida
1103	1840	Antonio Felipe	Formigueiro em uma perna <sup>4</sup>
1103	1840	Adriana	Entrevada fistula na cara e outra na perna <sup>5</sup>
1113	1841	Joao	Com chagas
1116	1841	Ricardo	Feridas
1118	1841	Sebastiao	(...) <i>naurisma</i> em uma das pernas <sup>6</sup>
1132	1843	Thomasia	(...) e uma chaga em um pé
1132	1843	Clemencia	Com doença antiga em um pé
1136	1843	Eliseu	Com feridas nas pernas

Inventário	Ano	Nome do escravo(a)	Descrição da doença pelo inventariante
1136	1843	Eva	Mofética <sup>3</sup>
1136	1843	Santiago	Doente com <i>hernia</i> e fistula
1136	1843	Joaquim	Doente de <i>fistolas</i> <sup>7</sup>
1155	1845	Eufrasia	Com <i>boba</i> <sup>2</sup>
1157	1845	Agostinho	Chagado de <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1160	1845	Leandro	Com <i>bobas</i> <sup>2</sup> (...)
1163	1845	Maria Joaquina	Lazara
1167	1846	Anna	Ferida no olho
1167	1846	Manoel	Ferida no olho
1170	1846	Rafa	<i>Irisipeloso</i> <sup>1</sup>
1178	1847	Cezario	com <i>bobas</i> <sup>2</sup>
1178	1847	Belmiro	Com ferida
1178	1847	Valentim	Com uma ferida
1198	1848	Ifigenia	Com <i>bobais</i> <sup>2</sup>
1202	1848	Felippe	Ferida na perna
1207	1849	Maria	E com uma fistula embaixo do braço <sup>5</sup>
1221	1850	Joaquina	Com feridas cancerosas na face e no corpo

<sup>1</sup>Erisipela: Ferida superficial (segundo o glossário de doenças contido no *Novo Ministro dos Enfermos, ou Método Prático de administrar os Sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos. Dirigido aos novos sacerdotes da Congregação de São Camilo*. Lisboa, 1815) ou inflamação produzida por sangue extravasado entre a cútis e a carne (*Diccionario da Língua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

<sup>2</sup>Bobas: Pústulas gallicas. Espécie de empigem<sup>7</sup> (*Diccionario da Língua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813);

<sup>3</sup>Cancro: Ferida ou chaga (segundo o glossário de doenças contido no *Novo Ministro dos Enfermos, ou Método Prático de administrar os Sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos. Dirigido aos novos sacerdotes da Congregação de São Camilo*. Lisboa, 1815);

<sup>4</sup>Formigueiro: Prurido ou comichão na pele (Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Sedegra, de 1973).

<sup>5</sup>Fistula: Úlcera (Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Sedegra, de 1973), chaga profunda que sempre marea matéria (*Diccionario da Língua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

<sup>6</sup>Aneurisma: Tumor contra a natureza, formado de sangue (*Diccionario da Língua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

<sup>7</sup>Empigem: Bostella (pústula, ferida) seca, que se estende de pouco e pouco pela pelle do corpo; outras há que são vivas, e talvez corróem, e são cancerosas, e malignas; Darta, herpes, serpigo, papula (*Diccionario da Língua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

Entre os 20.212 escravos arrolados nos inventários nos anos de 1851 a 1880, 1.753 (cerca de 8,7%) têm seus registros incompletos, dentre os quais 68 (cerca de 4%) com lesões cutâneas, sendo cinco possíveis casos de leishmaniose tegumentar. Vale ressaltar que o registro das deficiências é muito incipiente e, na maioria dos casos, apenas indica “doente” ou “com defeito”, sem especificar a região afetada ou a natureza do acometimento.

Sobressai entre os casos assinalados, neste período, o do escravo Valério (tabelas 3 e 4), de nacionalidade ignorada, apontado como portador de feridas na pele, também retratado em dois inventários: o primeiro, no ano de 1851 (Inventário

466) aos 30 anos de idade; o segundo, em 1866 aos 45 anos, ainda com as tais feridas. Semelhantemente a escrava Eva, de Nação, foi arrolada em dois inventários (Inventário 1.212 de 1850 e Inventário 794 de 1871): no primeiro, consta como portadora de uma úlcera na perna e, no segundo, 21 anos mais tarde, apenas como “morfética” (nome atribuído ao portador de lepra). Outros casos de escravos inventariados mais de uma vez talvez sejam encontrados, pois nos deparamos com algumas dificuldades no trabalho com as informações do banco de dados construído pelo Centro de Documentação Histórica referente ao segundo período.

*Tabela 3.* Possíveis casos de leishmaniose tegumentar observados em inventários *post-mortem* da cidade de Vassouras-RJ, relativos aos anos 1850-1880, mantidos sob a guarda do Centro de Documentação Histórica de Vassouras (CDH/FUSVE)

Inventario	Ano	Nome do escravo	Descrição da doença pelo inventariante
466	1851	Joaquim	Com Ferida Crônica
466	1851	Elias	Com ferida crônica
466	1851	Valerio	Com ferida grande crônica
516	1855	Prudencia	<i>Molestia cronica</i> no nariz
585	1859	Felisberto	Ferida crônica

Quanto à nacionalidade e procedência dos escravos acometidos por moléstias de pele, nos primeiros trinta anos de escravidão (1820-1850), 59 indivíduos (84%) eram africanos, (17 Benguela, 8 Congo, 8 Cabinda, 7 Nação, 5 Moçambique, 3 Angola, 2 Monjolo, 2 Rebolo, 2 Cassange, 2 Mofumbe, 1 Cabundá, 1 Inhambane e 1 Moange), 5 eram brasileiros, apontados como Criolos e 9, de nacionalidade ignorada ou cujos documentos não permitiram a leitura. No período seguinte (1850-1880), 68 escravos apresentavam afecções de pele e, destes, apenas 24 indivíduos (38%) eram africanos (7 indicados como oriundos de Nação, 4 de Angola, 3 de Cabinda, 2 do Congo, 2 de Benguela, 1 de Mina, 1 de Moçambique, 1 de Monjolo, 1 de Massunde, 1 de Muange e 1 referido apenas como africano), 7 eram brasileiros, apontados como Criolo, pardo e cabra, além de 37 indivíduos de nacionalidade ignorada.

As lesões cutâneas localizavam-se nas seguintes regiões do corpo: 6 nos membros inferiores, 4 no rosto, 1 no abdome e 57 sem indicação do local das feridas.

Vale ressaltar os casos da escrava Prudência (Inventário 516 do ano de 1855), citada como portadora de “uma moléstia crônica no nariz” e da escrava Maria (Inventário 794 de 1871), citada como tendo “um cancro no nariz”, o que sugere tratar-se de leishmaniose de mucosas (LM). Dois outros casos merecem análise mais acurada: o da escrava Henriqueta, de 24 anos, e o de Damantina, de 25 anos (ambas constantes no Inventário 457 do ano de 1851), que apresentavam, respectivamente, rouquidão e rouquidão e manchas pelo corpo.

Tabela 4. Dermatites em escravos relatadas em inventários *post-mortem* da cidade de Vassouras, relativos aos anos de 1850 a 1880

Inventário	Ano	Nome do escravo	Descrição da doença pelo inventariante
466	1851	Camillo	com ferida
466	1851	Ventura	com ferida
466	1851	Januario	com ferida
466	1851	Izidoro	com ferida
466	1851	Julião	com ferida
466	1851	Francisco	com ferida
455	1851	Venancio	com ferida
466	1851	Catão	com ferida (...)
466	1851	Leandro	com ferida (...)
455	1851	Lino	com feridas
455	1851	Bazílio	com feridas
466	1851	Francisca	doente de bobas <sup>2</sup>
457	1851	Damantina	rouquidão e manchas no corpo
457	1851	Satumino	tem uma cicatriz em uma perna e pode tornar a abrir ferida
482	1852	Joaquim	ferida no beço (...)
507	1854	Selerino	Morfético <sup>8</sup>
519	1855	Maria	erisipela <sup>1</sup>
519	1855	Procopio	Lazaro <sup>9</sup>
519	1855	João Pinto	Lazaro <sup>9</sup>
519	1855	Luciodoro	Morfético <sup>8</sup>
528	1856	Ambrozio	com cravos de bobas <sup>2</sup>
9	1856	ignorado	ferida no umbigo
556	1857	Antonia	doente de bobas <sup>2</sup>
550	1857	Maria	doente, e tem feridas
564	1858	Victor	com ferida na perna
567	1858	Caetano	doente de cravos
588	1859	Pedro	com feridas
584	1859	Silveria	ferida no olho esquerdo
	1860	Florentino	Doente de <i>morfeia</i> <sup>8</sup>
605	1860	Affonso	com feridas
596	1860	Antonia	(...) morfética <sup>8</sup>
594	1860	José	Erisipela <sup>1</sup> (...)
594	1860	Satumino	Com ulcera nas pernas
600	1860	Benedicto	Morfético
602	1860	José	ferida na perna
605	1860	Marcos	Feridente
605	1860	Rafael	Feridente
605	1860	Pedro	Feridente
605	1860	Benedicto	feridente
611	1860	Manoel	Morfético <sup>8</sup>
622	1861	Sabino	com ferida na perna
623	1861	Antonio	ferida na perna
647	1862	Sem nome	com bobais <sup>2</sup>
12	1862	Carlos	erisipela <sup>1</sup>
12	1862	Monica	Erisipelada <sup>1</sup>
647	1862	ignorado	Morfética <sup>8</sup> (...)
688	1866	Bernarda	com ferida na perna
708	1866	Valerio	com feridas



Inventário	Ano	Nome do escravo	Descrição da doença pelo inventariante
708	1866	Julião	com feridas
698	1866	Simplicio	sofre de erisipela <sup>1</sup>
18	1867	Francisco	com bobais <sup>2</sup>
749	1869	ignorado	Morfético <sup>8</sup> (...)
792	1871	Vicente	Lazaro <sup>9</sup>
794	1871	Eva	(...) morfética <sup>8</sup>
794	1871	Vicente	(...) morfético <sup>8</sup> (...)
794	1871	Maria	(...) com um cancro no nariz <sup>3</sup>
63	1874	Manoel Terceiro	morfético (...)
49	1874	Floriano	morfético (...)
49	1874	Tito	Phistuloso
830	1875	Simão	Morfético <sup>8</sup>
850	1876	Joaquim	com ferida
859	1877	Silvestre	(...) sofre de cancro <sup>3</sup>
892	1880	Marianna	(...) irizipela <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erisipela: Ferida superficial (segundo o glossário de doenças contido no *Novo Ministro dos Enfermos, ou Método Prático de administrar os Sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos. Dirigido aos novos sacerdotes da Congregação de São Camilo*. Lisboa, 1815) ou inflamação produzida por sangue extravasado entre a cútis e a carne (*Diccionario da Lingua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

<sup>2</sup>Boubas: Pústulas gallicas. Espécie de empigem<sup>7</sup> (*Diccionario da Lingua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813).

<sup>3</sup>Cancro: Ferida ou chaga (segundo o glossário de doenças contido no *Novo Ministro dos Enfermos, ou Método Prático de administrar os Sacramentos aos enfermos, e assistir aos moribundos. Dirigido aos novos sacerdotes da Congregação de São Camilo*. Lisboa, 1815).

<sup>8</sup> Morfético: adj. Refere-se à morfeia, hanseníase, lepra (*Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Sedegra, de 1973).

<sup>9</sup> Lázaro: Aquele que está coberto de chagas ou pústulas (*Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa*. Ed. Sedegra, de 1973).

Uma característica que só encontramos no segundo período estudado é a atribuição de ofícios aos escravos arrolados com as manifestações clínicas da leishmaniose. No ano de 1851, o escravo Joaquim foi apontado como enfermeiro; em 1854, Selerino (Severino?), como alfaiate; em 1855, Maria, como cozinheira; em 1860, José é registrado como pedreiro e Benedito, como barbeiro; em 1861, Antônio, como Capataz; em 1862, um escravo de nome ignorado é apontado como tropeiro e, por fim, em 1877, Silvestre é referido como sendo da roça. Essa característica pode indicar uma mudança no perfil epidemiológico da doença, visto que, no primeiro período de estudo, 1820 a 1850, os escravos acometidos pela doença estavam apenas nas áreas rurais e bordas das florestas, não tendo nenhum caso de escravo doente com ofício, o que indicaria um escravo na área peridomiciliar.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Com os dados apresentados não pretendemos traçar um perfil epidemiológico dessa sociedade, sobretudo em razão da pobreza das informações,

mas discutir a possibilidade da existência desta doença além de outros aspectos citados na introdução.

Pelos diversos argumentos explicitados, não vemos dificuldade em admitir a possibilidade da existência de leishmaniose tegumentar no Rio de Janeiro ainda no início do século XIX, observada em escravos, ao contrário de diversos trabalhos que sugerem a chegada da LTA no Rio de Janeiro apenas ao final do século XIX ou começo do século XX.

Apesar do grande número de escravos arrolados nos inventários, apenas um pequeno número de indivíduos foi registrado com manifestações desta natureza. Este quadro pode ter diversas causas como, por exemplo, o fato de os inventariantes não terem uma real preocupação com doenças que não comprometessem a força de trabalho do escravo, as feridas na pele serem consideradas algo inofensivo e insignificante para um inventário, a falta de detalhes na maioria dos registros indicando que o inventariante se contentava com informações vagas do tipo doente, com moléstia, etc. É oportuno ressaltar também a resistência adquirida, pois, segundo os estudos realizados por Manoel Barral Netto e Aldina Barral, em áreas onde existe uma grande incidência do vetor e uma grande exposição de indivíduos ao repasto hematofágico deste díptero, surgem indivíduos resistentes à doença que não se contaminam com o parasito.

A professora Ângela Porto, em sua obra já mencionada, afirma que estudos recentes de Paleoparasitologia têm encontrado indícios de parasitos e/ou lesões em fósseis que podem indicar doenças existentes “antes da chegada do homem branco à América”, o que confirma nossa hipótese.

## REFERÊNCIAS

1. Agrícola E. (ORG.) *Tratado de Leprologia*. 2ª ed. Volume I, Tomo I, Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde. Serviço Nacional de Lepra, 1950.
2. Altamirano-Enciso AJ, Marzochi MCA, Moreira JS, Schubach AO, Marzochi KBF. Sobre a origem e dispersão das leishmanioses cutânea e mucosa com base em fontes históricas pré e pós-colombianas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 10: 853-882, 2003.
3. Aragão HB. Leishmaniose tegumentar e sua transmissão pelos phlebotomos. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 1: 176-187, 1927.
4. Barbosa GMS. *Aspectos epidemiológicos descritivos da leishmaniose tegumentar americana em duas aldeias indígenas guarani em Paraty, litoral sul fluminense*. [Tese de doutorado, Instituto de Biologia, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro] 2001.
5. Barbosa KO, Gomes F. Doenças, morte e escravidão africana: perspectivas historiográficas. *Ciê. let.* Porto Alegre, n°44, 2008. p. 237-259.
6. Basano AS, Camargo LMA. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Rev Bras Epidemiol* 7: 328-337, 2004.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS, Leishmaniose Tegumentar Americana, Brasília. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1560](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1560)>. Acesso em: jun. 2013

8. Bustamonte MCFS, Pereira MJS, Schubach AO, Fonseca AH. Epidemiological profile of cutaneous leishmaniasis in an endemic region in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Parasitol Vet* 18: 34-40, 2009.
9. Carvalho HC. *Fundamentos de genética e evolução*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 1987.
10. Costa JML. Leishmaniose Tegumentar Americana: origens e histórico no Brasil. *Acta Amazonica* 22: 71-77, 1992.
11. d'Utra e Silva O. Sobre a Leishmaniose tegumentar e seu tratamento. *Mem Inst Oswaldo Cruz* nº7(1), 1915.
12. Gomes BA. *Dermosografico ou Succinta e Systematica Descrição das duenças cutâneas, conforme os principios e observações dos doutores Willan, e Bateman, com indicações dos respectivos remedios aconselhados por estes celebres authores, e alguns outros*. Lysboa, na Typografia da mesma Academia, 1820.
13. Grimaldi GJr, Tesh RB, McMahon-Pratt D. A review of the geographic distribution and epidemiology of leishmaniasis in the New World. *Am J Trop Med Hyg* 41: 687-725, 1989.
14. Jacobina RR, Gelman EA. Juliano Moreira e a Gazeta Médica da Bahia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15: 1077-1097, 2008.
15. Lainson R, Shaw JJ. Evolution, classification and geographical distribution. In: Peters W, Killick-Kendric K, ed. *The Leishmaniasis in Biology and Medicine*. London, Academic Press, 1993.
16. Leão AEA. A Reação de Wassermann na Leishmaniose. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 15: 209-219, 1922.
17. Lima H. *Pequeno Dicionário da Língua Portuguesa (ilustrado)*. 11ª ed. 1º volume, Rio de Janeiro, Sedegra, 1973.
18. Lindenberg A. A úlcera de Bauru e seu o micróbio. Comunicação preventiva. *Revista médica de São Paulo* 12: 116-120, 1909.
19. Magalhães P. Normas e Diretrizes para o controle da Leishmaniose cutâneo-mucosa (Tegumentar Americana). In: Prata Aluizio (Org.) *Situação e Perspectivas do Controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981. p.153-158.
20. Moreira J. Botão endêmico dos países quentes. *Brasil Médico* 1: 100-101, 1906.
21. Negrão GN, Ferreira MEMC. Considerações sobre a dispersão da Leishmaniose Tegumentar Americana nas Américas. *Revista Percurso - NEMO Maringá* 1: 85-103, 2009.
22. Neves DP. *Parasitologia Humana*. 10ª ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2004.
23. Panpiglione S. Contribution of Achille Breda to the understanding of American mucocutaneous leishmaniasis. *Parassitologia* 21: 35-58, 1979.
24. Paraguassu-Chaves CA. *Geografia Médica ou da Saúde (Espaço e doença na Amazônia Ocidental)*. Rondônia: Edufro, 2001.
25. Pôrto Â. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13: 1019-1027, 2006.
26. Pupo JA. Leishmaniose Tegumentar. Epidemiologia, profilaxia e tratamento da Leishmaniose Americana. *Ciência Médica* 4: 387-409, 1926.
27. Sigaud JFX. *Do clima e das doenças do Brasil ou estatística médica deste império*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.
28. Silva AM. *Diccionario da Lingua Portuguesa*. Lisboa, Natypographia Lacérdina, 1813.
29. Silva OR. *Estudo clinico das affecções cutaneas parasitarias mais frequentes no Brazil*. (Dissertação) Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 28 de agosto de 1886.
30. Silveira FT, Ishikawa EA, De Souza AA, Lainson R. An outbreak of cutaneous leishmaniasis among soldiers in Belém, Pará State, Brazil, caused by *Leishmania (Viannia) lindenbergi* n. sp. A new leishmanial parasite of man in the Amazon region. *Parasite* 9: 43-50, 2002.
31. Teixeira ARL. *Doença de Chagas e outras doenças por tripanossomos*. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1987.
32. Vale EC, Furtado T. Leishmaniose tegumentar no Brasil: revisão histórica da origem, expansão e etiologia. *An Bras Dermatol* 80: 421-428, 2005.