

# A PELAGRA EM PORTUGAL: ENTRE CARÊNCIA NUTRITIVA E INTOXICAÇÃO ALIMENTAR

TÂNIA FERREIRA\*

**Resumo:** *A melhoria das condições de vida nas últimas décadas, com reflexos numa alimentação mais diversificada e acessível às populações, permitiu erradicar algumas doenças originadas pela subnutrição, como é o caso da pelagra.*

*Afeção nutricional provocada por um défice de vitamina B3 (niacina), de graves complicações a nível dermatológico, gastrointestinal e mental, atingia sobretudo as populações mais desfavorecidas, cujo regime alimentar era baseado no consumo prolongado e quase exclusivo de milho, revestindo-se de um carácter endémico em diversos países europeus. Este artigo tem como objetivo realizar um enquadramento histórico e endemiológico do mal da rosa, e posteriormente avaliar os reflexos do conhecimento sobre a doença em Portugal no início do século XX.*

**Palavras-chave:** *Júlio de Matos; João de Meira; Pelagra; Endemia; Subnutrição; Portugal.*

**Abstract:** *The improvement in living conditions in recent decades, with reflections on a more diversified and accessible diet to the population, allowed to eradicate some diseases caused by malnutrition, as in the case of pellagra.*

*A nutritional disorder caused by a deficiency of vitamin B3 (niacin), with serious complications at the dermatological, gastrointestinal and mental level, affected mainly the most disadvantaged populations, whose diet was based on the prolonged and almost exclusive consumption of maize, with an endemic character in several European countries. This article aims to provide a historical and endemiological framework for the disease of the rose, and later to evaluate the effects of knowledge about the disease in Portugal at the beginning of the 20<sup>th</sup> century.*

**Keywords:** *Júlio de Matos; João de Meira; Pellagra; Endemic; Malnutrition; Portugal.*

## INTRODUÇÃO

O termo «vitamina» é fruto de uma revolução operada no início do século XX sobre a maneira de pensar as relações entre dieta alimentar e saúde, através da crescente compreensão de dois fenómenos: 1. as dietas são fontes de muitos nutrientes; 2. a ingestão insuficiente de nutrientes específicos é causadora de doenças<sup>1</sup>.

As vitaminas, componentes indispensáveis ao nosso organismo, que não consegue fazer a sua síntese, sem qualquer valor energético e que entram na alimentação em pequenas quantidades, serão progressivamente isoladas, identificadas e sintetizadas a partir de 1920<sup>2</sup>.

A pelagra, resultado da carência de vitamina B3 (niacina), insere-se num conjunto de doenças decorrentes de um regime alimentar deficitário em determinados componentes vitamínicos, que atingiram grupos muito específicos de

---

\* Investigadora colaboradora, Grupo de Populações e Saúde, CITCEM, Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Email: up201109607@up.pt.

<sup>1</sup> COMBS JR., McCLUNG, 2017: 3-4.

<sup>2</sup> SINDING, 2004: 1211-1212.

população. Como foi o caso do escorbuto, predominante entre os marinheiros, resultante da carência de vitamina C; o beribéri, predominante em populações asiáticas cujo regime alimentar era baseado no arroz polido, consequência da carência de vitamina B1; o raquitismo, conhecido também como a «doença inglesa», que representou um verdadeiro flagelo em Inglaterra no século XIX, fruto da carência de vitamina D; ou ainda a cegueira noturna, doença caracterizada pela incapacidade de ver em níveis baixos de luminosidade, resultante da carência de vitamina A<sup>3</sup>.

Ainda há poucas décadas, a pelagra continuava a ser um problema entre comunidades mais desfavorecidas ou dependentes de ajuda alimentar internacional. De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde de 2000, mais de 22 000 casos de pelagra foram identificados entre 900 000 refugiados moçambicanos no sul do Malawi desde 1989, assim como entre refugiados do Zimbabué (1988-89), Suazilândia (1989), Zaire (1989), Angola e Nepal (1994)<sup>4</sup>.

Mais recentemente, a pelagra ressurgiu em Moçambique, particularmente nas províncias de Sofala e Manica, depois de o ciclone Idai, em março de 2019, ter destruído milhares de hectares agrícolas que eram a base da alimentação das populações<sup>5</sup>.

O ponto de partida para o presente estudo foi a dissertação inaugural de João de Meira sobre *O Concelho de Guimarães (Estudo de Demografia e Nosografia)*, apresentada à Escola Médico-Cirúrgica do Porto em 1907, na qual o autor denunciava a pelagra como uma das doenças «mais espalhadas no concelho de Guimarães»<sup>6</sup>. Neste âmbito, com o objetivo de compreender o entendimento que havia sobre a doença em Portugal nos inícios do século XX, fizemos o levantamento das notícias sobre pelagra na imprensa local vimaranense e imprensa médica, e analisámos as dissertações inaugurais apresentadas à supracitada escola de medicina que trataram o tema, bem como monografias médicas que sobre o assunto consagraram capítulos específicos.

## 1. O MAL DA ROSA EM PORTUGAL

O termo «pelagra», do italiano *pelle* (pele) + *agra* (áspero), surge pela primeira vez em 1771 na obra *Animadversiones in morbum vulgo pellagram*, de Francesco Frapoli, médico do Hospital Maior de Milão<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> COMBS JR., McCLUNG, 2017: 9-11.

<sup>4</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000: 1-2.

<sup>5</sup> Notícia disponível em <<https://observador.pt/2020/02/02/desnutricao-provocada-pelo-ciclone-idai-faz-reapercer-pelagra-em-mocambique/>>.

<sup>6</sup> MEIRA, 1907: 142.

<sup>7</sup> GARCÍA GUERRA, ÁLVAREZ ANTUÑA, 1991: 199.

Desde que foi observada pelo médico espanhol Gaspar Casal em 1762, na sua *História Natural e Médica do Principado das Astúrias*, que a etiologia da pelagra suscitou grandes controvérsias. Uns defenderam que a doença tinha como causa principal uma carência nutritiva resultado da monoalimentação à base de milho; outros, por sua vez, que a origem da pelagra estava numa intoxicação, consequência da ação de um vírus que tornava o milho «avariado» ou «estragado», teoria dominante até inícios do século XX.

Em Portugal, conhecida entre o povo do Minho pelo nome de «figadal» ou «acrimónia do sangue»<sup>8</sup>, a pelagra foi motivo de interesse para diversos autores.

Destacamos nomes como os de Alfredo de Magalhães, Sousa Júnior, Miguel Bombarda e Costa da Maia, que terá observado os primeiros doentes com pelagra em Vila do Conde, e que deixaram importantes contribuições para o conhecimento da doença em Portugal na imprensa médica de inícios do século XX, como a *Medicina Contemporânea* e o *Porto Médico*.

As dissertações inaugurais apresentadas à Escola Médico-Cirúrgica do Porto constituem outro núcleo importante de informação sobre a doença. Ao todo, entre 1905 e 1927, foram publicadas cinco dissertações sobre o tema nesta escola médica. Entre estes trabalhos, além do de João de Meira, destacamos o de António Pereira da Silva, que em 1905 apresentou a dissertação *A pelagra. Subsídio para o estudo da endemia pelagrosa em Portugal*, trabalho motivado pelos professores Alfredo de Magalhães e Sousa Júnior<sup>9</sup>.

Destacamos ainda o contributo de Júlio de Matos, um dos nomes mais importantes da psiquiatria em Portugal, que em 1911, na sua obra *Elementos de Psiquiatria*, sintetiza, no grupo das Psicoses Tóxicas, aqueles que eram os conhecimentos sobre a etiologia, sintomatologia e terapêutica da doença.

Será em 1922, na tese de doutoramento de Francisco Manuel da Fonseca e Castro, apresentada à Faculdade de Medicina do Porto, intitulada *Casos de Pelagra (Observações de Clínica Médica)*, que encontramos o primeiro sinal de mudança naquela que era a compreensão etiológica da doença. Trabalho contemporâneo das recentes descobertas na área da nutrição, defende que, tal como o beribéri e o escorbuto, a pelagra era nesse momento considerada como uma «afeção de origem puramente alimentar»<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> MEIRA, 1904a.

<sup>9</sup> SILVA, 1905: 17.

<sup>10</sup> CASTRO, 1922: 66-67.

## 2. SOBRE A IMPORTÂNCIA DA NIACINA OU VITAMINA B3

A vitamina cuja carência conduz à pelagra é a niacina ou vitamina B3 (também denominada de PP, *Pellagra Preventis*). Componente dominante de dois nucleótidos coenzimáticos — NAD (nicotinamida adenina dinucleótido) e NADP (nicotinamida adenina dinucleótido fosfato)<sup>11</sup> —, assiste e acelera mais de 200 funções metabólicas responsáveis por processos de oxidação e respiração celular, libertação de energia e normal funcionamento do metabolismo de hidratos de carbono, gorduras e proteínas. De igual modo, é indispensável para o processo de síntese das hormonas sexuais — estrogénio, progesterona e testosterona —, assim como para a produção de cortisol, tiroxina e insulina.

A vitamina B3 pode não ser considerada essencial num regime alimentar uma vez que é produzida, em parte, pelo aminoácido triptofano. No entanto, este caminho metabólico — conversão de triptofano em niacina — fica comprometido em condições de deficiência de vitamina B6, zinco e ferro no organismo, tal como explica Monica Ginnaio<sup>12</sup>.

Precisamente, o milho contém taxas particularmente baixas de triptofano<sup>13</sup>, aminoácido indispensável ao organismo que rege o apetite, a sexualidade, o humor e o sono. O triptofano é ainda um precursor da serotonina, neurotransmissor cuja deficiência conduz a problemas como a depressão e a ansiedade. Com efeito, as perturbações neuropsiquiátricas derivadas da pelagra são devidas a baixas taxas de serotonina<sup>14</sup>.

As grandes fontes de niacina encontram-se na carne — frango, peru, vaca —, no peixe — arenque, bacalhau, atum —, nos cereais — trigo e cevada —, nos cogumelos, e também nos frutos secos, como as nozes e principalmente os amendoins. Por sua vez, é nos vegetais — espargos, brócolos, couves, milho, batatas, etc. — e nas frutas — maçã, laranja, pêssego, etc. — que encontramos os mais baixos níveis de niacina<sup>15</sup>.

## 3. A DOENÇA DOS 3 D — SINTOMATOLOGIA

Após alguns meses num regime alimentar deficitário em triptofano e vitamina B3, o organismo tenta restabelecer as perdas vitamínicas recorrendo às áreas de armazenamento. Completada esta fase, que pode durar meses, têm início as alterações na atividade enzimática e os sinais de carência tornam-se visíveis<sup>16</sup>.

---

<sup>11</sup> COMBS JR., McCLUNG, 2017: 332.

<sup>12</sup> GINNAIO, 2011: 676.

<sup>13</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000: 10.

<sup>14</sup> GINNAIO, 2011: 676.

<sup>15</sup> COMBS JR., McCLUNG, 2017: 334.

<sup>16</sup> Segundo Monica Ginnaio, a pelagra desenvolve-se normalmente em quatro etapas distintas, ao nível dermatológico, gastrointestinal, neurológico e psiquiátrico. GINNAIO, 2011: 676.

Conhecida como a doença dos 3 D<sup>17</sup>, correspondente às fases da doença — dermatose, diarreia, demência —, a pelagra é uma doença de evolução lenta, agravando-se progressivamente.

Todos os anos, por altura da primavera, no recomeço dos trabalhos agrícolas, surgia aquele que é o primeiro e mais visível sintoma da pelagra: a lesão dermatológica. A pele destes doentes, sendo anormalmente sensível aos raios solares, processo chamado de fotosensibilização<sup>18</sup>, favorecia o aparecimento de eritemas, edemas e vermelhidão. Nas palavras de Gaspar Casal, só era identificado o *mal da rosa* (pelagra) quando as lesões surgiam claramente nos metacarpos e nos metatarsos, tal como podemos ver na Figura 1<sup>19</sup>.

Esta primeira etapa da doença, de duração variável e de reincidência anual, caracteriza-se por um eritema semelhante a uma queimadura solar, que afetava as zonas do corpo mais expostas ao sol, formando uma clara delimitação entre a derme exposta e a resguardada deste elemento natural.

Neste âmbito, as lesões dermatológicas da pelagra tornavam-se visíveis na zona do pescoço e parte superior do tórax, formando aquilo que é conhecido como o «colar de Casal», lesão perfeitamente demarcada pelo formato da gola da camisola, como podemos visualizar nas Figuras 2 e 3; no dorso das mãos, antebraços, até ao limite das mangas, conhecido pelas «luvas da pelagra», como podemos ver na Figura 4; pés e pernas, até ao limite das calças ou saias; e ainda lesões na testa, nariz e bochechas, em formato de «borboleta» (Figura 4)<sup>20</sup>.

Estas lesões eram acompanhadas por sensações de calor, «cozedura» e comichão. A mancha vermelha inicial adquiria fissuras e crostas que acabavam por cair. Após inúmeras reincidências anuais, a pele tornava-se fina, atrofiada, pigmentada, cobrindo-se de escamas, dando lugar ao processo de descamação da epiderme.



**Fig. 1.** Colar de Casal, lesões nos metacarpos e metatarsos. [Título atribuído pela autora]

Fonte: CASAL, 1762: 364 (gravura)

17 Para os anglo-saxónicos a pelagra é a doença dos 4 D. Além dos 3 D, acrescentam um quarto, a morte (*death*).

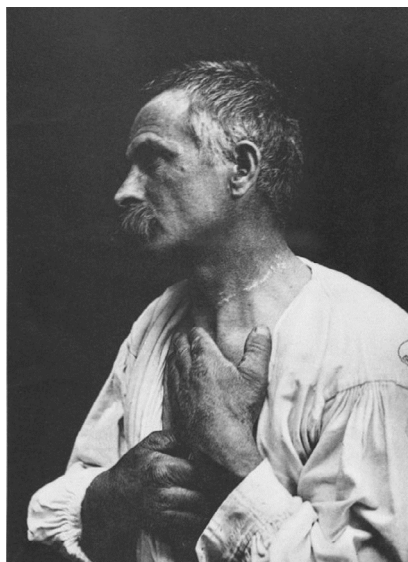
18 COMBS JR., McCLUNG, 2017: 343.

19 LÓPEZ PIÑERO, 2006: 413.

20 WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000: 4-5.



**Fig. 2.** Masque pellagreu et collier de Casal  
Fonte: MERK, 1911: Planche X. Photogravure



**Fig. 3.** Derniers vestiges du collier de Casal  
Fonte: MERK, 1911: Planche XV. Photogravure



**Fig. 4.** Masque pellagreu et pellagre du dos des mains  
Fonte: MERK, 1911: Planche X. Photogravure

A segunda etapa da doença, que muitas vezes coexistia com a anterior, tem a ver com perturbações de ordem gastrointestinal. Todo o aparelho digestivo era afetado, desde a boca ao intestino. Alterações na mucosa bucal, gengivas inchadas, vermelhas e sangrentas, língua vermelha e inchada. Anorexia, vômitos, diarreia aquosa e por vezes sanguinolenta, estomatites, gastrite crónica eram as manifestações mais características.

Os doentes falavam ainda de uma «sensação de ardor no estômago, no esófago e na boca», uma «sede inextinguível», sensação de ardor comparável a uma queimadura<sup>21</sup>. Esta sensação, que se estendia a todo o corpo, era de tal maneira insuportável aos pelagrosos, que se diziam «queimados», que seria recorrente atirarem-se a cursos de água, não raras vezes encontrando aí a morte. Júlio de Matos sugere que muitos destes acidentes, considerados outrora como suicídios por afogamento de motivações melancólicas, eram de momento considerados como uma morte acidental «tão própria da pelagra», motivados precisamente por esta «intolerável sensação de calor»<sup>22</sup>.

João de Meira, num artigo publicado no «Independente», também faz referência a esta insuportável impressão de queimadura e ao facto de muitos doentes se atirarem à água na tentativa de encontrarem alívio para esta sensação dolorosa:

*E sobre todo o quadro, dominando todos os sintomas, há o calor, feroz, inclemente, estonteante que arrasta o doente a um tanque a uma poça, a um rio, a qualquer pontos enfim, onde haja água que o refrigere e que para todo o sempre lhe termine os sofrimentos, terminando-lhe a vida*<sup>23</sup>.

A terceira etapa da doença é caracterizada por perturbações neurológicas, acompanhadas por um enfraquecimento físico e psicológico geral. O doente queixava-se de dores, câibras, «cansaço» nos membros inferiores, perturbações na marcha, formigueiros, tremores, perda de sensibilidade nas extremidades do corpo, dores de cabeça e vertigens. Júlio de Matos referia-se à vertigem como um dos sintomas constantes da pelagra, acompanhada de «zumbidos auriculares», «fraqueza da vista», «sensação de deslocamento dos objetos», «cefaleia ou peso de cabeça» que dava «frequentemente lugar a quedas para diante»<sup>24</sup>.

Segundo Monica Ginnaio, de acordo com as fichas de admissão do hospital psiquiátrico de Ferrara (província italiana) no século XIX, os pacientes com perturbações neurológicas e psiquiátricas mais graves eram pelagrosos<sup>25</sup>.

O último período da doença, que evoluía rapidamente até à morte, era caracterizado por perturbações de ordem psiquiátrica: alucinações, quadros melancólicos bastantes pronunciados, mutismo, ideias de perseguição, autoacusação, ansiedade, delírios variados e estupor. A loucura pelagrosa podia alternar-se assim entre fases depressivas — mutismo absoluto, crises de choro, depressão e torpor intelectual — e fases de grande ansiedade e angústia — delírios histéricos,

---

<sup>21</sup> MATOS, 1911: 230.

<sup>22</sup> MATOS, 1911: 231.

<sup>23</sup> MEIRA, 1904a.

<sup>24</sup> MATOS, 1911: 232.

<sup>25</sup> GINNAIO, 2011: 677.

crises obsessivas e maníacas, tendência ao suicídio e homicídio<sup>26</sup>. Irritabilidade, desorientação, cansaço, apatia, falta de memória e estado de confusão mental prevaleciam também neste estágio da doença.

Lê-se a propósito, num artigo publicado no «Independente», que muitos doentes do concelho de Guimarães e arredores, «homens do campo [...] atacados de loucura, cuja causa era a pelagra», davam entrada no Hospital de Rilhãfoles, em Lisboa, para tratamento<sup>27</sup>.

#### 4. PELAGRA, O MAL DA MISÉRIA

Foi o médico espanhol Gaspar Casal quem, na sua obra *História Natural e Médica do Principado das Astúrias*, de 1762, pôs em relevo pela primeira vez dois aspetos centrais que marcariam para sempre os estudos sobre a pelagra: havia uma distribuição social muito específica da doença — a grande maioria dos doentes eram pobres agricultores — e o seu principal alimento era o milho. Será ele o primeiro a salientar a dependência nutricional deste alimento entre os pobres camponeses asturianos e a sugerir uma relação entre a doença e a nutrição, ou seja, uma etiologia carencial da pelagra. A discussão em torno do papel etiológico do consumo de milho, que marcará todo o século XIX, teve aqui o seu início<sup>28</sup>.

O debate em torno da etiologia da pelagra estender-se-ia também à globalidade das condições de vida dos camponeses, que diretamente refletiam a escassez ou inacessibilidade aos alimentos. Esta «preferência» social da doença levou a que muitos autores qualificassem a pelagra de *mal da miséria*, já que a enfermidade surgia sempre associada à pobreza<sup>29</sup>. Também os trabalhos portugueses sobre a pelagra, observada sobretudo na região do Minho, puseram em evidência a estreita relação que se verificava entre as más condições de vida e de alimentação dos camponeses, principais vítimas do flagelo, e a doença.

Num artigo publicado no «Independente», João de Meira qualificava a pelagra como a «companheira imprescindível da péssima alimentação»<sup>30</sup>. Não seria por acaso que o *mal da miséria* vegetava no Minho já que, segundo o autor, era a região do país onde as condições de vida eram mais difíceis e onde a pobreza extrema fazia sobressair aquele que era o «desgraçado viver da população minhota». Em relação à alimentação do camponês, centrada sobretudo no consumo de milho, esta reduzia-se a um «naco de broa e uma tigela de caldo de couves mal adubado».

---

<sup>26</sup> GINNAIO, 2011: 678.

<sup>27</sup> *Doutor Avelino Germano*, 1905: 2.

<sup>28</sup> GARCÍA GUERRA, ÁLVAREZ ANTUÑA, 1993: 211-212.

<sup>29</sup> GARCÍA GUERRA, ÁLVAREZ ANTUÑA, 1991: 200.

<sup>30</sup> MEIRA, 1904a.

O peixe, como a sardinha, era uma «iguaria que raros se permitem raras vezes», assim como a carne, consumida somente em dias de festa<sup>31</sup>.

Com efeito, através de observações clínicas realizadas a doentes com pelagra em 1904, nesta região, notamos a estreita relação entre pobreza e doença, por meio da caracterização socioprofissional dos doentes e daquilo que constituía a base da sua alimentação. Observações que, além disso, constituem o testemunho da infeliz reprodução intergeracional de quadros de miséria, privação e doença em Portugal no início do século XX. Neste âmbito, são comuns as referências a episódios de fome, bem como à transmissão social da pobreza e da doença, já que grande parte dos doentes apontava que tinham ou tiveram familiares com pelagra.

Como é o caso de Maria Quitéria Braga, 47 anos, viúva, jornaleira, natural da freguesia de Louredo, concelho de Póvoa de Lanhoso. «Os pais foram pelagrosos, morrendo ambos num estado de demência. Tem uma irmã atacada da pelagra. Tem 3 filhas, por nós também observadas, atacadas da mesma doença»<sup>32</sup>. Manuel José da Silva, 60 anos, pedreiro, natural da freguesia de São Torcato em Guimarães. O pai já tinha falecido de pelagra e a filha padecia da mesma doença. Em relação à alimentação, anota-se: «As suas refeições são invariavelmente de caldo, pão de milho e raras vezes sardinhas e bacalhau»<sup>33</sup>.

## 5. A CONTROVERSA ETIOLOGIA DA PELAGRA NO SÉCULO XIX

Embora fosse indiscutível a peculiar distribuição social da pelagra, assim como o meio de carência e miséria generalizada que a envolvia, e ainda que estivesse assente que na origem da patologia estava o consumo de milho, esta relação de causa-efeito (pobreza-monoalimentação-pelagra) foi interpretada de diferentes maneiras.

Neste âmbito, surgem, no século XIX, duas grandes teorias explicativas da etiologia da doença. Por um lado, a teoria *carencialista*, que atribuía à monoalimentação baseada no consumo de milho a principal responsável pelo *mal da miséria*, sugerindo que daqui resultava uma carência nutricional, que, todavia, ainda não se sabia precisar.

Objções várias como aquelas que defendiam haver populações que consumiam milho com regularidade sem que daí resultasse pelagra, ou então que a doença teria surgido há pouco tempo em zonas onde o consumo de milho era antigo, conduziriam à seguinte conclusão: o milho, em condições normais, sadias,

---

<sup>31</sup> MEIRA, 1904b.

<sup>32</sup> SILVA, 1905: 36.

<sup>33</sup> SILVA, 1905: 81-82.

não constituía qualquer perigo para a saúde, portanto, teria de existir uma alteração mórbida que deteriorava a qualidade do cereal para que a doença surgisse.

Assim nasce a outra teoria explicativa das causas da pelagra que dá pelo nome de teoria *toxicozeísta* ou *fitoparasitária*, que é a que vai prevalecer até aos inícios do século XX. Segundo esta doutrina etiológica, não seria o milho em si que originava a pelagra, mas sim um parasita, um fungo, que envenenava e estragava o cereal. O dito parasita chegaria mesmo a ser classificado cientificamente de *Sporisorium maidis*<sup>34</sup>. Para os partidários desta doutrina, as deficientes condições de higiene que presidiam à cultura do milho, desde a sua colheita até ao transporte e armazenamento, estariam na origem da «avaria» do grão e, consequentemente, na origem da doença.

## 6. REFLEXOS DA TEORIA *TOXICOZEÍSTA* EM PORTUGAL

Em Portugal, foi também a doutrina *toxicozeísta* ou *fitoparasitária* que predominou no que diz respeito à etiologia da pelagra. Neste âmbito, as considerações sobre o assunto convergiram para a denúncia dos processos responsáveis pela «avaria» do milho, essencialmente relacionados com a falta de higiene no tratamento do cereal, e até para a denúncia de pessoas cuja ação seria responsável pela difusão da doença.

Num artigo publicado no «Comércio de Guimarães», João de Meira apontava o «moderno farinheiro» como o principal responsável pela propagação da pelagra no concelho vimaranense, por estar a disseminar um «terrível veneno» entre a população. Com efeito, o farinheiro estaria a usar milho de má qualidade no processo de moagem, do qual resultava o «milho de saibo ou milho de mau sabor», que seria precisamente aquele que continha o *Sporisorium maidis*, o bolor responsável pelo aparecimento da pelagra. Segundo o autor, seriam os mais pobres as principais vítimas desta intoxicação, já que o lavrador remediado, que tinha moinho próprio, ou o proprietário que colhia dos seus próprios campos «milho limpo e bem seco, isento de moléstias e impurezas», continuaria seguro de que «se estava alimentando e não envenenando». Neste âmbito, João de Meira lançava um alerta à população para que não se alimentasse deste «pão de mau sabor», um «terrível veneno de que morrem por ano dúzias e dúzias de desgraçados»<sup>35</sup>.

É também esta teoria que o psiquiatra Júlio de Matos reflete nos seus estudos sobre a doença em *Elementos de Psiquiatria*, de 1911. O autor defende muito

---

<sup>34</sup> GARCÍA GUERRA, ÁLVAREZ ANTUÑA, 1993: 20.

<sup>35</sup> MEIRA, 1904c.

claramente que a pelagra era uma «doença tóxica [...] devido à ingestão de milho avariado»<sup>36</sup>. Como tal, insere o estudo sobre a pelagra no grupo das Psicoses Tóxicas, ao lado de outras intoxicações provocadas pelo álcool, morfina, cocaína e chumbo.

Observada sobretudo nas classes mais pobres, nomeadamente a agrícola, cujo principal alimento era o «pão amarelo», a causa desta intoxicação estava no «uso do pão feito com milho húmido ou incompletamente amadurecido». Convicção sustentada nos trabalhos experimentais do antropólogo e criminologista Cesare Lombroso, principal promotor da teoria *toxicozeísta*<sup>37</sup>, que tinha estabelecido «definitivamente este dado etiológico»<sup>38</sup>.

Segundo o psiquiatra, a pelagra em Portugal estava confinada a algumas regiões do Minho, e não constituía um flagelo como em Espanha ou Itália. A prova disso estaria na escassez de casos de psicose pelagrosa no Hospital de Alienados do Conde de Ferreira do Porto, instituição que o psiquiatra dirigiu por quase 30 anos, e que assistia, nas suas palavras, precisamente as regiões do país onde se fazia um consumo habitual de milho, quer em pão, a chamada broa, quer em papas. A razão que Júlio de Matos aponta para a fraca prevalência de psicose pelagrosa no manicómio que dirigia prendia-se com a qualidade do grão utilizado na alimentação, que era «colhido em boas condições de maturação, bem arejado depois nas eiras e espigueiros, e conservado seco nos celeiros dos vendedores»<sup>39</sup>.

O que também estaria «definitivamente conquistado para a ciência» era que o milho são, seria incapaz de originar a pelagra. Demonstrava isto «irrecusavelmente» a realidade de países como o México ou a Irlanda, onde a pelagra era uma doença desconhecida apesar de haver um consumo generalizado de milho<sup>40</sup>.

## 7. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA PELAGRA

A prevenção e o tratamento da pelagra em Portugal nos inícios do século XX assentaram sobretudo na defesa de medidas profiláticas, no sentido de impedir o consumo de «milho avariado», hospedeiro do suposto parasita que originava a pelagra, como seria de esperar tendo em conta a compreensão etiológica da doença.

Neste sentido, aludiam artigos de imprensa, como este que alertava a população para a venda desse milho contaminado (Figura 5), e outros, como o de João de Meira, que lamentava o facto de em Portugal os pelagrosos morrerem ao abandono, sem que as autoridades nada fizessem para combater a doença, ao contrário

---

<sup>36</sup> MATOS, 1911: 228.

<sup>37</sup> GARCÍA GUERRA, ÁLVAREZ ANTUÑA, 1993: 20-21.

<sup>38</sup> MATOS, 1911: 228.

<sup>39</sup> MATOS, 1911: 229.

<sup>40</sup> MATOS, 1911: 230.

do que acontecia noutros países europeus. Como era o caso de França, que graças aos «progressos da higiene» tinha conseguido reduzir a pelagra no país para mínimos históricos. Também Itália, graças aos «fornos de Tadoli, destinados a secar o milho e destruir o *Sporisorium maidis*, espécie de bolor produtor da doença», estaria a conseguir reduzir uma moléstia que até há pouco tempo endemizava o país<sup>41</sup>.



**Fig. 5.** Jornal «Independente», 7 ago. 1904: 2

Fonte: Jornal «Independente»

Na mesma linha vai um artigo publicado por Miguel Bombarda na *Medicina Contemporânea*, a respeito do exemplo que eram determinadas medidas legislativas que em Itália seriam responsáveis pelo decréscimo da pelagra. Com destaque para medidas que impunham a vigilância e o exame da qualidade do milho importado, vendido e consumido<sup>42</sup>.

O tratamento «curativo» da pelagra, segundo Júlio de Matos, passava por «eliminar o milho suspeito da alimentação» do doente, dar-lhe uma «dieta generosa», a desinfeção do tubo digestivo e a administração de tónicos. Mas o principal meio de combate da doença assentava na profilaxia, uma vez que a causa da pelagra estava «determinada com o máximo rigor», e, por isso, a sua existência era «uma vergonha» onde quer que continuasse a persistir<sup>43</sup>.

## CONCLUSÃO

A etiologia tóxica da pelagra permaneceu como um dogma até pelo menos aos anos 30 do século XX. Altura em que foi descoberta pelo médico americano Joseph Goldberger a real causa da pelagra: não uma doença tóxica, mas sim uma

<sup>41</sup> MEIRA, 1904a.

<sup>42</sup> BOMBARDA, 1905.

<sup>43</sup> MATOS, 1911: 239.

deficiência nutricional ligada a uma carência de vitamina B3 no organismo, tal como os partidários da corrente *carencialista* tinham pressentido há muito.

No entanto, como vimos, foi a etiologia tóxica da pelagra que dominou o entendimento sobre a doença, e essencialmente por duas razões: esta ideia sintonzava perfeitamente com aquela que era o pensamento etiológico dominante da época, apoiado no sucesso da toxicologia, nos métodos experimentais, e na afirmação da microbiologia médica, cujo objetivo passava por isolar o suposto «veneno» responsável pela doença.

O entendimento incorreto sobre a etiologia da pelagra acabou assim por determinar e atrasar as respostas de combate à doença: mais centradas na extinção do suposto parasita que estragava o milho e originaria a doença ao invés de melhorar as condições de vida e de alimentação das populações.

Sabemos hoje que, se a pelagra era efetivamente desconhecida nas Américas, onde historicamente se fazia um largo consumo deste cereal em tortilhas e em papas, realidade que enganou muitos *toxicozeístas*, como Júlio de Matos, que desta observação concluíram que o milho por si só era incapaz de produzir a doença, tal se devia a uma prática da cozinha centro-americana na preparação deste alimento. Com efeito, a tradição destes povos de imergir e cozinhar o milho em água de cal, processo chamado de nixtamalização, melhorava o valor nutritivo do alimento, além de facilitar a moagem e melhorar o sabor, tradição que protegeu esta população contra a pelagra<sup>44</sup>.

## FONTES E BIBLIOGRAFIA

### FONTES HEMEROGRÁFICAS

- BOMBARDA, M. (1905). *Pellagra na Itália*. «A Medicina Contemporanea». Ano XXIII. 39 (24 set. 1905) 309-310.
- DOUTOR Avelino Germano. «Independente». Ano IV. 180 (7 mai. 1905) 2. Disponível em <<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/apresentacao/>>.
- MEIRA, J. d. (1904a). *Pellagra I*. «Independente». Ano III. 139 (24 jul. 1904) 1. Disponível em <<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/apresentacao/>>.
- MEIRA, J. d. (1904b). *Pellagra II*. «Independente». Ano III. 140 (31 jul. 1904) 1. Disponível em <<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/apresentacao/>>.
- MEIRA, J. d. (1904c). *Acêrca da Pellagra. Os farinheiros*. «O Comércio de Guimarães». Ano XXI. 1890 (29 jul. 1904) 2. Disponível em <<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/apresentacao/>>.
- MILHO Avariado. «Independente». Ano III. 141 (7 ago. 1904) 2. Disponível em <<https://www.csarmento.uminho.pt/hemeroteca/apresentacao/>>.

---

<sup>44</sup> COMBS JR., McCLUNG, 2017: 332-333.

## BIBLIOGRAFIA

- CASAL, G. (1762). *Historia natural, y medica de el Principado de Asturias. Obra posthuma, que escribió el Doct. D. Gapar Casál [...] la saca a luz el Doct. Juan Joseph Garcia [...]*. Madrid: Oficina de Manuel Martin.
- CASTRO, F. M. d. F. (1922). *Casos de Pelagra (Observações de Clínica Médica)*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. Tese de doutoramento.
- COMBS JR., Gerald F.; McCLUNG, James P. (2017). *The Vitamins. Fundamental Aspects in Nutrition and Health*. 5.<sup>a</sup> ed. Amsterdam: Elsevier.
- GARCÍA GUERRA, D.; ÁLVAREZ ANTUÑA, V. (1991). *Del «mal de la rosa» a la «enfermedad de la miseria»: la etiología social de la pelagra en la bibliografía médica asturiana de los siglos XVIII y XIX*. «Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam». 11, 197-238.
- GARCÍA GUERRA, D.; ÁLVAREZ ANTUÑA, V. (1993). *Lepra asturiensis: La contribución asturiana en la historia de la pelagra, siglos XVIII y XIX*. Oviedo: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- GINNAIO, M. (2011). *La pellagre en Italie à la fin du XIXe siècle: les effets d'une maladie de carence*. «Population». 66:3-4, 671-698.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M. (2006). *Gaspar Casal: Descripción Ecológica de la Pelagra, Primera Enfermedad Carencial*. «Revista Española de Salud Pública». 80:4, 411-415.
- MATOS, J. d. (1911). *Elementos de Psiquiatria*. Porto: Lello & Irmãos.
- MEIRA, J. d. (1907). *O concelho de Guimarães. Estudo de demografia e nosografia*. Porto: Typographia a Vapor da Empresa Guedes. Dissertação Inaugural.
- MERK, L. (1911). *Les Manifestations cutanées de la pellagre*. Innsbruck: Wagner.
- SILVA, A. J. P. d. (1905). *A pelagra. Subsídio para o estudo da endemia pelagrosa em Portugal*. Porto: Typographia do Porto Médico. Dissertação Inaugural.
- SINDING, C. (2004). *Vitamine*. In LECOURT, Dominique et al., dir. *Dictionnaire de la pensée médicale*. Paris: Presses Universitaires de France, pp. 1211-1214.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). *Pellagra and its prevention and control in major emergencies*. [Consult. 02 fev. 2021]. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66704/1/WHO\\_NHD\\_00.10.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66704/1/WHO_NHD_00.10.pdf)>.