

FERNANDO DA SILVA CORREIA

Inspector da Saúde escolar

ALGUNS ASPECTOS
DO PROBLEMA DO CANCRO EM PORTUGAL

SEPARATA DO «PORTUGAL MÉDICO»

N.ºs 12 DE 1938 E 3 DE 1939

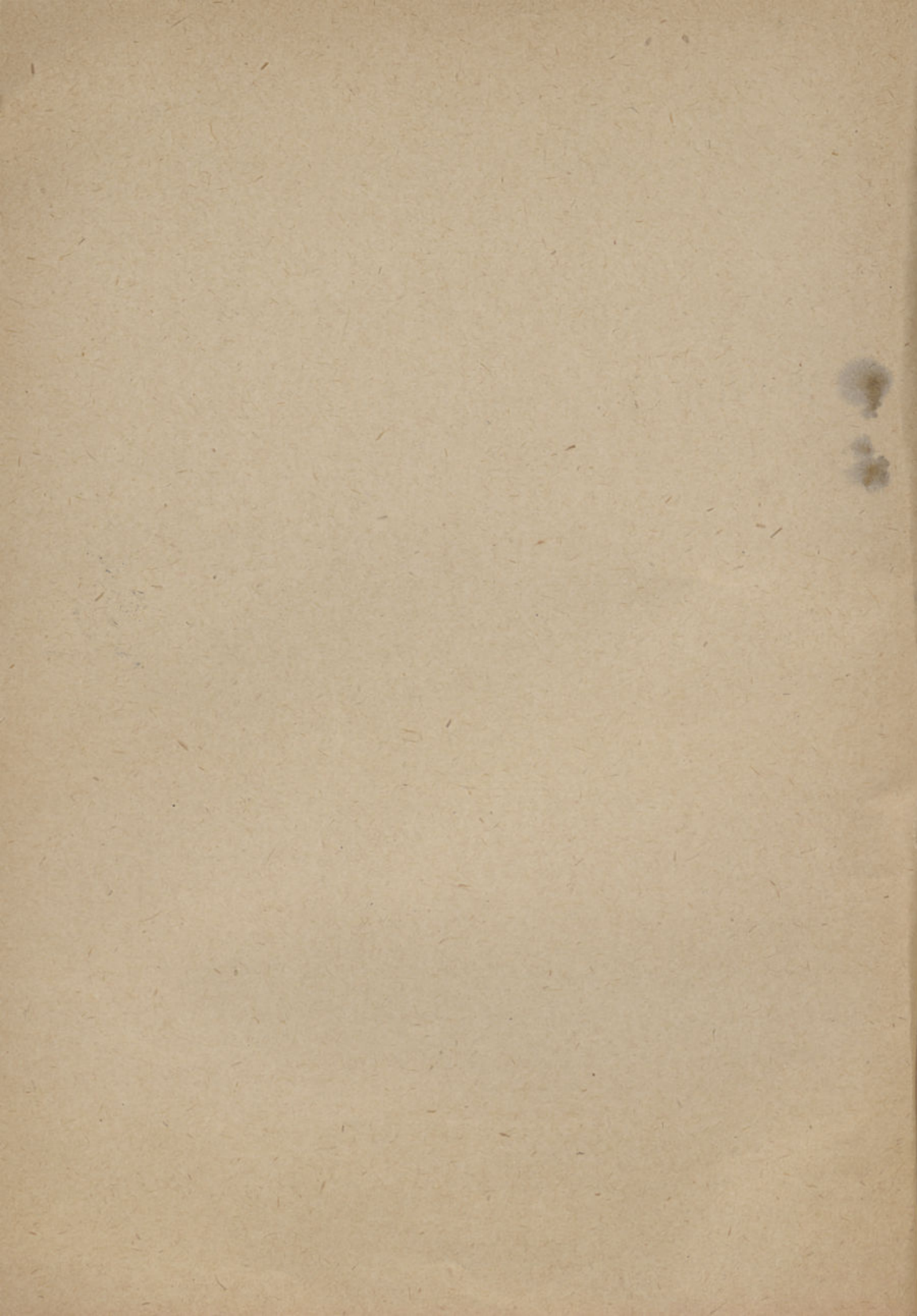
P Ô R T O

Tipografia da «Enciclopédia Portuguesa», L.ª
Redacção e Administração do «PORTUGAL MÉDICO»

47, Rua Cândido dos Reis, 49

1939

RC
MNCT
616
COR



História clínica dum neoplasma ⁽¹⁾

J. A., de 40 anos, natural de F. (Nazaré), filho de trabalhadores rurais, empregado na empresa X, feriu-se em 27 de Julho de 1936 com uma lasca de madeira creosotada, na palma da mão esquerda (região hipotenar), correspondendo ao 4.º espaço intermetacárpico.

O ferimento teria 1 centímetro de comprimento e bordos irregulares, não podendo precisar-se-lhe a profundidade mas parecendo pequena, pela sondagem prudente feita na previsão de ter ficado lá alguma pequena lasca de madeira, do que não se mostrou o menor vestígio. A creosotagem da madeira não era recente.

Foi-lhe feito curativo pelos processos correntes, tendo a ferida supurada e apresentando excepcional resistência à cicatrização, apesar de todos os cuidados.

Só em 15 de Setembro teve alta, 49 dias após o desastre. Dois dias depois, ao recomeçar o trabalho, começou a edemaciarse a mão, não na região ferida, mas na face dorsal, correspondendo ao 4.º espaço intermetacárpico, não sendo o edema acompanhado de rubôr nem calor local apreciável pelo tacto, embora doloroso.

Fizeram-se aplicações de compressas quentes e de pomada de colargol, sem resultado.

Entretanto o doente apareceu com febre ligeira, oscilando entre 37,1 e 37,5.

Como o edema persistisse e aumentasse mesmo um tanto, receando que tivesse ficado na profundidade dos tecidos qualquer pequeno corpo estranho, arrastado pela lasca de madeira, aconselhei o doente a fazer-se radiografar. A radiografia, feita em 17 de Outubro pelo Dr. Bénard Guedes, nada revelou. Entretanto, enquanto esperava a resposta da radiografia, sentindo pela palpação um nódulo sub-cutâneo na região do edema, correspondendo, precisamente no dorso da mão, à da ferida que tivera tão lenta cicatrização na região hipotenar, resolvi fazer uma incisão.

(1) Da comunicação feita à Sociedade das ciências médicas em 8 de Março de 1938: *Alguns aspectos do problema do cancro em Portugal.*



RC
MNCI
616
COK

Encontrei uma formação duns 8 milímetros de comprimento por 2 de espessura, de superfície lisa, de côr branca nacarada, com a forma e dimensões duma grainha de uva.

Dentro de seis dias a incisão cicatrizava sem qualquer complicação, retomando o doente o seu serviço em 14 de Outubro.

Entretantò guardou-se o pequeno tumôr extraído, conservado em álcool, único líquido que na ocasião tínhamos à mão.

Em 11 de Fevereiro de 1937 o doente voltou a procurar-me na convalescença duma pneumonia, a seguir à qual lhe ficara uma febrícula, acompanhada de ligeiròs focos congestivos dispersos nos dois pulmões, e de bronquite.

A radiografia feita em 30 de Março pelo Dr. Bénard Guedes, após tratamento sintomático, nada revelou no campo pulmonar. A sombra da aorta entretanto, ligeiramente ectasiada, estava elevada até o nível da fúrcula esternal, havendo ligeiro aumento da sombra cardíaca, por acentuação da convexidade do arco ventricular esquerdo.

Como o estado geral do doente não melhorasse e em face dos resultados da radiografia, resolvi tirar-lhe sangue para reacção de Wassermann, que foi feita pelo Dr. Luís Figueira, com resultado fortemente positivo (++++), em 9 de Abril.

O doente ignorava ser sifilítico, admitindo ter-se sifilizado há uns 20 anos.

Feito o tratamento intensivo pelos compostos arsenicais e bismutados, melhorou, retomando as suas occupações.

Em 13 de Setembro volta à consulta, com edema doloroso de novo no dorso da mesma mão, consecutivo à escoriação dum calo na palma correspondente.

A palpação da região edemaciada nada revelava, tendo-se formado a uns 6 centímetros da cicatriz da incisão, para o lado do pulso, um pequeno abcesso que veio a supurar sem complicações.

Entretanto enviei o pequeno tumôr ao Prof. Dr. Geraldino Brites, pondo as hipóteses de formação lipomatosa, de grão riziforme tuberculoso, e de neoformação de origem parasitária vegetal. O resultado da análise feita em 14 de Outubro, foi o seguinte: «Formação pouco maior do que uma semente de linho, bem encapsulada por tecido fibroso. com secção de um ponto correspondente a um pedículo; na massa desta formação e em correspondência com êste pedículo há uma arteriola, uma vênula, capilares sanguíneos e linfáticos; a porção restante é formada de capilares sanguíneos, extremamente dilatados e turgidos, com aspecto angiomatoso. Parece tratar-se de um glomus angiomatoso».

Em 1 de Novembro o doente, que retomou o serviço a seguir à cicatrização do pequeno abcesso, voltava a ser obrigado a aban-

doná-lo por lhe aparecer mais uma vez o edema do dorso da mão. O repouso e um tratamento anti-sifilítico fizeram-lho desaparecer.

Desde então deixou de residir na área da minha clínica, não o tendo voltado a observar.

Por notícias recentes sei que de tempos a tempos sente «fôrmigueiros» na mão e nada mais.

*

Êste caso clínico presta-se evidentemente a muitas considerações. A tendência para se formarem edêmas no dorso da mão do doente, só observada a seguir ao ferimento feito com a lasca de madeira creosotada; a circunstância da creosota ser um derivado do alcatrão, substância cancerígena bem conhecida; o aparecimento dum neoplasma a seguir ao ferimento que levou tempo excepcional a cicatrizar; a circunstância de se tratar dum sifilítico nunca medicado, possivelmente contaminado 20 anos antes; tudo isto são circunstâncias a ponderar.

Haverá casos semelhantes registados? Tem sido notada a cicatrização lenta de ferimentos feitos com lascas de madeira creosotada?

Deverá classificar-se o glomus angiomaso dêste doente como doença consecutiva a acidente de trabalho?

Tudo isto são problemas que exigem estudo metódico, atento e meticoloso, fugindo a resoluções precipitadas, por mais tentadoras que sejam.

Um dos aspectos dêste estudo leva-nos a procurar averiguar se têm aparecido neoplasmas em operários ocupados nos trabalhos de alcatramento das estradas e se o número de cancro do pulmão tem aumentado a seguir a êsse alcatramento e às poeiras dêle resultantes, evitando, evidentemente, a causa de êrro proveniente da maior meticulosidade no estabelecimento do diagnóstico, principalmente verificada depois do impulso e explêndido incitamento partido do Instituto Português de Oncologia.

Impõe-se a análise metódica dos terrenos do País, para poder estabelecer, em particular, a distribuição da percentagem de sais de magnésia, com o possível rigor; impõe-se um inquérito geral às condições de cada região, atendendo à importância atribuída hoje em dia a cada causa de cancerização. Impõem-se estudos múltiplos impossíveis de fazer por agora, devido à falta de elementos. Como subsídio desprezencioso aqui deixamos algumas notas.

Importância do cancro na patologia portuguesa

OS HIGIENISTAS E O CANCRO

O problema do cancro interessa ao higienista em mais alto grau do que em geral se afirma. A concepção arcaica, infelizmente ainda tão corrente em Portugal, que limita o âmbito da Higiene aos capítulos referentes a saneamento, a desinfecção, a epidemiologia, a certos aspectos industriais, a um ou outro pormenor referente a higiene individual e a pouco mais; a transigência com a preguiça que levou a considerar-se o estudo da Higiene como supérfluo; a falta de estímulo, tradicional, da parte do Estado; a falta de cultura geral que a cada passo faz limitar o conceito de Higiene às normas banais do asseio, aliás tão reduzido; estas e muitas outras causas fazem que por via de regra, o problema do cancro, estudado tão conscienciosamente por clínicos, anatomo-patologistas, químicos biologists, patologistas, cirurgiões, radioterapeutas, etc., tenha merecido pouca atenção aos higienistas.

Ora o labor científico do *Instituto de Oncologia* merece colaborações, entre as quais se impõe a dos sanitaristas.

A Higiene e a Patologia Geral têm a cada passo de dar-se as mãos para a resolução de problemas, a tal ponto que mais de uma vez um trabalho sôbre Higiene se ocupa antes de Patologia Geral, no esmiuçar das causas, no discutir das patogenias, no destrinçar das várias hipóteses fisiopatológicas referentes a cada caso, de modo a preparar a acção sanitária racional e oportuna.

O campo da Medicina Preventiva exige como nenhum outro essa colaboração. O estudo do *meio ambiente*, a averiguação das formas de reacção individual às perturbações dêsse meio, a catalogação sintética das constituições e temperamentos, seguindo as mais modernas aquisições científicas, tudo tem de ser esmiuçado pelo patologista como pelo higienista.

O grau de morbidez referente a cada doença, a frequência, gravidade, extensão e virulência de cada uma delas, a acção hereditária, as características patológico-sociais, tudo tem de ser analisado por ambos, um para fazer o diagnóstico geral, outro para estabelecer prevenção ou terapêutica geral ou social.

Certas fronteiras herméticas a que levou a especialização sistemática, têm de ser transpostas a cada passo, quer por patologistas gerais quer por sanitaristas.

E' evidente a necessidade urgente de actualisar conceitos, de modernisar métodos, de pôr em dia as técnicas, para que a acção se desenvolva e não se limite a programas teóricos, complicados de artifícios bizantinos com que ainda por vezes se vê insistir em processos e atitudes arcaicas que umas vezes apenas revelam preguiça e rotina, mas noutras encobrem o propósito megalomano e estéril de *épater le bourgeois*.

Vem isto a propósito da necessidade de o problema do cancro dever merecer mais atenção aos higienistas do que em geral se vê e para justificar a publicação dum caso clínico de aparência banal.

*

Vejamos, depois de descrever em breves linhas êsse caso clínico a importância do problema do cancro em Portugal.

Não nos preocupêmos excessivamente com o rigor matemático, tão falível, do cálculo das probabilidades, tanto do agrado dos estatistas americanos e de que, como de tôdas as modas, há indícios evidentes de vir a abusar-se, aliás tardiamente.

Não dêmos excessiva importância aos dados fornecidos pelas estatísticas, falíveis em toda a parte, e especialmente num país, como o nosso, em que o fornecimento dos dados elementares é tão irregular por falta de disciplina mental.

Mas aproveitêmos os dados existentes, discutâmo-los à luz do bom senso, tão apreciado em última análise por todos os cultores da estatística matemática dignos dêsse nome e que não fazem do cálculo das probabilidades um dogma.

Analisemos, pois, os dados estatísticos portugueses.

A falta dos que permitam averiguar, mesmo aproximadamente, o número de pessoas que sofrem de cancro e sem que neste caso o erro seja grande, dado o prognóstico habitual do *morbo*, vamos servir-nos quási exclusivamente de estatísticas obituárias.

Quantas pessoas morrem anualmente de cancro em Portugal? Resumimos no Quadro 1 os números referentes a óbitos averiguados em 28 anos.

O mínimo foi de 1252 e o máximo de 3546, o primeiro referente ao ano de 1902, o último dizendo respeito a 1935.

Estes números absolutos não aumentaram sempre durante êsses 28 anos. Em 1905 houve uma baixa que se prolongou até 1908; em 1918 (o ano da epidemia da gripe pneumónica) houve outra, que foi até 1920; em 1922 outra e em 1931 ainda uma, prolongando-se até 1932.

A baixa de 1918 explica-se perfeitamente pelo facto de muitos dos cancerosos terem morrido certamente de gripe. Para as dos anos que se seguiram a 1905 é que não encontramos explicação.

E' claro que a esta estatística têm de ser feitas duas observações. Em primeiro lugar ela refere-se a números absolutos, não podendo por ela deduzir-se uma lei que defina o aumento anual do número dos óbitos por cancro; em segundo lugar porque durante êsse *lapso* de tempo o número de óbitos de causa ignorada oscilou entre 37 % e 33,8 % de 1902 a 1925, em relação ao total dos óbitos, como pode ver-se no Quadro 2.

Em relação a cada 10.000 habitantes essa mortalidade por cancro diagnosticado oscilou entre 2,4 (1902) e 5 (1936), como pode ver-se no Quadro 3.

A percentagem de óbitos por cancros diagnosticados em relação a cada 100 óbitos totais foi de 1,1 em 1902, atingindo, em 1930, o máximo de 2,7 (Quadro 4).

Se fizermos um cálculo simples e lógico, procurando averiguar quantos óbitos houve provavelmente por cancro em cada ano, partindo do princípio de que entre os óbitos de causa ignorada a proporção de vítimas de neoplasmas foi correspondente à encontrada entre os óbitos de causa conhecida, obtemos os dados resumidos no Quadro 5.

Vê-se que há motivos sérios para crer que o número absoluto de óbitos por cancro tenha oscilado entre 1998 (1902) e 3564 (1930), passando a proporção referente a 10.000 habitantes de 3,9 para 5,2.

Agora pergunta-se: — Será lógico que a proporção de cancros entre os óbitos de causa ignorada seja igual, maior ou menor do que entre os óbitos de causa conhecida?

O diagnóstico do cancro será dos que mais vezes deixa de ser feito? Ou, dada a sua gravidade, e à semelhança, por exemplo, do que se dá com a meningite, é dos que menos vezes deixa de se fazer?

Não sendo fácil a resposta e dado o valor relativo que os elementos estatísticos têm de merecer, não nos repugna aceitar o critério da igualdade da proporção, abstando-nos de cálculos pretenciosos que nunca poderiam esclarecer-nos rigorosamente e debaixo do ponto de vista prático não teriam mais utilidade.

O valor fundamental do cálculo é o que resulta da possibili-

QUADRO 1

Total dos óbitos por cancro em Portugal

1902	1252
1903	1306
1904	1320
1905	1261
1906	1284
1907	1246
1908	1304
1909	1324
1910	1346
.....
1914	1501
1915	1548
1916	1663
1917	1663
1918	1584
1919	1493
1920	1649
1921	1820
1922	1804
1923	2049
1924	2054
1925	2179
.....
1930	3199
1931	3044
1932	3058
1933	3290
1934	3288
1935	3546
1936	3518

QUADRO 2

Percentagens de óbitos de causa ignorada em Portugal

1902	37 %
De 1902 a 1910 (média)	36 %
De 1916 a 1925 (média)	38,9 %
1925	33,8 %
De 1930 a 1933 (média)	8,8 %
1933	7,8 %
1936	6,9 %

QUADRO 3

Média do número de óbitos anuais por cancro por 10.000 habitantes

1902	2,4 (Censo de 1900)
1910	2,4 (Censo de 1911)
1920	2,7 (Censo de 1920)
1930	4,6 (Censo de 1930)
De 1902 a 1910	2,4
De 1916 a 1925	2,9
De 1930 a 1933	4,7
1936	5 (Censo de 1930)

QUADRO 4

Número de óbitos por cancro por cada 100 óbitos

1902	1,1
1905	1,1
1910	1,1
1915	1,2
1920	1,1
1925	1,8
1930	2,7

dade de compararmos a mortalidade por cancro em Portugal com as registadas noutros países.

Quem tenha lidado um pouco com estatísticas não ignora que não há nada mais difícil do que comparar dados colhidos por observadores diferentes, o que é inevitável em estatísticas de importância, especialmente as internacionais.

O Quadro 6 resume os dados referentes a vários países, figurando Portugal com a taxa correspondente aos óbitos por cancro diagnosticado e calculado. Ora, mesmo na peor das hipóteses, Portugal é das nações da Europa onde a mortalidade pelo cancro é menor.

*

Em que regiões do País é mais elevada a mortalidade pelo cancro?

O quadro 7 regista os números absolutos correspondentes aos

QUADRO 5

Número provável de óbitos por cancro, calculando os casos de cancro entre os óbitos de causa ignorada.

Anos	Totais		Prováveis por 10.000 habitantes
	Averiguados	Prováveis	
1902	1252	1998	3,9
1910	1346	2124	3,8
1920	1649	2688	4,4
1930	3199	3564	5,2

óbitos por cancro averiguados nos diversos distritos no decénio de 1916 a 1925, em cada sexo e no total. Regista igualmente as somas de cada quinquénio em separado e a média aritmética dos óbitos anuais dos dois sexos.

Pela comparação dos dois quinquénios verifica-se que a epidemia da gripe de 1918-1919 nada influiu no acréscimo dos óbitos por cancro.

Feito o cálculo dos óbitos por cancro averiguado em relação a 10.000 habitantes, verifica-se, conforme o que

regista o Quadro 8 que a maior mortalidade foi nas cidades Lisboa e Pôrto e no distrito do Funchal, formando outro grupo Ponta Delgada, Angra, Lisboa (concelhos), Evora, Pôrto (concelhos),

QUADRO 6

Óbitos anuais por cancro por 10.000 habitantes (1928)

Suíça	14,5
Dinamarca	14,4
Inglaterra	14,25
Escóssia	14,1
Noruega	12,9
Suécia (1927)	11,9
Irlanda do Norte	11,7
Holanda	11,7
Alemanha	11,4
Estado Livre da Irlanda	10,82
Estados Unidos da América do N.	9,9
Hungria	9,8
França	9,7
Bélgica	9,1
Espanha	7
Itália	6,5
Bulgária (1927)	6,3
Portugal (máximo, em 1930)	4,6
Portugal (máximo calculado)	5,2
Grécia	3,2
Japão	0,7

QUADRO 8

Óbitos por cancros averiguados por 10.000 habitantes (1916-25)

Lisboa (cidade)	9,4
Pôrto (cidade)	7,8
Funchal	5,3
Ponta Delgada	4,2
Angra do Heroísmo	4,1
Lisboa (concelhos)	3,7
Evora	3,1
Pôrto (concelhos)	2,9
Aveiro	2,8
Portalegre	2,6
Viana	2,2
Santarém	2,1
Beja	2
Coimbra	1,9
Faro	1,9
Leiria	1,5
Braga	1,3
Horta	1,2
Bragança	1,1
Viseu	1,1
Guarda	0,9
Castelo Branco	0,7
Vila Real	0,6

Mortalidade por cancro e outros tumores malignos nos diversos distritos (1916-25)

	1916			1917			1918			1919			1920			1921			1922			1923			1924			1925			Soma dos totais de 5 anos		Média dos totais 1916-25
	Sexo masc.	Sexo fem.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	Sexo M.	Sexo F.	Total	1916-20	1921-25				
																														Sexo M.	Sexo F.	Total	
Aveiro	32	58	90	62	66	128	35	52	87	34	43	77	36	47	83	43	60	103	38	64	102	42	67	109	37	56	93	49	71	120	465	527	99,2
Beja	25	16	41	13	15	28	17	20	37	14	23	37	19	26	45	22	26	48	23	23	46	17	21	38	22	25	47	20	23	43	188	222	41
Braga	13	32	45	12	25	37	13	16	29	12	18	30	23	26	49	20	30	50	21	32	53	16	52	68	19	41	60	27	42	69	190	300	49
Bragança	7	5	12	8	2	10	12	6	18	8	9	17	8	6	14	7	14	21	9	10	19	11	27	10	14	24	11	12	23	71	114	18,5	
Castelo Branco	3	8	11	5	10	15	7	10	17	7	8	15	14	21	35	13	9	22	5	9	14	7	9	16	11	6	17	13	26	93	95	18,8	
Coimbra	30	34	64	33	42	75	21	44	65	25	34	59	32	36	68	27	54	20	36	56	25	58	83	38	44	82	29	60	89	331	364	69,5	
Évora	18	25	43	18	28	46	23	30	53	13	24	37	21	25	46	23	31	54	26	18	44	18	31	49	23	25	48	23	32	55	225	250	47,5
Faro	17	18	35	24	37	61	20	35	55	14	28	42	33	28	61	22	40	62	24	22	46	16	24	40	24	25	49	32	38	70	254	267	52,1
Guarda	7	11	18	7	14	21	10	13	23	12	9	21	11	9	20	16	15	31	11	7	18	11	21	32	14	10	24	14	16	30	103	135	23,8
Leiria	21	27	48	15	22	37	18	15	33	13	22	35	17	18	35	13	26	39	10	18	28	19	35	54	22	31	53	26	36	62	188	236	42,4
Lisboa (cidade)	176	249	425	162	232	394	164	237	401	187	247	434	176	240	417	191	275	466	196	257	453	214	303	517	207	325	532	235	326	561	2071	2529	460
Lisboa (concelhos)	66	86	152	59	82	141	63	65	128	55	69	124	57	75	132	79	102	181	85	106	191	85	115	200	80	118	198	115	99	214	677	984	166,1
Portalegre	17	19	36	20	26	46	11	25	36	9	18	27	14	21	35	20	35	19	20	39	18	25	43	21	31	52	21	24	45	180	214	39,4	
Pórtio (cidade)	53	117	170	50	96	146	50	96	146	46	110	156	55	81	136	51	105	156	70	110	180	73	101	174	65	96	161	53	117	170	754	841	159,5
Pórtio (concelhos)	46	68	114	38	75	113	48	84	132	28	64	92	01	82	143	53	98	151	62	104	166	82	134	216	65	109	174	69	105	174	594	881	147,5
Santarém	28	34	62	43	40	83	27	43	70	18	32	50	29	46	75	31	43	74	30	28	58	27	35	62	41	48	89	34	53	87	340	370	71
Viana	12	26	38	21	33	54	16	22	38	16	25	41	17	24	41	16	25	41	22	26	48	22	39	61	35	46	81	25	30	55	212	286	49,8
Vila Real	13	4	17	7	4	11	7	8	15	9	13	22	2	10	12	5	12	5	6	11	5	13	18	7	14	21	11	15	26	77	88	16,5	
Vizeu	22	22	44	22	15	37	11	15	26	13	16	29	15	26	41	16	29	45	17	32	49	29	41	70	24	27	51	26	30	56	177	271	44,8
Angra do Her.o	9	29	38	18	16	34	10	14	24	10	16	26	9	11	20	11	10	21	7	26	33	16	13	29	6	15	21	19	19	38	142	142	28,4
Horta	7	5	12	2	6	8	4	6	10	2	4	3	1	4	3	4	7	2	3	5	0	5	5	0	5	5	5	2	3	5	38	27	6,5
Ponta Delgada	31	14	45	29	23	52	21	27	48	17	15	32	26	27	53	22	32	54	26	23	49	25	31	56	16	37	53	36	20	56	230	268	49,8
Funchal	52	51	103	46	40	86	47	46	93	45	41	86	41	43	84	48	45	93	48	48	96	45	37	82	65	54	119	58	47	105	225	495	94,7

QUADRO 9	QUADRO 10	QUADRO 11
Óbitos anuais por cancro diagnosticado em cada 100 óbitos totais (1916-1925)	Óbitos anuais por cancro diagnosticado em cada 100 óbitos de causa averiguada (1916-1925)	Percentagens de óbitos de causa ignorada nos diversos distritos (média de 1916-1925)
Lisboa (cidade) 3,7	Lisboa (cidade) 3,7	Bragança 79,1
Pôrto (cidade) 2,6	Pôrto (cidade) 2,7	Vila Real 73,9
Funchal 2,4	Angra do Heroísmo 2,5	Castelo Branco 65,1
Angra do Heroísmo 1,7	Funchal 2,5	Guarda 63,2
Lisboa (concelhos) 1,5	Ponta Delgada 2,3	Horta 59,6
Ponta Delgada 1,5	Viana do Castelo 2	Viseu 55,5
Aveiro 1,3	Lisboa (concelhos) 1,9	Braga 55,3
Evora 1,3	Aveiro 1,8	Beja 51,6
Pôrto (concelhos) 1,2	Beja 1,8	Viana do Castelo 50,6
Portalegre 1,1	Portalegre 1,8	Santarém 42,5
Santarém 1	Santarém 1,8	Faro 41,5
Viana do Castelo 1	Bragança 1,7	Leiria 39,4
Beja 0,9	Evora 1,7	Coimbra 38,5
Coimbra 0,9	Pôrto (concelhos) 1,6	Portalegre 35,2
Faro 0,8	Coimbra 1,5	Ponta Delgada 34,7
Leiria 0,7	Horta 1,5	Angra do Heroísmo 31,5
Horta 0,6	Faro 1,4	Pôrto (concelhos) 28,1
Braga 0,5	Leiria 1,2	Aveiro 22,4
Viseu 0,4	Braga 1,1	Evora 22,3
Bragança 0,3	Viseu 1	Lisboa (concelhos) 20,4
Castelo Branco 0,3	Vila Real 0,9	Lisboa (cidade) 2,4
Guarda 0,3	Castelo Branco 0,8	Pôrto (cidade) 2,2
Vila Real 0,2	Guarda 0,8	Funchal 0,9

Aveiro e Portalegre, outro os distritos de Viana, Santarém, Beja, Coimbra, Faro e Leiria, sendo menor nos distritos de Braga, Horta, Bragança, Viseu, Guarda, Castelo Branco e Vila Real. O máximo da taxa foi observado nas cidades de Lisboa (9,4) e no Pôrto (7,8) e o mínimo nos distritos de Vila Real (0,6) e Castelo Branco (0,7).

Os quadros 9 e 10 registam respectivamente as percentagens em relação a 100 óbitos totais e a 100 óbitos de causa averiguada.

Em ambos êles as cidades de Lisboa e Pôrto, e os distritos do Funchal e Angra aparecem com as taxas máximas e Castelo Branco, Guarda e Vila Real com as mínimas.

Tal como sucede para o cálculo referente ao total do País, os números fixados nestes quadros estão longe de corresponder à realidade.

Para certos distritos as causas de êrro reduzem as taxas quasi a metade.

A principal causa de êrro é a grande percentagem de óbitos devidos a doenças não averiguadas, cujas médias de 1916 a 1925

QUADRO 12

Média anual do número de óbitos por cancro (1916-1925)

	Número de óbitos por cancro averiguados			Número provável de óbitos Total dos 2 sexos
	Sexo Masc.	Sexo Fem.	Total	
Aveiro	41	58	99	127
Beja	19	22	41	84
Braga	18	31	49	109
Bragança	10	9	19	90
Castelo Branco	9	10	19	54
Coimbra	28	41	69	103
Évora	21	27	48	61
Faro	23	29	52	88
Guarda	11	13	24	65
Leiria	17	25	42	69
Lisboa (cidade)	191	269	460	471
Lisboa (concelhos)	74	92	166	208
Portalegre	17	22	39	60
Pôrto (cidade)	57	103	160	163
Pôrto (concelhos)	55	92	147	204
Santarém	31	40	71	123
Viana do Castelo	20	30	50	101
Vila Real	7	9	16	61
Vizeu	20	25	45	101
Angra do Heroísmo	11	17	28	40
Horta	2	4	6	14
Ponta Delgada	25	25	50	76
Funchal	50	45	95	95

QUADRO 13

Óbitos anuais prováveis por cancro em 10.000 habit. (1916-1925)

Lisboa (cidade)	9,6
Pôrto (cidade)	7,9
Ponta Delgada	6,4
Angra do Heroísmo	5,9
Funchal	5,3
Bragança	5,2
Lisboa (concelhos)	4,6
Viana do Castelo	4,4
Beja	4,1
Portalegre	4
Pôrto (concelhos)	4
Évora	3,9
Santarém	3,7
Aveiro	3,6
Faro	3,2
Horta	3
Coimbra	2,9
Braga	2,8
Guarda	2,5
Vila Real	2,5
Viseu	2,4
Leiria	2,4
Castelo Branco	2,2

atingem nalguns distritos taxas inverosímeis como de 79,1 %⁽¹⁾ em Bragança, 73,9 % em Vila Real, 65,1 % em Castelo Branco e 63,2 % na Guarda, como se vê no Quadro 11.

Os números absolutos que nos dão a média anual dos óbitos de cada sexo e total em cada distrito, nesse decénio, vão resumidos no Quadro 12.

Mas êsses números absolutos nada nos dizem só por si.

Dada a grande percentagem de óbitos de causa ignorada impõe-se a correcção, feita segundo o critério adoptado para o total do País.

Na última coluna do Quadro 12 estão fixados os números correspondentes ao total provável de óbitos por cancro em cada distrito. No Quadro 13 vem o cálculo em relação a 10.000 habitantes.

(1) A percentagem de óbitos de causa ignorada no distrito de Bragança foi de 88 % em 1916 e nos anos seguintes, respectivamente, de 86,3 — 74,5 — 82 — 79,6 — 79,7 — 80,8 — 77,2 — 70,6 — 69,6, até 1925, só em 1933 baixando para 14,7.

Por êle pode concluir-se que a máxíma mortalidade por cancro se verificou nas cidades de Lisboa e Pôrto e nos distritos de Ponta Delgada, Angra, Funchal e Bragança; a seguir, nos distritos de Lisboa (concelhos), Viana, Beja, Portalegre e Pôrto (concelhos); depois, nos de Évora, Santarém, Aveiro, Faro e Horta; sendo mínima nos de Coimbra, Braga, Guarda, Vila Real, Viseu, Leiria e Castelo Branco.

Há divergências entre a ordem de frequência dos óbitos por cancro nos diversos distritos, conforme se registam apenas os casos diagnosticados ou se calculam os casos de cancro provável.

As cidades de Lisboa e Pôrto e os distritos de Portalegre e Faro mantêm os seus lugares na escala.

Os distritos de Ponta Delgada, Angra, Lisboa (concelhos), Braga, Viseu, Santarém e Castelo Branco, apenas se deslocaram um lugar na escala.

Os do Funchal, Horta e Guarda, deslocaram-se dois lugares.

O Pôrto (concelhos), Viana, Coimbra e Vila Real, três lugares.

O distrito de Beja deslocou-se quatro lugares.

Os de Évora e Aveiro, cinco. O de Leiria, seis.

O de Bragança, trese lugares.

Dêste modo, comparando os dois quadros é possível estabelecer as seguintes classes:

I — *Mortalidade máxíma*, oscilando entre 3,7 (averiguada) e 9,6 (calculada) — cidades de Lisboa e Pôrto e distritos do Funchal, Ponta Delgada, Angra e Lisboa.

II — *Mortalidade* oscilando entre 2 (averiguada) e 4,4 (calculada) — Évora, Pôrto (concelhos), Aveiro, Portalegre, Viana, Santarém e Beja.

III — *Mortalidade* oscilando entre 1,2 (averiguada) e 3,2 (calculada) — Coimbra, Faro, Braga e Horta.

IV — *Mortalidade mínima*, oscilando entre 0,6 (averiguada) e 2,5 (calculada) — Viseu, Guarda, Castelo Branco e Vila Real.

V — *Mortalidade* de oscilações excessivas — Leiria (de 1,9 averiguada) a 2,4 (calculada) e Bragança (de 1,1 averiguada) para 5,2 (calculada).

Vejam-se se é possível estabelecer algumas relações entre os dados colhidos.

Começemos por tentar esclarecer os casos de Leiria e Bragança. O distrito de Bragança era dos que ocupava um dos lugares inferiores na escala dos óbitos por cancro averiguado e passou a ocupar um dos superiores.

Devido a ter a grande percentagem de 79,1 % de causa ignorada? Mas Vila Real, Castelo Branco e Guarda, onde os óbitos de causa ignorada são também enormes, mantiveram os últimos lugares na escala, enquanto Bragança se deslocou trese lugares.

Será devido ao diminuto número de médicos em relação à população? Mas, segundo se pode ver no Quadro 14, o número médio de habitantes que correspondem a cada médico é maior nos distritos de Viseu, Guarda, Castelo Branco, Leiria, Faro e Viana.

Acompanhará essa discordância as grandes extensões correspondentes em média a cada médico?

QUADRO 14

Número de habitantes correspondente a cada médico

- I — *Menos de 1.000* — Cidades de Lisboa e Pôrto.
 - II — *De 2.000 a 3.000* — Aveiro, Coimbra, Évora e Portalegre.
 - III — *De 3.000 a 4.000* — Braga, Pôrto (concelhos), Vila Real, Bragança, Lisboa (concelhos), Santarém e Beja.
 - IV — *Mais de 4.000* — Viana, Viseu, Guarda, Castelo Branco, Leiria e Faro.
-

Bragança, como pode verificar-se pelo Quadro 15, é daqueles em que a cada médico cabe maior número de quilómetros quadrados. Mas outro tanto se pode dizer de outros distritos, em que a mortalidade pelo cancro oscilou pouco ao fazer-se o cálculo ou que mantiveram o seu lugar em relação aos restantes distritos.

QUADRO 15

Número de quilómetros quadrados que corresponde a cada médico

- I — *De 14 a 30 quilómetros quadrados* — Distritos do Pôrto, Braga e Aveiro.
 - II — *De 30 a 60 quil. q.* — Viana, Viseu e Leiria.
 - III — *De 60 a 90 quil. q.* — Vila Real, Lisboa, Santarém, Portalegre e Faro.
 - IV — *De 90 a 157 q. q.* — Bragança, Guarda, Castelo Branco, Évora e Beja.
-

As grandes distâncias a que ficam os médicos, o pequeno número dêles, a sua irregular distribuição e acumulação nos grandes centros é causa evidente não só da falta de assistência médica mas do não preenchimento dos boletins de óbito, sugeita embora esta aos aços das informações dadas pelos portadores aos delegados de saúde. E' certo.

Não nos esqueçamos, todavia, de que o maior zêlo no preenchimento dos boletins exigido aos delegados de saúde pela Direcção Geral de Saúde e expresso na baixa do número de óbitos de causa ignorada de 38,9 0/0 (média de 1916-1925) para 8,8 0/0 (média de 1930-1933), nada influiu na estatística que utilizamos referente ao decénio anterior a 1925.

O que é natural é que tanto em Bragança como em Leiria a causa tenha sido complexa, devido às várias causas expostas combinadas de modo mal definido.

Não deixará mesmo de entrar em jôgo, em certa medida, o

QUADRO 16

Número de médicos existentes em cada distrito (1937)

-
- I — De 71 a 80 — Viana, Vila Real e Bragança.
 - II — De 85 a 98 — Leiria, Castelo Branco, Portalegre, Évora, Beja, Faro e Setúbal ⁽¹⁾.
 - III — 103 — Guarda.
 - IV — De 154 a 159 — Viseu, Santarém, Lisboa (concelhos).
 - V — De 195 a 278 — Braga, Pôrto (concelhos), Aveiro e Coimbra.
 - VI — 407 — Pôrto.
 - VII — 1034 — Lisboa.
-

(1) Só neste quadro o distrito de Setúbal aparece separado do de Lisboa, a que estava ainda ligado, como se sabe, no decénio de 1916-1925

número absoluto de medicos existentes em cada distrito, fixado no Quadro 16 e onde o distrito de Bragança ocupa lugar inferior, sendo pouco excedido pelo de Leiria.

*

No Quadro 17 podem ver-se os resultados da estatística mais recente, a referente aos anos desde 1930 a 1936 em que a percentagem de óbitos de causa ignorada baixou para cêrca de 8, sendo de comparar os números obtidos com os do decénio 1916-1925.

A maior mortalidade por cancro notou-se nos distritos de Lisboa, Angra, Funchal, Ponta Delgada e Pôrto, seguindo-se-lhes os de Évora, Portalegre e Aveiro e a seguir os de Viana, Satúbal, Horta, Braga e Santarem, sendo menor nos de Faro, Leiria, Beja, Viseu e Castelo Branco e mínima nos de Vila Real, Bragança e Guarda.

QUADRO 17

Mortalidade pelo cancro nos diversos distritos de 1930 a 1936

	Média anual de óbitos			Óbitos por 10.000 habitantes			Excesso de mortalidade feminina (%)
	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	
Aveiro	63	108	171	3,6	5	4,4	1,38
Beja	36	45	81	2,14	3,8	3,36	1,29
Braga	64	103	167	3,31	4,64	4,02	1,40
Bragança	22	32	54	2,4	3,42	2,9	1,42
Castelo Branco	34	50	84	2,63	2,65	3,16	1,38
Coimbra	81	108	189	4,55	5,14	4,87	1,12
Évora	35	47	82	3,83	5,24	4,53	1,36
Faro	55	62	117	3,77	3,99	3,89	1,05
Guarda	32	44	76	2,55	3,09	2,83	1,21
Leiria	47	62	109	3,08	3,82	3,46	1,24
Lisboa	310	457	767	7,03	9,89	8,45	1,40
Portalegre	34	41	75	4,02	5,01	4,50	1,24
Pôrto	176	273	449	4,65	6,31	5,54	1,35
Santarém	62	90	152	3,33	4,67	4,01	1,40
Setúbal	44	53	97	3,67	4,65	4,15	1,26
Viana do Castelo	40	61	101	3,85	4,47	4,20	1,16
Vila Real	30	46	76	2,45	3,48	2,99	1,42
Vizeu	57	88	145	2,88	3,76	3,36	1,30
Total do Continente	1222	1770	2992	4	5,32	4,70	1,33
Angra do Heroísmo	21	28	49	6,28	7,55	6,95	1,20
Horta	9	11	20	3,84	4,26	4,06	1,10
Ponta Delgada	35	42	77	5,48	5,96	5,73	1,08
Funchal	64	63	127	6,35	5,67	6	0,89
Total das Ilhas	129	144	273	5,82	5,89	5,86	1,01
Total geral	1351	1914	3265	4,14	5,36	4,78	1,29

(²) Relação entre a mortalidade por cancro por 10.000 habitantes no sexo feminino e a observada no sexo masculino.

No mesmo Quadro e nos 18, 19 e 20 pode ver-se onde maior foi a proporção de óbitos por cancro em cada sexo e onde o feminino excedeu mais o masculino.

São de notar algumas particularidades, como a de em Lisboa e Pôrto a mortalidade ser igualmente grande em qualquer dos sexos: a de ser mínima em qualquer dêles nos distritos da Guarda, Vila Real, Bragança e Castelo Branco; a de haver mais tendência para a mortalidade pelo cancro no sexo feminino nos distritos de Braga, Bragança, Lisboa, Santarém e Vila Real e menos nos de Coimbra, Faro, Viana, Horta e Ponta Delgada, sendo mínima a diferença no Funchal.

Muitas considerações e muitas hipóteses podem resultar dêstes

QUADRO 18		QUADRO 19		QUADRO 20	
Óbitos anuais por cancro averiguado por 10.000 hab. (1930-36)		Óbitos anuais por cancro averiguado por 10.000 hab. (1930-36)		Óbitos anuais por cancro averiguado por 10.000 hab. (1930-36)	
<i>Sexo masculino</i>		<i>Sexo feminino</i>		<i>Nos dois sexos</i>	
Lisboa	7,03	Lisboa	9,89	Lisboa	8,45
Pôrto	4,65	Pôrto	6,31	Angra do Heroísmo . . .	6,95
Coimbra	4,55	Évora	5,24	Funchal	6
Portalegre	4,02	Coimbra	5,14	Ponta Delgada	5,73
Viana	3,85	Portalegre	5,01	Pôrto	5,54
Evora	3,83	Aveiro	5	Coimbra	4,87
Faro	3,77	Santarém	4,67	Évora	4,53
Setúbal	3,67	Setúbal	4,65	Portalegre	4,50
Aveiro	3,60	Braga	4,64	Aveiro	4,40
Santarém	3,33	Viana	4,47	Viana	4,20
Braga	3,31	Faro	3,99	Setúbal	4,15
Leiria	3,08	Leiria	3,82	Horta	4,06
Beja	2,94	Beja	3,80	Braga	4,02
Viseu	2,88	Viseu	3,76	Santarém	4,01
Castelo Branco	2,63	Castelo Branco	3,65	Faro	3,89
Guarda	2,55	Vila Real	3,48	Leiria	3,46
Vila Real	2,45	Bragança	3,42	Beja	3,36
Bragança	2,40	Guarda	3,09	Viseu	3,36
Funchal	6,35	Angra do Heroísmo . . .	7,55	Castelo Branco	3,16
Angra do Heroísmo . . .	6,28	Ponta Delgada	5,96	Vila Real	2,99
Ponta Delgada	5,48	Funchal	5,67	Bragança	2,90
Horta	3,84	Horta	4,26	Guarda	2,83

mapas, tendentes a analisar as condições de vida, de meio e de saúde dos dois sexos que de qualquer modo possam influir nos resultados obtidos.

No quadro 21 regista-se a percentagem de óbitos por cancro observada de 1916 a 1925 e de 1930 a 1936 em cada sexo, oscilando no sexo masculino entre 44 e 44,1 ‰ e no feminino entre 56 e 58,6 ‰, o que possivelmente foi devido à intensificação dos diagnósticos no sexo feminino, prejudicados anteriormente pelo pudor em muitos casos. Essa percentagem aproxima-se da observada nos doentes cancerosos dos hospitais civis e militares, de 42,7 no sexo masculino e de 57,3 no feminino.

No Instituto do Cancro, possivelmente devido ao ambiente de confiança que as doentes ali encontram, a percentagem de doentes do sexo feminino eleva-se a 72 ‰. Os quadros 22 e 23 reúnem os elementos colhidos.

*

Pelo Quadro 24 pode ver-se que a maioria dos óbitos se verificou, no decénio de 1916-1925, no sexo feminino, dos 60 aos 69 anos, a seguir, dos 50 aos 59, sendo igual dos 40 aos 49 e

dos 70 aos 79. No sexo masculino foi máxima dos 60 aos 69 igualmente, a seguir também dos 50 aos 59, sendo depois maior dos 70 aos 79 do que dos 40 aos 49, ao contrário do que succedeu no sexo feminino. E' claro que estas indicações só terão valor quando comparadas ao que se passou noutros anos e depois

de estabelecida a proporção em relação ao total dos óbitos verificados por todas as doenças.

No Quadro 25 regista-se a localização relativa dos cancros em cada sexo durante os anos decorridos de 1928 a 1937, segundo os dados do Instituto Português de Oncologia.

O máximo de casos verificou-se, no sexo feminino, localizados na mama, e, a seguir, no colo do útero e na pele da face.

No sexo masculino a localização mais vulgar foi verificada no conjunto dos lábios,

bôca e faringe, e, a seguir, na pele da face e laringe.

São cheias de ensinamentos as indicações destes quadros.

No Quadro 26 fazemos a comparação do número de óbitos por cancro averiguados nos distritos fronteiriços e os obtidos nas províncias espanholas confinantes. Embora sejam sempre difíceis de comparar os dados internacionais, como já vimos, não deixa de

QUADRO 22

Cancerosos nos hospitais civis e militares

	Sexo masculino	Sexo feminino	Total
1929	1114	1344	2458
1930	1102	1413	2515
1931	993	1373	2366
1932	1085	1580	2665
1933	1071	1491	2563
Total . .	5365	7201	12.566
Média . .	1073	1440	2513
%	42,8	57,3	—

QUADRO 23

Cancerosos no Instituto de Oncologia

	Varões	Fêmeas	Total
1928	176	451	627
1929	312	714	1026
1930	353	848	1201
1931	368	907	1275
1932	351	1001	1352
1933	340	990	1330
1934	436	1006	1442
1935	391	1071	1462
1936	439	1192	1631
Total . .	3166	8180	11.346
Média . .	351	908	1260
%	28	72	—

QUADRO 26

Comparação da mortalidade pelo cancro nos distritos portugueses da fronteira com os das províncias espanholas. (Taxas por 10.000 habitantes).

Distritos	1902-1908 ⁽¹⁾	1916-1925	Províncias espanholas ⁽¹⁾	1901-1905
V. do Castelo	1,1	2,2	Pontevedra	4,97
Braga	0,8	1,3	»	»
Vila Real . .	0,7	0,6	Orense	3,36
Bragança . .	0,9	1,1	»	»
Guarda . . .	0,8	0,9	Zamora	4,56
Cast. Branco	0,9	0,7	Salamanca	5,13
Portalegre . .	2,7	2,6	Cáceres	4,27
Évora	3,2	3,1	»	»
Beja	1,5	2	Badajoz	3,51
Faro	1,7	1,9	Huelva	3,81
			»	»

⁽¹⁾ Vide Hauser — "Geografia médica de la Península Ibérica".

QUADRO 27

Aumento da taxa de óbitos por cancro por 10.000 habitantes em vários países de 1880 a 1928

	1880	1900	1928
Inglaterra	5,4	8,29	14,25
Escóssia .	4,91	7,7	14
Irlanda . .	3,43	5,8	10,82
Holanda . .	5	9,5	11,7
Itália . . .	2	5	6,5
Noruega . .	4,3	8,5	12,9
Suíssa . . .	—	13,2	14,5
Baviera . .	5,6	9,8	11,4 ⁽¹⁾
Prússia . .	2,6	5,7	11,4 ⁽¹⁾
Espanha . .	—	4,4 ⁽²⁾	7
Portugal . .	—	2,4 ⁽³⁾	4,6 ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Alemanha

⁽²⁾ Média de 1902 a 1908

⁽³⁾ 1902

⁽⁴⁾ 1930 (Em 1936 atingiu 5).

ser interessante fazê-lo, dadas as diferenças flagrantes notadas, que possivelmente abrirão caminho a investigações, utilizando dados que agora não podemos obter.

Não menos interessante é a comparação do aumento da taxa de óbitos desde 1880 a 1928, fixada no Quadro 27 e na qual, apesar das causas de êrro bem conhecidas, se pode verificar bem o aumento incessante da mortalidade pelo cancro em todos os países.

¿ Devido apenas a aperfeiçoamento dos meios de diagnóstico e à maior competência dos médicos?

¿ Resultante de uma causa social inerente à civilização actual e que o requinte desta tem agravado?

São tudo problemas a estudar.

*

Terminamos por transcrever de um trabalho anterior ⁽¹⁾ (Quadro 28) as causas de óbito mais vulgares registadas em Portugal de 1916 a 1925. Lembrando-nos de que o número de óbitos por cancro aumentou de forma a atingir 3.518 em 1936 e que neste ano o total de óbitos foi no nosso País de 119.000, tendo sido a média de 1916-1925 de 144.547, vê-se como é grave o problema do cancro em Portugal, onde em 1936 morreram devido a êle cêrca de 3 pessoas em cada 100 falecidos nêsse ano.

⁽¹⁾ Portugal sanitário (subsídios para o seu estudo) — Lisboa — 1938 (dissertação para doutoramento em Medicina).

	1916			1917			1918			1919			1920			1921			1922			1923			1924			1925			Médias		
	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total			
De 0 a 9 anos	10	16	26	5	8	13	12	10	22	5	6	11	8	9	17	6	4	10	8	13	21	4	8	12	8	4	12	6	5	11	7	8	15
De 10 a 19 »	10	7	17	5	9	14	5	7	12	2	5	7	6	1	7	6	10	16	3	8	11	2	10	12	13	5	18	4	4	8	5	7	12
De 20 a 29 »	15	20	35	20	19	39	15	26	41	10	23	33	20	16	36	10	16	26	21	19	40	10	23	33	15	17	32	15	16	31	15	20	35
De 30 a 39 »	28	59	87	50	77	127	26	70	96	27	73	100	40	63	103	41	74	115	31	60	91	45	80	125	51	84	135	37	88	125	37	73	110
De 40 a 49 »	108	172	270	125	167	292	98	158	256	77	138	215	96	161	257	102	184	286	115	163	278	101	217	318	102	207	309	155	204	359	108	177	285
De 50 a 59 »	169	243	412	173	230	403	152	230	382	151	199	350	186	222	408	194	269	463	213	254	467	230	300	530	214	326	540	235	297	533	192	257	449
De 60 a 69 »	191	227	418	193	234	427	191	232	423	185	230	415	213	243	456	211	260	471	213	260	473	249	296	545	247	308	555	268	332	600	216	262	478
De 70 a 79 »	122	161	283	115	149	264	114	133	247	116	160	276	120	161	281	145	193	338	134	199	333	152	206	358	166	188	354	185	218	403	137	177	314
Com mais de 80 anos	37	49	86	33	50	83	38	54	92	33	49	82	29	51	80	37	56	93	34	50	84	34	77	111	30	58	88	42	66	108	35	56	91
Idade ignorada	5	4	9	5	6	11	4	9	13	1	3	4	1	3	4	—	2	2	4	2	6	1	4	6	6	5	11	1	1	2	63	4	67

QUADRO 25 — Localizações dos cancros observados no Instituto Português de Oncologia

Cancros	1928			1929			1930			1931			1932			1933			1934			1935			1936			1937			Total de 10 anos		
	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total	Varões	Fêmeas	Total			
Pele da face	24	47	71	54	79	133	67	100	167	70	117	187	62	114	176	55	112	167	68	93	161	60	110	170	78	129	207	84	145	229	622	1046	1668
Pele doutras regiões (²)	19	9	28	22	19	41	25	25	50	16	26	42	16	33	49	9	29	38	24	25	49	13	21	34	20	26	46	28	26	54	192	239	431
Lábios, bôca e faringe	49	15	64	102	19	121	118	28	146	130	23	153	136	19	155	118	39	157	144	27	171	151	26	177	162	30	192	190	24	214	1300	250	1550
Fossas nasais	1	2	3	1	1	2	3	3	6	7	6	13	4	9	13	10	9	19	10	11	21	6	5	11	7	8	15	5	6	11	54	60	114
Laringe	18	2	20	24	1	25	20	—	20	34	1	35	31	2	33	44	—	44	54	—	54	41	—	41	31	1	32	47	1	48	344	8	352
Orbita e maxilares	5	3	8	7	7	14	7	2	9	6	4	10	8	8	16	9	13	22	8	8	16	7	3	10	7	2	9	5	4	9	69	54	123
Recto e bexiga	5	6	11	14	10	24	17	10	27	13	11	24	13	14	27	13	7	20	15	13	28	14	10	24	11	15	26	11	20	31	126	116	242
Prostata e penis	10	—	10	12	—	12	22	—	22	17	—	17	15	—	15	7	—	7	24	—	24	21	—	21	25	—	25	27	—	27	180	—	180
Colo do utero	—	153	153	—	229	229	—	253	253	—	275	275	—	294	294	—	292	292	—	288	288	—	328	328	—	365	365	—	379	379	—	2856	2856
Corpo do utero	—	8	8	—	24	24	—	26	26	—	23	23	—	24	24	—	32	32	—	21	21	—	23	23	—	34	34	—	25	25	—	240	240
Ovários, vagina e vulva	—	9	9	—	18	18	—	24	24	—	16	16	—	19	19	—	20	20	—	28	28	—	28	28	—	33	33	—	33	33	—	228	228
Mama	—	151	151	—	249	249	5	299	304	4	318	322	5	372	377	4	358	362	8	397	405	4	414	418	7	454	461	3	518	521	40	3530	3570
Pulmões, mediastino, etc. (¹)	14	11	25	29	11	40	20	22	42	23	22	45	21	22	43	22	16	38	28	17	45	18	21	39	22	22	44	28	16	44	225	180	406
Sarcômas das partes moles (²)	19	18	37	24	21	45	29	31	60	25	40	65	25	38	63	27	41	68	29	41	70	35	49	84	46	45	91	46	48	94	305	372	677
Sarcômas dos ossos (²)	2	1	3	6	10	16	6	12	18	9	11	20	8	14	22	8	8	16	6	10	16	6	6	12	12	10	22	16	8	24	79	90	169
Outros tumores malignos (²)	10	16	26	17	16	33	14	13	27	14	14	28	7	19	26	14	14	28	18	27	45	15	27	42	11	18	29	18	25	43	138	189	327
Total	176	451	627	312	714	1026	353	848	1201	368	907	1275	351	1001	1352	340	990	1330	436	1006	1442	391	1071	1462	439	1192	1631	508	1278	1786	3674	9458	13132

(¹) Estão também incluídos os carcinomas da parotida, esofago, estomago, figado e intestino, com exclusão do recto.

(²) No *Anuário Estatístico de Portugal* de 1937 (em elaboração) virão publicadas as localizações dos sarcômas e de todos os cancros da pele e a pormenorização de «outros tumores malignos».

QUADRO 28 (1)

Óbitos de causa ignorada ou mal definida	55.154
Diarreia e enterite (antes dos 2 anos)	10.191
Tuberculose	8.980
Doenças várias, não especificadas	7.231
Gripe	7.096
Doenças do coração	6.863
Senilidade	6.682
Congestões, hemorragias e amolecimentos cerebrais	5.612
Debilidade congénita e vícios de conformação	5.177
Diarreia e enterite (2 e mais anos),	3.996
Pneumonias	3.849
Outras doenças do aparelho respiratório	2.962
Bronquites agudas (abaixo dos 5 anos)	2.835
Mortes violentas (sem suicídio)	2.087
Cancros e outros tumores malignos	1.777

*

Muitas e muitas considerações poderão ser feitas a propósito dos números reunidos nos 28 quadros estatísticos aqui publicados.

Muitos outros quadros poderão ser elaborados, rectificando, completando e esclarecendo os que acabam de lêr-se.

Oxalá êste trabalho estimule estudos e revele boas vontades de onde possam resultar consequências de ordem prática e compensem o autor do enorme esforço dispendido para poder responder pelo escrúpulo dos elementos reunidos, a bem da defesa sanitária do País contra um dos mais terríveis flagelos que o ameaça.

CONCLUSÕES

1.^a Portugal é dos países da Europa onde a mortalidade pelo cancro é menor, com tendência no entanto para aumentar.

2.^a— A mortalidade pelo cancro é maior onde há mais conforto e civilização, tanto em Portugal como noutros países.

3.^a— Em Portugal a mortalidade por cancro é maior nos distritos onde é menor a percentagem de óbitos de causa ignorada e menor nos distritos onde é maior essa percentagem.

4.^a— Nas ilhas adjacentes a mortalidade pelo cancro é maior do que no continente.

5.^a— A mortalidade pelo cancro é maior no sexo feminino, sendo menor essa desigual mortalidade nos dois sexos nas ilhas adjacentes do que no continente e não correspondendo no continente às regiões de maior percentagem de óbitos por cancro.

6.^a— A mais frequente localização do cancro parece ser na mama, no colo do útero, na pele da face e nos lábios, bôca e fa-

(1) Apenas referimos causas que produziram mais óbitos do que o cancro e outros tumores malignos.

ringe, sendo a localização dos lábios, boca e faringe a maior no sexo masculino e muito superior à que se verifica no sexo feminino nessas regiões.

7.^a — A maior mortalidade pelo cancro nem em todas as regiões corresponde ao maior número de médicos em relação ao número de habitantes, parecendo algumas não corresponder ao maior número de diagnósticos feitos.

8.^a — A maior mortalidade pelo cancro em relação ao número total de óbitos de causa averiguada não é correspondente sempre à maior percentagem de óbitos por cancro em relação ao número de habitantes, havendo regiões onde o cancro é das doenças que menos vezes deixam de ser diagnosticadas relativamente, em especial o distrito de Bragança.

9.^a — Independentemente da causa de erro proveniente do número de óbitos de causa ignorada, parece ser maior a mortalidade por cancro nas regiões de planície do que nas de montanha; nas regiões onde mais se consome trigo ou se usa este excessivamente peneirado, do que naquelas onde se usa centeio e milho; naquelas onde se usam mais adubos artificiais do que onde se utiliza mais estrume; naquelas onde na alimentação é mais usada a carne do que os vegetais, impressões que exigem observações numerosas e repetidas para delas se deduzir qualquer hipótese científica.

10.^a — A excepção a esta regra verifica-se no distrito de Beja onde, ao que parece, os terrenos têm maior proporção de magnésio.

11.^a — O cálculo tendente a averignar a percentagem possível de óbitos por cancro entre os de causa ignorada confirmam a distribuição verificada nos óbitos por cancro diagnosticado, apenas com a excepção dos distritos de Leiria e Bragança onde se impõe estudo especialmente profundo.

12.^a — A confirmarem-se as dúvidas e indicações que surgem em virtude das observações anteriores, delas teriam de deduzir-se três conclusões de ordem prática:— A *primeira* é a necessidade de se intensificar cada vez mais o zêlo dos delegados de saúde, clínicos e funcionarios do Registo Civil, de modo a averiguarem-se o maior número de óbitos por cancro, esmiuçando a sua localização e, quanto possível, a sua natureza; a *segunda* seria a necessidade de juntar aos adubos quaisquer sais de magnésio, de evitar o peneiramento excessivo das farinhas e de obstar à entrada em Portugal de trigos provenientes de países onde os terrenos contenham fracas proporções de magnésio; a *terceira*, a necessidade de estudar a fundo os vários problemas que estão por resolver, em especial o do possível perigo resultante da intensificação das culturas, forçando a natureza, por abuso de adubos, a par do abuso de carnes na alimentação.



RÓ
MU
LO



CENTRO CIÊNCIA VIVA
UNIVERSIDADE COIMBRA

132966179X

O "Portugal Médico,, começou a publicar-se em 1915. Dá conta de todo o movimento de literatura médica nacional, e de tôdas as novas aquisições de ordem científica e prática, em resenhas claras; trata de todos os assuntos de interêsse profissional dos médicos clínicos.

Todo o médico português deve assinar a revista :

PORTUGAL MÉDICO

DIRECÇÃO SCIENTÍFICA dos Profs. *Ayres Kopke* (Lisboa), *Egas Moniz* (Lisboa), *J. A. Pires de Lima*, *Rocha Pereira* (Pôrto), *Marques dos Santos* (Coimbra).
REDACÇÃO : *Almeida Garrett* (Pôrto), *Armando Narciso* (Lisboa), *A. Vaz Serra* (Coimbra), *Fernando Magano* (Pôrto).

Condições da assinatura (por ano — série de 12 números)

Continente e ilhas — 30\$00 Colónias — 40\$00 Estrangeiro — 50\$00
Número avulso — 5\$00

Envia-se um exemplar, como amostra. Pede-lo a :

PORTUGAL MÉDICO
RUA CANDIDO DOS REIS, 47
PÔRTO