

N.º 157

José Nogueira Nunes

MORTALIDADE EM PORTUGAL

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Pôrto

MARÇO DE 1923

204/1 F4P

————— 1923 —————
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
————— PORTO —————

N.º 157

José Nogueira Nunes

MORTALIDADE EM PORTUGAL

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Medicina do Pôrto

MARÇO DE 1923



— 1923 —
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

204/1 FMP

FACULDADE DE MEDICINA DO PÔRTO

DIRECTOR

Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior

SECRETÁRIO

Dr. António de Almeida Garrett


CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga
História da medicina e Deontolo- gia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luís de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães e Lemos
Pediatria	Dr. António de Almeida Garrett

Professor Jubilado


Dr. Pedro Augusto Dias



Á saudosa memória de meu Pai

Se a pena embebida em lágrimas pudesse escrever coisa que se lêsse, esta página diria sentidamente a mágoa que me vai n'alma por não vos vêr agora junto de mim, um instante que fôsse. Consola-me ao menos a ideia de que realizei o vosso sonho mais querido e que tantos sacrificios vos custou.

De joelhos deponho sôbre o vosso túmulo êste livro, pedindo-vos que abençoeis do céu o vosso filho humilde a quem tanto querias.



À minha Mãe

Consagrar-vos esta página dêste trabalho que vos pertence é a única recompensa que posso dar-vos dos sacrificios que por mim fizeste. Tão grandes eles foram que só a vós devo não ter sentido a falta que meu chorado Pai me fêz, estimulado ainda pelo vosso exemplo e pelos vossos sábios conselhos.

Permiti que reconhecidamente vos beije as mãos.

À Minha Noiva

Que Deus fará. Oxalá que possas transformar em rosas os espinhos com que na vida depararmos.

Aos meus

EM ESPECIAL:

*Às minhas irmãs: Justina e Rita.
Aos meus cunhados: José e Manoel.*

*Um abraço de sincera amizade;
aos meus «netinhos» — muitos beijos
p'ra que vos lembre.*

Ao Dr. Francisco José Mateus

*Companheiro de estudo e inseparável nas
«côlicas».
Homenagem às tuas qualidades e... ao
maior advogado da Península... do Azi-
nhoso.*

Aos meus discípulos,
contemporâneos e amigos

*Tantos abraços quantas as saudades que
me deixais.*

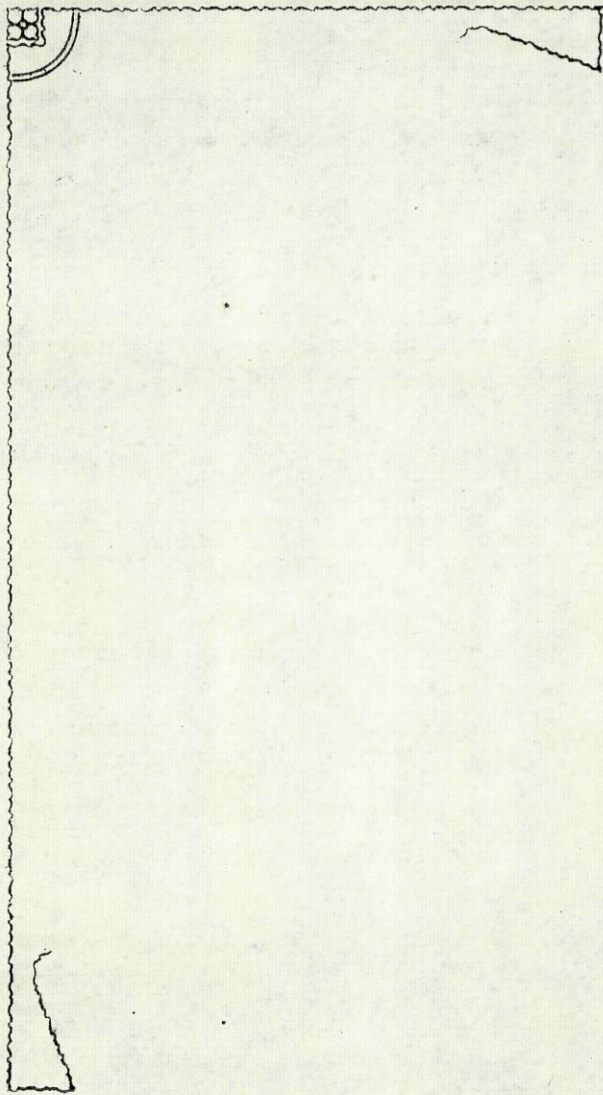
À Faculdade de Medicina do Pôrto



Ao meu ilustre Presidente de Tese

Ex.^{mo} Sr. Dr. Almeida Garrett

*Homenagem da minha sincera admiração
e do meu profundo reconhecimento.*



Com este modesto trabalho fica satisfeita uma das maiores aspirações da minha vida: o meu doutoramento em medicina. Eis-me, por isso, no fim de uma longa jornada trilhada através das maiores vicissitudes e incertezas as mais crueis, mas tendo a Esperança a nortear-me sempre, essa dóce companheira que jámais me abandonou, êsse astro brilhante que nunca deixou de iluminar o pedregoso caminho que voluntária e isoladamente trilhára.

Mesmo nos momentos em que o maior desânimo me invadira — e não foram poucos, louvado Deus! — em que o mais longínquo uivo da procela me faria arripiar caminho, foste tu — animadora Esperança — a única companheira de sempre e não me abandonaste um instante sequer.

E a cada mais forte abalo do desânimo, mais firmemente se arreigara no meu espírito o amor

pela carreira, a que me tinha votado animado sempre pelo dôce arrimo da Esperança.

Hoje ainda, se me abandonas, direi com o nosso imortal épico: acabe-se esta luz ali comigo.

Este meu trabalho não tem veleidades, nem pretensões, nem é aquilo o que eu desejava que fôsse. É um escôrço mal talhado, tolhido pela pouquidão do saber de quem o escreve. E nem outra coisa era de esperar.

Saído há pouco dos bancos da Faculdade, onde encontrei entre Professores, condiscípulos e contemporâneos o convívio mais fraternal, a amisade mais decidida e a quem me é grato assinalar aqui

os meus sentimentos da mais viva e sincera gratidão, faltam-me os conhecimentos precisos para tratar de um assunto tão delicado e de tão magna importância como é o da demo-medicina.

Por isso julguei a princípio esta minha empresa um acto de audácia imprudente, por não ter a certeza de ser bem sucedido, e se alguma coisa fiz, o devo ao meu Ex.^{mo} Professor e ilustre Presidente de tése, Snr. Dr. Almeida Garrett que tão obsequiosamente e com a melhor da boa vontade me sugeriu e me orientou na elaboração d'este trabalho. A Sua Excelência exprimo aqui o meu reconhecimento pois o serviço que me prestou é tão importante que eu não cumpriria o meu dever nem obedeceria a um impulso da minha alma, se neste momento não renovasse os meus mais sinceros agradecimentos.

Tarefa modesta, mas trabalhosa, a de manejar as tabelas de frequência das causas da morte, revivi gostosamente nesses dias de trabalho os tempos alegres e descuidados de iniciado nas operações mais simples da aritmética. E o facto de me vêr assim reconduzido em espírito aos dias felizes das primeiras letras, fazia avultar o meu parco engenho e saber incompetente para obra de tão grande fôlego e agigantado vulto.

As estatísticas nacionais de demografia sanitária, andam bastante atrasadas. Pelo Instituto Central de Higiene estão publicadas as relativas aos anos de 1913 a 1916 e foi, servindo-me delas, que

basei o estudo desta tésse, utilizando também os dados globais anteriores.

E na ância de valorisar êste trabalho e algum proveito se poder tirar dêste meu débil, mas prolongado esforço, procurei quanto pude, pôr as nossas cifras em confronto com as dos países estrangeiros para melhor comparação, criticando-as às vezes e deixando na maior parte dos casos, os números falarem por si só na sua linguagem muda, mas eloquente. Foi sempre êste o critério que me orientou na factura desta obra.

E bemdirei mil vezes a hora em que me decidi por êste trabalho se dêle alguma coisa de útil resultar. Apontar no sudário cruel dos números os males de que mais enferma o povo português, é desempenhar um papel útil e humanitário, sobretudo nos dias que vão correndo em que a miséria e a fome

campeiam infrenes animados pelo egoísmo, que a tudo e todos avassalou, derruindo sentimentos e ideais os mais nobres e alevantados.

E... releve-se-me êste livro, pela consolação que me traz por em parte ter realizado o que preceitua o rifão :

Deve plantar uma árvore
O homem nos seus terrenos
Um livro escrever e emfim
Deixar um filho pelo menos.

Março de 1923.

Luiz de Souza

alta que a da Áustria, Dinamarca, Noruega e Suécia.

Nascimentos e óbitos por 1.000 (I)

I

QUADRO I

Mortalidade em Portugal (continente) e sua relação com a dos outros países

As nossas estatísticas obituárias dão a média de 113:600 óbitos no período de 1913 a 1916, o que corresponde à média de 19,7 por 1:000 habitantes. Esta nossa taxa de mortalidade, como se depreende da leitura do Quadro I, não é das mais altas comparada com a dos outros países, ao passo que, a nossa taxa de natalidade é das mais elevadas em igual confronto, o que dá um crescimento fisiológico da população portuguesa só excedido por raros países estrangeiros, o que é sobremaneira consolador constatar.

Com efeito, num relancear de olhos pelo Quadro I, vê-se que a nossa quota de mortalidade se aproxima da da Áustria, França e Itália. É um pouco mais baixa que a de Espanha, Hungria, Romaniaa e Sérvia; mais alta que a da Alemanha, Argentina, Bulgária e Inglaterra e muito mais

alta que a da Austrália, Dinamarca, Noruega e Suécia.

Nascimentos e óbitos por 1:000 (1)

QUADRO I

	Nascimentos	Óbitos
Portugal	31,1	19,7
Alemanha.	28,7	16,9
Argentina.	37,0	15,8
Austrália	27,6	10,7
Áustria	30,7	20,8
Bélgica	22,8	15,2
Chili	37,9	27,5
Dinamarca	24,9	12,8
Espanha	29,8	22,1
França.	18,8	18,2
Hungria	35,0	23,5
Inglaterra.	23,5	14,7
Itália	31,1	19,0
Noruega	24,8	13,4
Romania	42,5	24,2
Sérvia	38,0	21,8
Suécia	22,2	13,8

Por êste rápido confronto vê-se que o nosso país ocupa uma situação mediana pelo que respeita à mortalidade geral, estando todavia muito além da

(1) Nos países directamente em guerra, a partir de 1914 em diante, a quota refere-se à média de 1912-14. Nos outros às médias de 1913-15 ou de 1913-16.

morte necessária, de Cauderlier, pois, segundo afirma este autor, "o coeficiente mínimo de mortalidade por cada idade em relação à mortalidade total (morte necessária) poderia reduzir-se a 10 por 1:000 se todas as necessidades da vida fôsem satisfeitas normalmente, isto é, as subsistências e as habitações fôsem satisfatórias e os remédios contra as doenças fôsem conhecidos e adotados.". Mas, embora todas estas condições estejam muito longe de serem integralmente satisfeitas, e não sendo a nossa taxa de mortalidade de molde a inspirar cuidados, quando posta em confronto com as das outras nações, isso se deve à nossa posição geográfica e à benignidade do nosso clima; mais grato, porém, nos seria dizer aqui, que isso era devido em parte e também ao melhoramento das condições higiénicas.

É, graças a estas, que nações como a Inglaterra, a Alemanha e a Dinamarca viram em curto espaço de tempo as suas taxas de mortalidade consideravelmente diminuídas, como aconteceu, por exemplo, na Dinamarca onde baixou 19 % de 1891-1900 para 1902-1911.

Pelo que respeita à natalidade, convem, desde já, acentuar que influi bastante sôbre as quotas de mortalidade o valor das quotas de natalidade, porque sendo em muito maior percentagem, por toda a parte, os óbitos das crianças em relação com os óbitos dos adultos, depreende-se que quanto maior

fôr o número de nascimentos de uma dada população, maior será o número de óbitos. Por isso, a par das quotas de mortalidade vão as quotas de natalidade. De facto, as duas linhas de cifras acompanham-se quasi proporcionalmente, se bem que nem sempre haja correspondência. Assim, tem reduzida mortalidade com elevada natalidade, a Argentina e a Austrália.

Ainda com uma natalidade muito maior do que a nossa estão a Romania e a Sérvia e se as suas quotas de mortalidade são também mais elevadas, aquelas estão em desproporção com estas. Pelo contrário a França é um exemplo de país com grande mortalidade para a pequena natalidade que tem. É este um problema de importância vital para aquele país e que por isso seriamente preocupa os seus dirigentes.

Estudando agora a evolução da mortalidade no período de tempo que vai de 1902 (1) a 1916 observa-se que a taxa obituária passou de 19,6 por 1:000 habitantes em 1902, para 20,4 em 1916, conservando-se, portanto, quasi estacionária.

Os coeficientes de mortalidade naquele período vão registados no Quadro II.

O ano de 1914 é aquele em que se regista a

(1) As quotas dos anos abaixo de 1902 não merecem a confiança precisa para estabelecermos confrontos com anos recentes.

taxa de mortalidade mais baixa—18,6—e se os dados estatísticos de anos mais afastados merecessem a confiança que para nós tem as cifras obtidas em anos recentes, poderíamos afirmar que de 1892 a 1916 são os anos de 1914 e 1904 os únicos em que se nota a mais pequena mortalidade, a ponto de a sua quota passar abaixo de 19.

QUADRO II

Anos	Óbitos	Quotas de mortalidade
1902	99.225	19,48
1903	101.431	19,73
1904	96.013	18,50
1905	103.095	19,68
1906	115.163	21,79
1907	102.524	19,22
1908	106.247	19,74
1909	103.262	19,02
1910	102.605	19,15
1911	121.716	22,57
1912	109.330	19,61
1913	113.849	20,35
1914	106.593	18,6
1915	113.482	19,5
1916	120.501	20,4

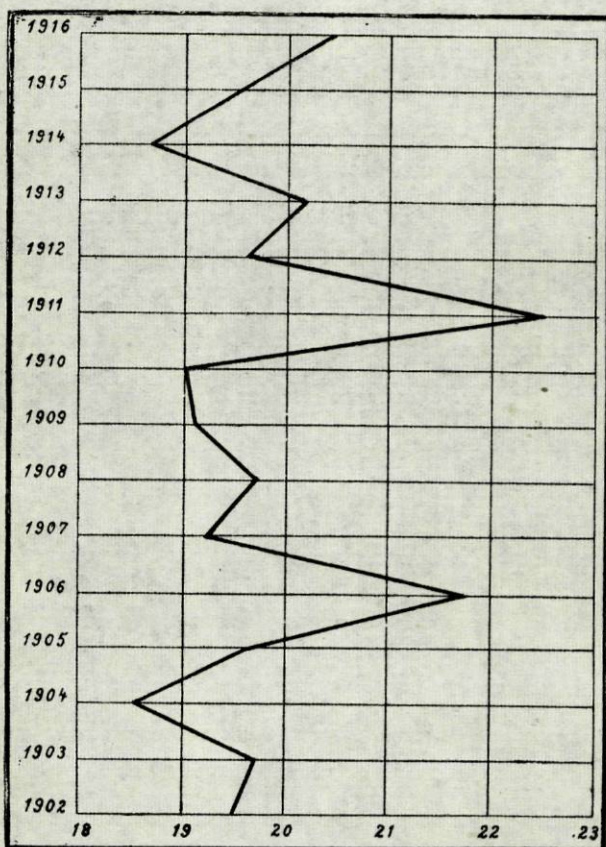
Mas a forma como outrora se colhiam os dados estatísticos era por tal forma deficiente e sujeita a erros que apenas lançamos mão dos números colhidos a partir de 1902 e com eles fizemos o Gráfico I que representa a curva da mortalidade global de 1902-16.

Pondo as quotas referentes a Portugal em confronto com os dos países estrangeiros, nota-se que se, entre nós a taxa de mortalidade se manteve quasi inalteravelmente no período de 1902-16, tal facto é a regra geral, o mesmo sucedendo em outros países da Europa. Apenas em alguns a diminuição foi bastante sensível, como, por exemplo, na Inglaterra e Alemanha com uma diminuição de 16 %, na Holanda com 18 %, e o máximo de 19 % na Dinamarca onde de resto a taxa de mortalidade era já baixa; nos restantes países conservou-se estacionária.

Foi nesses países com uma tão sensível diminuição na sua taxa de mortalidade que a Higiene mereceu aos seus governantes os mais sérios cuidados, e razão oposta deve apontar-se para Portugal. Porque até agora as nossas condições higiénicas não melhoraram, e até mesmo as cifras obituárias aumentaram. E não se nos antolha uma perspectiva mais risonha porque sendo, segundo Rosati, *o dinheiro o marido da Higiene*, não é com o magro tesouro portuguez que se vai meter ombros a tão dispendiosa empresa.

Gráfico I — Curva da mortalidade global

(902-916)



idade essa quota atinge a cifra elevada de 309 nos velhos de 80 e mais anos e quota var. etc. 171 sem contudo atingir numero tão elevado como nas crianças de 1 ano.

II

QUADRO III

(Médias de 1913-16)

Quotas de mortalidade por idades, sexos e causas

Por idades.—É sob o ponto de vista etário, que a mortalidade em Portugal se reveste das mais negras côres. Mais de uma terça parte dos óbitos são de menos de 4 anos, perecendo ao desabrochar as melhores esperanças da vida.

De 1913 a 1916 a proporção de crianças mortas até 1 ano de idade é de 23,5 % e de 1 a 4 anos, é de 15,8 %; ao todo 39,3 %. É de tão grande importância este aspecto da mortalidade infantil que elle nos merecerá a atenção num capítulo especial. Não se julgue, porém, que essa hecatombe das crianças seja infortúnio exclusivo nosso, pois, como por toda a parte se observa, as crianças e os velhos oferecem uma quota de mortalidade muito mais elevada que a dos adultos (Quadro III).

Assim, nas crianças de menos de 1 ano de

idade, essa quota atinge a cifra elevada de 209 ‰; nos velhos de 80 e mais anos a quota vai até 171 ‰, sem contudo atingir número tão elevado como nas crianças de 1 ano.

II
QUADRO III

(Médias de 1913-16)

Idades	População	Óbitos	Mortalidade ‰
0-11 meses	127.539	26.696	209,3
12-23 "	120.021	9.755	81,2
2- 4 anos	432.864	8.210	18,9
5- 9 "	679.926	3.263	4,8
10-14 "	612.775	1.748	2,8
15-19 "	551.677	2.226	4,0
20-24 "	501.329	2.961	5,9
25-29 "	424.280	2.887	6,0
30-34 "	381.530	2.700	7,0
35-39 "	330.191	2.722	8,2
40-44 "	320.538	2.929	9,1
45-49 "	262.065	2.894	11,0
50-54 "	274.282	3.721	13,5
55-59 "	196.022	3.854	19,6
60-64 "	209.216	6.196	29,5
65-69 "	126.309	5.552	43,9
70-74 "	105.813	7.765	73,3
75-79 "	50.364	6.886	136,7
80-∞ "	48.556	8.313	171,2
Ignorada	14.279	906	63,4
Geral	5.769.616	113.606	19,7

Os números que exprimem a quota de mortalidade baixam rápidamente a partir dos 2 anos

descendo a 2,8 ‰ aos 10-14 anos, sendo de 4,8 ‰ a quota de mortalidade aos 5-9 anos. Daquela idade em diante até aos 50-59 anos as cifras sobem muito lentamente em progressão aritmética, mantendo-se quasi constantes dos vinte aos trinta anos. A partir dos 60 anos, a quota eleva-se um pouco mais, crescendo em progressão geométrica, quasi attingindo 75 ‰ aos 70 anos para depois de esta idade subir mais abruptamente à medida que se vai avançando em idade, para attingir 171,2 ‰ aos 80-90 anos. Porém, melhor do que o poderíamos exprimir com os frouxos recursos da palavra, no-lo traduz eloquentemente o Gráfico II.

Reconhece-se do que fica exposto que Portugal é um dos países onde o coeficiente mínimo de mortalidade é menor; na Inglaterra e Gales é de 3,1 por 1:000; na Itália 5,1 por 1:000 no período que vai de 1905 a 1910.

Convem esclarecer que em igual período o nosso coeficiente mínimo era de 6,4 por 1:000.

Por sexos.— Pelo que respeita aos sexos, o masculino tem uma quota mais elevada que o feminino. É um facto demográfico bem conhecido, êste da maior mortalidade dos varões, pois reconheceu-se em 24 Estados, estudando a mortalidade por grupos de idades e por sexos, que a mortalidade masculina no conjunto excede mais ou menos a feminina, excepção feita para a Sérvia onde no decénio de 1896-905 a mortalidade feminina exce-

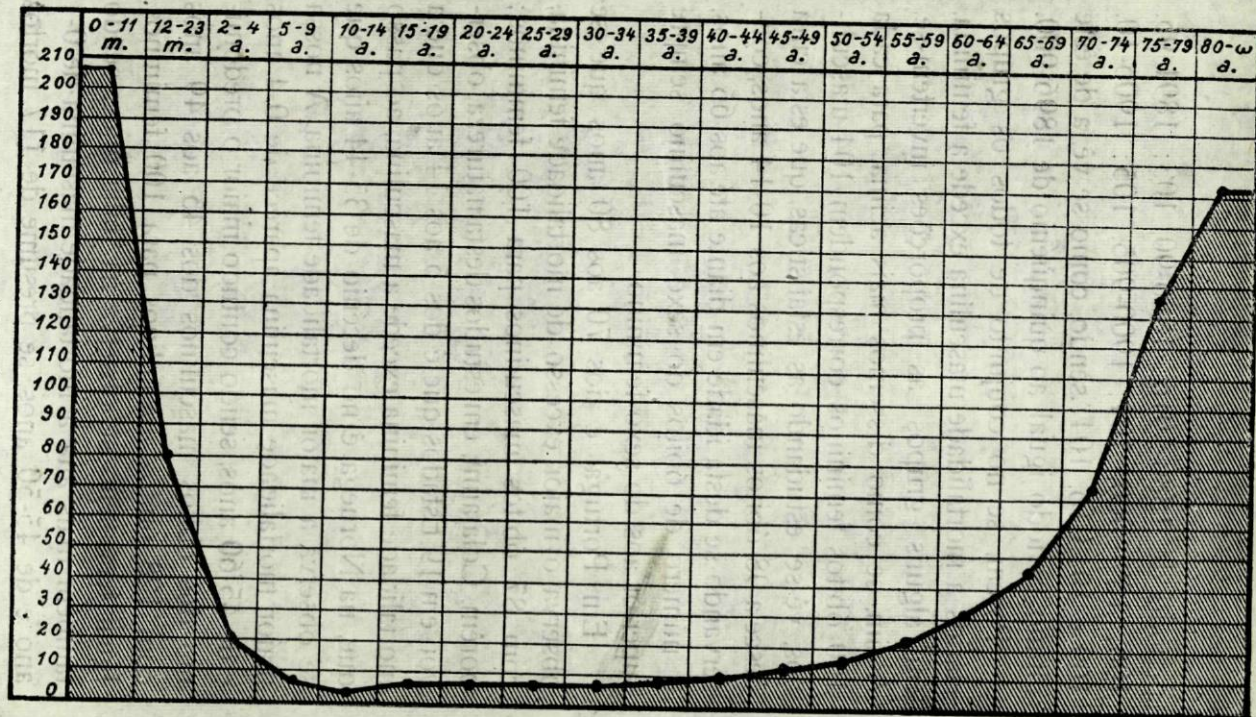
deu a masculina, pois foi de 24,3 para as fêmeas e de 23,2 para os varões.

Em Portugal, considerando no conjunto a mortalidade masculina e feminina, por sexos e idades, observa-se que a masculina excede a feminina. Assim, nos quatro anos que serviram para a nossa estatística, os óbitos do sexo masculino foram de 232:028 com uma média anual de 58:007 para uma população média masculina de 2.742:144, o que dá uma quota de mortalidade de 21,1 por 1:000.

Pelo que respeita ao sexo feminino, os óbitos ocorridos em 1913-16 foram em número de 222:397, o que dá uma média anual de 55:574 numa população média feminina de 3.022:672; a quota de mortalidade para o sexo feminino é, pois, de 18,3 por 1:000, inferior portanto à do sexo masculino. Diz-se, pois, e com razão, "que está na morte a força compensadora da maior natalidade masculina", a mortalidade masculina excedendo em toda a parte a mortalidade feminina. A diferença entre uma e outra, sendo em Portugal de 4,8 % aproxima-se da mínima que é na Itália de 3,6 % e afasta-se muito da máxima, que é em Inglaterra de 14 %.

Dando o valor de 100, à mortalidade feminina, para melhor se vêr a marcha da mortalidade dos dois sexos, nota-se que a mortalidade masculina em Portugal sofreu as seguintes variações no

Gráfico II — Curva da mortalidade segundo as idades (Quotas ‰)



período de 1886-1916: 1886-90, 103; 1891-95, 106; 1896-900, 104; 1900-905, 105; 1906-10, 109 e 1913-16, 104; sendo, como se vê, a de este último período igual ao quinquênio de 1896-900.

Porém, se no conjunto de todos os grupos etários a mortalidade masculina excede a feminina, em alguns grupos as proporções invertem-se. Assim, se como dissemos mais acima, para cada 100 óbitos femininos correspondem 104 masculinos, vê-se, estudando as estatísticas, que esta cifra desce a 98 óbitos masculinos aos 10-14 anos, conservando-se desta idade em diante até aos 65 anos, o número de óbitos do sexo masculino sempre superior aos do sexo feminino.

Em Portugal é dos 70 aos 80 anos que se observa o maior excesso de mortalidade feminina, com 87 óbitos masculinos para 100 femininos; porém, Colajanni, em estudos desta natureza, observou em 19 Estados que é dos 5 aos 14 anos que a mortalidade feminina excede a masculina, ao passo que, na Noruega é no decénio de 35-44 anos que se observa a maior mortalidade feminina. A nossa maior mortalidade masculina aparece de 0-4 anos e de 45-60 anos, sendo contudo maior o predomínio dos óbitos masculinos dos 45 aos 49 anos com 128 óbitos masculinos para 100 femininos. Igual fenómeno se observa na Itália onde, sendo também mais alta a mortalidade masculina de 0-1 ano e de 45-50 anos, se presume de 117 mortos

masculinos para 100 femininos no primeiro período.

Afirmam os demógrafos que a mortalidade em geral tende a diminuir e com esta diminuição se atenuam as diferenças de mortalidade entre os dois sexos.

Em Portugal não se observou essa diminuição no período de 1913-16, pois, sendo de 113:849 o número total dos óbitos em 1913, passou a 120:501 em 1916, havendo contudo uma manifesta diminuição em 1914 e 1915 com 106:593 e 113:482 óbitos, respectivamente. Salvo leves variantes, as mesmas alterações se observaram através dos diferentes grupos de idades durante aqueles 4 anos, havendo, no entanto, apreciável diminuição no número de óbitos de morte ignorada ou mal definida, o que prova o maior cuidado posto na elaboração das certidões de óbito para a organização das estatísticas.

Por causas.—As causas de morte em Portugal vão coligidas no Quadro IV relâcionadas como veem nas estatísticas oficiais.

A primeira coluna indica as cifras dos óbitos no período 1913-16; a segunda indica as percentagens relativas de cada rúbrica. Vê-se assim, com que quota parte entra cada causa de morte no obituário geral, incluindo como rúbrica, a das doenças ignoradas ou mal definidas. É, portanto, o resultado de um apuramento geral dos quadros das

causas de morte em cada um dos anos em que baseamos o nosso trabalho.

QUADRO IV

Febre tifóide	2.729	0,6	%
Tifo exantemático	82	0,02	"
Paludismo	915	0,2	"
Variola	664	0,1	"
Sarampo	3.315	0,7	"
Escarlatina	161	0,03	"
Coqueluche	2.429	0,5	"
Difteria	1.863	0,4	"
Gripe	2.808	0,6	"
Colera nostras	7	0,002	"
Meningite epidémica	750	0,2	"
Outras doenças epidémicas	594	0,1	"
Tuberculose dos pulmões	24.655	5,4	"
Tuberculose das meninges	1.628	0,3	"
Outras tuberculosas	3.042	0,6	"
Cancro e outros tumores malignos	5.501	1,2	"
Meningite simples	5.338	1,1	"
Congestão, hemorragia e amolecimentos do cérebro	19.121	4,2	"
Lesões orgânicas do coração	20.627	4,5	"
Bronquite aguda	9.767	2,1	"
Bronquite crónica	2.608	0,5	"
Pneumonia	13.298	2,9	"
Outras doenças do aparelho respiratório (excepto tísica).	6.926	1,5	"
Doenças do estomago (excepto cancro)	1.625	0,3	"
Diarreia e enterite.	41.590	9,1	"

Apendicite e tifite	142	0,03	%
Hérnias, obstruções intestinais .	1.283	0,3	"
Cirrose do fígado	2.270	0,5	"
Nefrite aguda e Mal de Bright	4.830	1	"
Tumores não cancerosos e outras doenças dos órgãos genitais da mulher	327	0,07	"
Septicemia puerperal (febre, pe- ritonite, flebite puerperais) .	1.246	0,3	"
Outros acidentes puerperais da gravidez e do parto	1.001	0,2	"
Debilidade congénita e vícios de conformação	17.188	3,8	"
Senilidade	22.259	5	"
Mortes violentas (excepto sui- cídio)	7.388	1,7	"
Suicídios	1.742	0,4	"
Outras doenças	22.018	5	"
Doenças ignoradas ou mal defi- nidas	197.858	43,5	"

Desde já, temos que fazer referência à enorme proporção das doenças ignoradas ou mal definidas. É de 43,5 %. Quer dizer, quasi 45 % dos portugueses morrem sem uma certidão de óbito nas devidas condições. São quasi todos indivíduos que morrem sem assistência médica.

As certidões de óbito podem ser passadas pelos regedores, em harmonia com o disposto no artigo 249.º da lei do registo civil, que lhes permite a verificação dos óbitos, quando *absolutamente* não possa ser feita pelos médicos, como acontece,

por exemplo, nas localidades onde não haja facultativo. Abusou-se, porém, de tal concessão e durante largo tempo nas povoações onde mesmo havia médico, eram os regedores que certificavam os óbitos.

Todavia, há pouco ainda, uma circular enviada aos regedores faz-lhes sentir mais claramente as suas atribuições e desapossa-os de uma função tão imerecida como ilegal. Mas em que condições é que alguns médicos redigem as suas certidões de óbito? Nos seus próprios consultórios ou mesmo em suas casas *verificam* o óbito e passam assim uma certidão que péca pela excessiva confiança que depositam nas declarações da pessoa que se lhes dirige; é isto o que se passa muitas vezes, principalmente nas províncias.

Por isso, e ainda porque succede nas certidões ser indicado muitas vezes, como causa de morte, o fenómeno último que determinou o óbito em vez do processo que gerou êsse fenómeno, as estatísticas officiais não merecem confiança absoluta. No entanto, são incomparavelmente mais úteis do que quando êsse serviço estava a cargo dos regedores.

Esta falta de dados exactos para fazer uma estatística de causas de morte, a despeito da grande importância que tem a sua determinação, pode prejudicar a elaboração de tabelas de frequência das diversas causas. Mas, se atendermos a que os

indivíduos que morrem sem assistência, são vitimados pelas mesmas doenças que aqueles que morrem com assistência clínica ou pelo menos, com verificação do óbito por um médico, não repugna aceitar que os êrros de estatística se distribuam eqüitativamente pelas diversas causas da morte. De modo que as percentagens obtidas devem corresponder sensivelmente às percentagens reais.

Mais interessante será organizar um quadro de freqüência relativa das diversas causas de morte, juntando em grupo as rúbricas associáveis. Assim, se juntaram no Quadro V em rúbricas comuns: todas as doenças infecciosas, as formas várias de tuberculose, as afecções cerebrais e meningeas, as do aparelho respiratório, excepto tísica, as do digestivo, menos enterites, as complicações do puerpério, conservando-se as restantes rúbricas e figurando não os óbitos, mas as percentagens relativas de cada rúbrica. As afecções que figuram no quadro com percentagem mais elevada são: a diarreia e enterite com a alta percentagem de 16,2 % e a seguir as doenças do aparelho respiratório (excepto tísica) com perto de 13 de percentagem; ora, convem desde já acentuar que são aquelas afecções as que mais particularmente incidem sobre as crianças e que estas pelo pesado tributo que lhes pagam, elevam assim tão assustadoramente a percentagem daquelas doenças.

Com percentagem um pouco inferior (11,4%)

às das doenças do aparelho respiratório, menos tísica, figura a tuberculose nas suas várias formas, o que nos merecerá especial referência num dos capítulos seguintes.

QUADRO V

Percentagens relativas de mortalidade por cada grupo de causas de morte

Doenças epidémicas	6,4 %
Tuberculose	11,4 "
Cancro e outros tumores malignos	2,1 "
Afecções cerebrais e meníngeas.	9,9 "
Lesões orgânicas do coração.	8 "
Doenças do aparelho respiratório (excepto tísica).	12,7 "
Doenças do aparelho digestivo (excepto cancro)	2 "
Diarreia e enterite	16,2 "
Nefrite aguda e Mal de Bright.	1,8 "
Complicações do puerpério	0,8 "
Tumores não cancerosos e outras doenças dos órgãos genitais da mulher	0,1 "
Debilidade congénita e vícios de formação	6,6 "
Senilidade	8,6 "
Mortes violentas (excepto suicídio).	2,8 "
Suicídios	0,7 "
Outras doenças	8,6 "

Tem percentagens quasi iguais: as afecções cerebrais e meníngeas (9,9 %), a senilidade (8,6 %) e as lesões orgânicas do coração (8 %); depois apa-

rece, com percentagem menor, a debilidade congénita e vícios de conformação com 6,6 % e as mais pequenas percentagens cabem: às mortes violentas (2,8 %), cancro e outros tumores malignos (2,1 %), doenças do aparelho digestivo, excepto cancro e enterites (2,0 %), nefrite aguda e Mal de Bright (1,8 %), as complicações do puerpério e por último os suicídios com a percentagem mínima de 0,7 %.

Vamos agora vêr a importância de cada uma das rúbricas que figuram no Quadro V, os caracteres que teem e que podem interessar à nosografia e à profilaxia.

Doenças epidémicas

Entre nós, como se verifica examinando o Quadro VI, as doenças epidémicas com taxa de mortalidade mais elevada, são: o sarampo, que ocupa o primeiro lugar, com a alta percentagem de 20,3 %, a gripe e a febre tifóide com percentagens quâsi iguais — 17,2 % e 16,7 %, respectivamente; a seguir vem a coqueluche com 14,8 % e depois, com percentagem inferior, a difteria — 11,4 %.

O paludismo, a meningite epidémica e a varíola figuram no quadro com percentagens já menos elevadas, respectivamente: 5,6 %, 4,5 % e 4 %, cabendo as menores percentagens à escarlatina (0,9 %), tifo exantemático (0,5 %) e à cólera nostras, esta com a ínfima percentagem de 0,04 %, tendo viti-mado apenas 2 pessoas do sexo feminino em 1914, 4 (duas de cada sexo) em 1915 e 1 do sexo femi-nino, em 1916.

QUADRO VI

**Percentagens relativas de mortalidade per
doenças epidémicas**

Febre tifóide	16,7 %
Tifo exantemático	0,5 "
Paludismo	5,6 "
Variola	4 "
Sarampo	20,3 "
Escarlatina	0,9 "
Coqueluche	14,8 "
Difteria	11,4 "
Gripe	17,2 "
Cólera nostras	0,04 "
Meningite epidémica	3,6 "
Outras doenças epidémicas	4,5 "

Se puzermos em confronto as percentagens dêste quadro com as dos países estrangeiros, verifica-se ser muito desigual a incidência das diversas infecções. Países há em que as percentagens são, para algumas, superiores às nossas. Assim, na Europa observa-se: na Itália para o tifo e febre tifóide com 350 mortos, a variola com 93 por 1:000; na Hungria a escarlatina com 508; na Prússia e na Áustria para a difteria e crup com 401 e 793, respectivamente.

Em quasi toda a parte manifesta-se grande diminuição no número de óbitos devidos a doenças infecciosas em consequência dos melhoramentos realizados nas cidades, isolamentos de doentes, vacinação, aplicação de soros, etc.

Em Portugal, a despeito da pequena melhoria das condições higiênicas em geral, essa diminuição também se observou, principalmente nos anos de 1914 e 1915.

Em 1916, algumas doenças infecciosas houve que tiveram um ligeiro aumento no número dos seus óbitos com respeito aos anos anteriores, como por exemplo, o sarampo cujo número de óbitos foi de 710 em 1913 e atingiu em 1916 a cifra elevada de 1789, tendo sido apenas de 246 em 1914. A febre tifóide e o paludismo são as restantes doenças infecciosas que sofreram leve aumento em 1916.

A varíola é um exemplo vivo de doença epidémica com uma grande diminuição no número dos seus óbitos; fêz 292 vítimas em 1913 e apenas 59 em 1916. As outras doenças epidémicas sofreram também diminuição apreciável.

Nesta ligeira crítica do Quadro VI convém especificar a febre tifóide e a varíola, porque tratando-se, como é sabido, de doenças evitáveis, figuram com percentagens elevadas, mórmente a primeira que paga à letalidade por moléstias infecciosas o pesado tributo de 16,7%.

A febre tifóide vitimou, nos 4 anos que serviram para a elaboração do nosso trabalho, 2:729 in-

divíduos, quasi igualmente distribuidos por ambos os sexos, mostrando todavia, no geral, um manifesto predomínio pelo sexo masculino, o que de resto é a regra nos países estrangeiros.

O ano de 1916 foi, como ficou já apontado acima, o que deu maior contingente de óbitos, pois couberam-lhe 774; vem, depois, por ordem decrescente de mortalidade, 1913 com 722 óbitos e 1915 e 1914 com 662 e 571 falecimentos, respectivamente. Como se vê, não se operou entre nós, a diminuição que se fêz sentir noutros países, como a França, onde a mortalidade era de 0,34 por 1:000 em 1893 e baixou a 0,19 por 1:000 em 1911 (em 1908 era de 0,17 por 1:000). No entanto, é possível que ilações diferentes viessemos a registrar, se o nosso trabalho se baseasse num maior número de anos de forma a poder permitir um mais profundo estudo; apesar disso, é necessário acrescentar que, estando a mortalidade pela febre tifóide em estreito paralelo com os melhoramentos da hygiene, sobretudo pelo que respeita à água potável, não seria muito para espantar se as conclusões a que chegamos fôsem as mesmas.

Referem os demógrafos que a idade mais atacada é a dos 20 anos e entre nós verifica-se que foi o quinquênio 15-19 anos que contribuiu com o maior número de defunções para cifra total. Á sua conta couberam-lhe 399 óbitos, o que porém não quer dizer que as outras idades não sejam dura-

mente experimentadas pela dotieneria. Assim, até aos 2 anos registaram-se 125 óbitos, passando êste número a 146 aos 2-4 anos, sobe sempre até atingir o máximo aos 15-19 anos, para depois declinar lentamente na idade adulta, fazendo ainda 113 vítimas aos 45-49 anos; a partir desta idade, o número dos óbitos vai baixando mais rápidamente, havendo apenas 18 defunções aos 80-∞ anos.

O facto da diminuição, embora lenta, a partir dos 20 anos, que se observa no número de óbitos por esta doença, deve talvez ser atribuído à imunidade que os primeiros ataques conferem.

A vacinação anti-tifóide praticada largamente durante a última guerra nos soldados em campanha, deu resultados tão seguros e tão brilhantes, que é deveras lamentável que ela se não pratique hoje por toda a parte ou que se torne mesmo obrigatória para todos, mormente para as classes pobres, pois que, sendo, como o afirma Courmont, "a febre tifóide a doença das mãos sujas," vê-se quão extraordinariamente perigosa é esta doença naquelas classes onde a hygiene é palavra vã e sem significado.

A *varíola*, deformadora e horrível pelas suas pústulas e pelo seu cheiro pestilencial, era outrora

a mais terrível das doenças agudas e preocupava toda a gente que a não tivesse tido ainda, sendo justamente considerada o maior flagelo da humanidade. Ignora-se a época em que apareceu este terrível flagelo, afirmando alguns autores que foi na China onde primeiro apareceu; porém, outros contam-na entre as sete pragas do Egipto. Penetrou na Gália no século vi e no século xv espalhou-se por toda a parte, sendo levada até à América pelo nosso Cristóvão Colombo.

— Numerosíssimas a princípio as suas vítimas, hoje, graças à preciosa descoberta da vacinação jenneriana e do tratamento profilático das supurações, é uma afecção de que ninguêem se arreceia. A sua mortalidade, antes da notável descoberta de Jenner era de 70 % e hoje está reduzida, entre nós, às proporções que o Quadro VI aponta; porém, muito menores poderiam ser aquelas percentagens, a ponto de o número das suas vítimas poder ser contado por unidades ou poucas dezenas, se se cumprissem as disposições legais em vigor que lhe dizem respeito.

Em Portugal é obrigatória a vacinação e revacinação anti-variólica por lei de 2 de Março de 1899 apresentada ao Parlamento pelo conde de Sêna — tão seguros, constantes e progressivos eram os resultados colhidos, desde que Eduardo Jenner a descobrira em Inglaterra em 1775 e em Portugal em 1799 o médico Francisco José de Almeida pri-

meiro e depois em 1805 D. Maria Izabel Wanzeller a praticaram com êxito tão animador (1).

Mas a lei do conde de Sêna ficou no olvido e só a 23 de Agôsto de 1911 é aprovado, por decreto do Governo Provisório, o regulamento dêsse valioso e esquecido documento, tornando obrigatória a vacinação para todas as crianças domiciliadas em Portugal, dentro do primeiro ano de idade, sendo a revacinação obrigatória dos 7 aos 8 anos e 14 aos 15, com excepção das crianças que tenham sofrido um ataque de variola certificado por médico e das que sofram as doenças que contra-indicam a vacinação. Não obstante o espírito da lei, desgraçadamente para todos nós, é ainda por centenas que em alguns anos se contam os óbitos causados pela variola e estamos, infelizmente, muito longe ainda de ver a nossa percentagem reduzida, por exemplo, às proporções da da Alemanha, que há pouco ainda não registava mais que 4 ou 5 mortos por ano para uma população de 60.000:000 de habitantes.

A variola escolhe as suas vítimas, principalmente na primeira infância, vitimando nos 4 anos

(1) Para corroborar esta asserção basta citar os trabalhos do Dr. António de Azevedo sôbre o estudo da variola em Lisboa. A média dos óbitos por variola, que era de 232 por ano em Lisboa, em 1898, baixou nos 6 anos imediatos para 26, em virtude da execução da lei da vacinação obrigatória que no ano anterior tinha sido promulgada.

da nossa estatística: 25 crianças de 0-11 meses de idade, 150 de 12-23 meses, 159 de 2-4 anos e apenas 74 no segundo quinquênio da vida e tudo isto num total de 664 óbitos. Daquela idade em diante, as suas vítimas vão rareando devido, certamente, à imunidade relativa que o primeiro ataque confere — e poucas são as crianças que lhe escapam — ou à menor receptividade, tendo falecido somente 26 indivíduos, aos 10-14 anos, indo as cifras diminuindo sucessivamente até se contar apenas por 1 o número de defunções no quinquênio 75-79 anos.

O sexo masculino afirmam os demógrafos e a nossa estatística o confirma, é o mais vitimado; dos 664 óbitos do obituário total, 382 pertenceram ao sexo masculino e 282 ao sexo feminino, isto é, mais 15,06 %.

O ano de 1913 é aquele que dá maior número de óbitos, vitimando 292 indivíduos, isto é, perto de metade da cifra total (664) e nos anos seguintes registam-se números sucessivamente decrescentes, cabendo 235 a 1914, 138 a 1915 e 59 a 1916. Êste último ano tem, como se vê, um número de óbitos relativamente baixo, quasi $\frac{1}{10}$ da mortalidade total pela varíola nos 4 anos. Ter-se-hia intensificado o combate da varíola por meio da vacinação jenneriana obrigatória? Oxalá!

O *tifo exantemático* é endêmico e todos os anos dá óbitos, que de longe a longe aumentam por efeito da epidemia como a que passou no norte do país em 1918-20.

A sua percentagem em relação às outras doenças epidêmicas é pequena — apenas de 0,5 %.

O ano de 1913 foi o que deu mais óbitos, contribuindo com 30 para o obituário total (82) nos 4 anos. Os três anos seguintes deram um número de óbitos sucessivamente decrescente, a saber: 25, 21 e 6, respectivamente.

A idade mais atingida pelo tifo exantemático é a dos 20-24 anos que forneceu 14 óbitos; as idades aquém e além daquele quinquênio teem cifras sucessivamente decrescentes à medida que dela se afastam.

O sexo masculino foi o mais vitimado; dos 82 óbitos da mortalidade total, couberam-lhe 42 e 40 ao sexo feminino. A diferença é, portanto, insignificante.

O *sezonismo* dá entre nós um contingente apreciável, sem contudo atingir as proporções graves que atinge na Itália, onde no decénio 1881-

90 foram atacados de febres palustres mais de 87 % dos ferroviários italianos. Todavia regiões há em Portugal onde a malária assenta arraiais em virtude das condições geográficas, geológicas e topográficas e ainda higiénicas do indivíduo e da população lhes facilitarem o desenvolvimento.

Os 4 anos do nosso trabalho forneceram à cifra do obituário geral 915 óbitos por sezonismo quási uniformemente repartidos por cada um dos 4 anos; apenas 1914 contribuiu com 159 e os restantes com a média de 250 defunções.

É a primeira infância a idade mais ceifada pelo sezonismo. Até um ano de idade vitimou esta afecção 132 crianças, 102 de 12-23 meses, 45 dos 2 aos 4 anos e 91 dos 5 aos 9 anos. Desta idade em diante o número dos óbitos mantem-se estacionário em cada quinquênio, regulando por 35 a média de cada um daqueles períodos etários.

O sexo masculino foi muito mais dizimado que o feminino. Deu 522 óbitos e o feminino 393.

Dispondo estes dados por períodos etários de 5 anos e tomando as médias anuais, em vez do número total dos óbitos, consegue-se organizar o Quadro VII.

Da sua leitura conclui-se que o paludismo se encarnaça com as crianças até aos 5 anos, fazendo ainda uma apreciável razia dos 5 aos 10 anos; com êste ataque parece ganhar-se uma imunidade temporária que tem o seu optimo entre os 10 e 15

anos; perdendo-se pouco a pouco esta falta de receptividade, vêmo-la atenuar-se um pouco entre os 25 e 30 anos, o que dá lugar a um novo ataque do hematozoário de Laveran no decénio seguinte. Com êste ataque readquire-se uma relativa imunidade que se manifesta no decénio imediato que vai dos 45 aos 55 anos; segue-se novo período de fácil recepção entre os 60-65 anos ao qual se segue logo outro período de relativa irreceptividade dos 65 aos 70 anos. O período que se estende dos 70 aos 80 anos caracteriza-se por uma razoável facilidade de recepção, ganhando-se então uma certa imunidade que se manifesta dos 80 anos em diante.

QUADRO VII

Períodos etários	Média anual
0- 5	87,2
5-10	22,7
10-15	7,2
15-20	8,2
20-25	8,5
25-30	9
30-35	7
35-40	9,2
40-45	10,2
45-50	6,5
50-55	6,7
55-60	7,2
60-65	10,7
65-70	5,5
70-75	7,7
75-80	7
80-∞	2,7

Estudando a infecção malárica durante 7 anos, o Dr. João Felecissimo chegou a idénticas conclusões, obtendo um quadro semelhante (Quadro VIII) que completou com o índice de morbilidade e que nós aqui reproduzimos pelo interêsse que tem. As médias anuais que nele figuram são muitíssimo mais baixas, o que equívale a dizer que nos quatro anos a que se refere o nosso trabalho, a infecção palustre produziu maior número de óbitos.

QUADRO VIII

Períodos etários	Média anual	Índice de morbilidade
0- 5	27	5,2
5-10	12,3	2,5
10-15	4,6	1
15-20	9,8	2,6
20-25	10,4	3,6
25-30	12,4	4,9
30-35	7,7	3
35-40	4,6	1,8
40-45	4,6	2,1
45-50	2,8	1,5
50-55	2,8	1,4
55-60	3,1	2,6
60-65	1,6	1,5
65-70	0,6	1
70-75	0,1	0,3
75-80	0,3	1,5
80-85	0,1	1,1

O As afecções próprias da infância são as mais mortíferas, principalmente o *sarampo*. É a esta infecção, mais mortífera ainda que a varíola, que cabe a mais alta percentagem das doenças infecciosas. Sendo dotado de uma enorme receptividade, poucas são as crianças que lhe escapam, enriquecendo o obituário infantil com uma cifra elevada de óbitos. A sua percentagem é de 20,3 % numa totalidade de 3:315 indivíduos vitimados.

O ano de 1916 contribuiu enormemente para elevar aquela cifra, dando o contingente apreciável de 1:789 óbitos, número bastante elevado quando posto em confronto com o dos anos anteriores que deram 710, 246 e 570 óbitos, respectivamente em 1913, 1914 e 1915. Sendo, como é, uma afecção própria da infância é contudo até aos 2 anos de idade que o sarampo escolhe de preferência as suas inocentes vítimas, contribuindo os outros grupos etários com cifras relativamente pequenas, o que é mister atribuir à imunidade que o primeiro ataque confere.

Afirmam ilustres demógrafos que o máximo da mortalidade cabe ao segundo ano da vida e nós, na tabela que elaboramos, conseguimos apurar também uma maior mortalidade para os 12-23 meses com 1091 defunções; nos dois anos imediatos fa-

leceram 1:064 indivíduos— número aproximado do anterior, é certo, mas na realidade distanciado bastante, porque se refere a 2 anos e por isso deve ser reduzido a metade para mais seguro confronto. O 1.º ano deu 618 óbitos, cifra elevada se pensarmos com D'Espine na relativa imunidade que caracteriza os 6 primeiros meses da vida (1).

O sexo masculino excede um pouco o sexo feminino no número total dos seus óbitos.

As outras infecções nada tem de especial, quer pelo que respeita à idade mais atingida, quer ao ano mais vitimado, para que nos mereçam aqui uma referência particular. Contudo a *gripe* vai prender-nos ainda a atenção, embora muito ligeiramente. Sendo uma infecção de todos os anos, apressando às vezes a morte a muitos doentes, no período de 1913-16 não deu epidemia notável, levando no entanto cêrca de 3:000 indivíduos. E estes números são pouco mais de metade dos números reais, atendendo à elevada percentagem,

(1) O distinto economista prof. Bento Carqueja afirma no seu livro "O Povo Português," que o sarampo é "tanto mais grave quanto o indivíduo é mais novo, sendo quasi fatalmente mortal em antes de 1 ano."

como já referimos, dos mortos sem certidão de clínico.

J. Courmont no seu "Précis d'Hygiène," diz que a gripe tem o seu máximo de freqüência entre os 18 e 40 anos e talvez isto tivesse acontecido na epidemia de 1918-19. No entanto, na tabela que elaboramos, à face das estatísticas oficiais, chegamos a conclusões diferentes; é precisamente naquela idade que se nota menor mortalidade, sendo a partir dos 45 anos e na 1.^a infância que se observa o maior número de óbitos. Quando se organizarem as estatísticas referentes a 1918-19 poder-se há ajuizar dos estragos que fêz entre nós a horrível epidemia que grassou então. Atingindo de preferência os adultos fortes e robustos, fêz em poucos meses, no mundo inteiro um número maior de vítimas do que a guerra até então tinha feito.

cional aos Tuberculosos colher no desenvolvimento de
1903-07. Segundo as estatísticas entre organizações
a média anual da mortalidade por tuberculose foi
de 6:113 óbitos, sendo 5:085 de tuberculose pul-

IV

monar, 333 de tuberculose meningea e 995 de
outras tuberculosas; a taxa de mortalidade geral
pela tuberculose era de 1:402 por 1:000 indivi-

Tuberculose

O Prof. Ricardo, tendo-se em dados
embora imperfeitos que obtivera do apuramento
que o levantamento da profilaxia da tuberculose
determina no seu artigo (2) (3) apurou que a

As cifras de tuberculose das estatísticas oficiais
não são a expressão da verdade, porque há muitos
casos diagnosticados como afecções localizadas no
aparelho respiratório e digestivo, sem levarem a
nota da etiologia. Ainda assim é enorme o contin-
gente mortuário da tuberculose.

No período de 1913-16 faleceram 29:325 indi-
víduos de tuberculose o que dá uma média anual
de 7:331 óbitos, sendo 6:163 de tuberculose pul-
monar, 407 de tuberculose meningea e 760 de
outras tuberculosas (Quadro XII). Sendo a popula-
ção média naquele período calculada em 5.769:616
habitantes, conclui-se que a mortalidade pela tuber-
culose representa a taxa de 1,28 por 1:000 habi-
tantes.

Estes dados aproximam-se bastante, excedendo
ligeiramente, os que a benemérita Assistência Na-

cional aos Tuberculosos colheu no quinquênio de 1903-07. Segundo as estatísticas então organizadas, a média anual da mortalidade por tuberculose foi de 6:113 óbitos, sendo 5:085 de tuberculose pulmonar, 333 de tuberculose meníngea e 695 de outras tuberculoses; a taxa de mortalidade geral pela tuberculose era de 1,162 por 1:000 indivíduos.

O Prof. Ricardo Jorge baseando-se em dados, embora imperfeitos, que obtivera do apuramento que o regulamento da profilaxia da tuberculose determinára no seu artigo 12.º (1), apurou que a tuberculoidade nacional era de 0,59 por 1:000 habitantes.

Contudo, embora devam ser aumentadas as cifras obtidas, não são estas de molde a ensombrar-nos o espírito se as puzermos em confronto com a dos outros países. Com efeito, para reforçar este assunto, basta só passar em revista os seguintes algarismos respeitantes a um quinquênio com percen-

(1) Este artigo mandava proceder ao recenseamento de todos os indivíduos affectados de tuberculose que vissem em Portugal á data de 1 de Janeiro de 1903. Em conformidade com a letra de este artigo, foram, pela Direcção Geral dos Serviços Sanitários, expedidos 12:000 boletins a todos os médicos do país para indicarem o número exacto dos doentes affectados de tuberculose por eles tratados.

Infelizmente o inquérito deu êxito mediocre e os resultados obtidos accusaram a existência de 3:379 indivíduos atacados de tuberculose, sem distincção de localização.

tagem para 1:000 habitantes de mortalidade anual pela tuberculose e percentagem para 100 mortos por todas as doenças :

QUADRO IX

Mortalidade pela tuberculose

	Por 1:000 habitantes	Por 100 mortos
Portugal	1,28	6,3
Alemanha	1,86	8,94
Austrália	0,88	7,55
Áustria	3,39	14,01
Bélgica	1,30	7,71
Dinamarca	2,02	13,01
Egito	1,94	2,29
Espanha	1,92	7,40
Estados- Unidos	1,90	11,85
Finlândia	2,94	15,71
França	3,21	15,72
Gran-Bretanha e Irlanda	1,33	8,21
Hungria	3,93	15,01
Itália	1,62	7,58
Japão	1,46	6,87
Países Baixos	1,86	6,31
Sérvia	2,78	12,47
Suécia	2,77	19,94
Suiça	2,63	15,04

Se considerarmos apenas a tuberculose pulmonar obtem-se o quadro seguinte:

QUADRO X
Mortalidade per 1:000 habitantes

Portugal (913-16) . . .	1,07
Alemanha (906-07) . . .	1,7
Bélgica (900-05) . . .	1,2
França (901-05) . . .	3,2
Inglaterra (901-08) . . .	1,4
Japão (901-08) . . .	1,5

De todos os países que figuram nestes dois quadros, e não são poucos, só à Austrália tem uma taxa de mortalidade pela tuberculose, inferior à nossa.

As proporções relativas das formas registadas, mostram que é a tuberculose pulmonar que reúne 84 % dos óbitos por bacilose (Quadro XI). É a forma vulgar da tuberculose dos adultos.

As outras formas vitimam mais as crianças, nas quais a infecção localizada nos pulmões é mais rara.

QUADRO XI
Porcentagens relativas de mortalidade
per tuberculeoses

Tuberculose dos pulmões . . .	84 %
Tuberculose das meninges . . .	5,5 "
Outras tuberculeoses	10,3 "

É curioso registrar as diferenças, conforme as idades, dos óbitos pelas diversas formas de tuberculose (Quadro XII).

QUADRO XII

Mortalidade por tuberculose segundo a idade

(1913-16)

IDADES	Tuberculose pulmonar	Tuberculose das meninges	Outras tuberculoses	TOTAL
0-11 m.	142	209	118	469
12-23 "	203	191	163	557
2- 4 anos	411	359	304	1.074
5- 9 "	537	351	350	1.238
10-14 "	775	154	243	1.172
15-19 "	2.436	99	242	2.777
20-24 "	3.950	70	273	4.293
25-29 "	3.708	43	226	3.977
30-34 "	2.833	38	217	3.088
35-39 "	2.441	31	188	2.660
40-44 "	1.895	18	151	2.064
45-49 "	1.510	18	125	1.653
50-54 "	1.157	9	135	1.301
55-59 "	825	5	94	924
60-64 "	644	9	83	736
65-69 "	409	5	46	460
70-74 "	274	6	23	303
75-79 "	109	1	22	132
80-∞ "	52	2	4	58
Ignorada	344	10	35	389
Total.	24.655	1.628	3.042	29.325

Constata-se pela leitura de êste quadro que o grupo etário que fornece maior contingente mortuário, não só para a mortalidade global por tuberculose, mas ainda pela tuberculose pulmonar é o dos 20-24 anos; Courmont chega a conclusões diferentes, afirmando que as idades mais expostas à tuberculose são: 0-4 e 30-40 anos.

Em Portugal a mortalidade até aos 4 anos é cêrca de metade do grupo etário mais atingido, tendo aquele quinquênio contribuído com 2:087 óbitos a contrapôr a 4:273 dos 20 aos 24 anos.

O Dr. António de Azevedo num notável estudo que fêz sôbre a tuberculose em Lisboa, chegou à conclusão de que é no primeiro ano da vida que a tuberculose faz maior número de vítimas. Não admira que assim aconteça, porque, infelizmente, deixam muito a desejar as condições higiénicas a que a maior parte das crianças estão sujeitas nos bairros populosos e insalubres de Lisboa e Pôrto.

Se estudarmos agora a distribuição da tuberculose por um ou outro sexo, averigua-se: que o sexo masculino é muito mais vitimado que o feminino, na proporção de 100 óbitos masculinos para 77 femininos; que esta diferença mais se acentua dos 40 aos 65 anos, graças aos misteres mais difíceis a que o homem se submete nesta idade.

Porêm, êste acentuado predomínio do sexo masculino inverte-se no segundo ano da vida e dos 5 aos 20, principalmente dos 10 aos 15 anos.

A diferença aqui é enormíssima, pois a 293 óbitos masculinos opõem-se 479 femininos e este facto correspondendo ao período da puberdade na mulher deve atribuir-se às perturbações que lhe acarreta aquele período.

Por nos parecerem interessantes e curiosas, reproduzimos aqui as conclusões a que chegaram demógrafos e economistas distintos e que estavam fora da alçada do nosso modestíssimo trabalho: 1.^a — em todas as idades a tuberculidade dos casados é inferior à dos solteiros, accusando-se sobretudo a diferença dos 20 aos 40 anos; 2.^a — entre os viuvos, são os viuvos novos, de 20 aos 30 anos os que mais contraem a tuberculose (¹).

Um facto ressalta do exame das nossas estatísticas: é que, além da progressão crescente, desde a infância até à idade adulta da frequência da tuberculose pulmonar (Gráfico III), é interessante notar que a forma pulmonar da bacilose não é rara nos velhos. É um assunto que ultimamente tem sido estudado e que tem grande importância profilática, por mostrar como são perigosos os velhos que tosse, e que habitualmente são julgados portado-

(¹) Courmont diz: "Os homens são duas vezes mais atingidos que as mulheres, mas dos 3-30 anos a mortalidade é mais forte nas mulheres; e depois, graças ao alcoolismo e aos misteres mais difíceis, é mais forte nos homens."

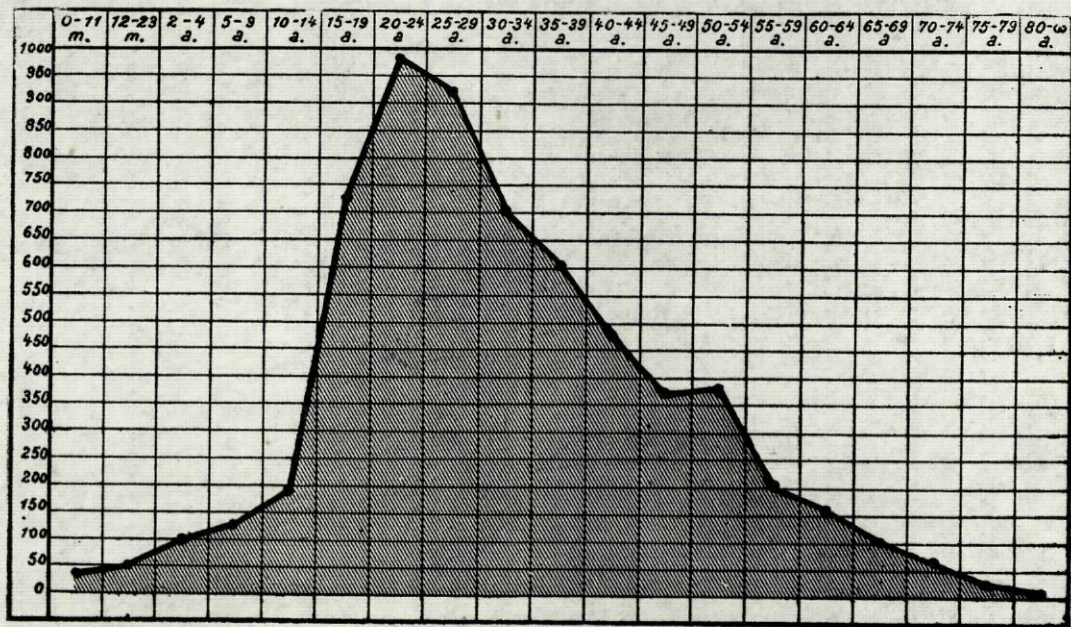
res de bronquites crónicas banais, quando na realidade são tuberculosos contagiantes.

A tuberculose, apesar da campanha generosa e persistente que desde há muito se vem movendo contra ela, é para nós a mais importante das causas de morte e cada vez é maior o número das suas vítimas. A sua taxa de mortalidade que no quinquénio 1903-07 era de 1,16 desceu a 1,10 nos anos imediatos para logo subir a 1,23 no período de 1913-16 e adentro dos 4 anos a que se comporta o nosso trabalho, contam-se por cifras cada vez maiores as vítimas que lhe são imoladas.

Estando a tuberculose em Portugal, muito longe de atingir a expansão com que as estatísticas estrangeiras a revelam, é, contudo, desolador o que acabamos de constatar, porque nos não sabemos utilizar eficazmente das vantagens que a nossa situação à beira-mar nos proporciona.

As condições económicas e sociais que a guerra nos criou hão-de ter, com certeza, contribuído poderosamente para que maior seja hoje o caudal dessas vítimas sacrificadas tantas vezes à ignorância e à incúria. Faça-se da Higiene uma instituição nacional e poder-se há então constatar, como na Alemanha e na Inglaterra que em 35 anos fizeram baixar de 52 % a sua mortalidade tuberculosa, uma diminuição muito sensível nas nossas cifras de bacilose.

Gráfico III — Curva da mortalidade pela tuberculose (Médias anuais)



sucessivamente crescentes, que registam os óbitos por cancro, nos anos de 1913-16. Essas cifras foram: 1:337 em 1913, 1:342 em 1914, 1:357 em 1915 e o ano imediato é caracterizado por um notável incremento no número dos óbitos registando-se 1:465 defunções. Este aumento vem-se fazendo sentir já em anos anteriores.

Cancro e tumores malignos

Mortalidade geral pelo cancro e outros tumores malignos

O cancro é, depois da tuberculose, o maior flagelo da humanidade, principalmente se estudarmos as estatísticas estrangeiras.

As nossas estatísticas oficiais registam 5:501 óbitos no período de 1913-16, o que equivale a uma média anual de 1:375 óbitos por cancro e outros tumores malignos.

Sendo a população média de Portugal avaliada naqueles 4 anos em 5.769:616 habitantes, vê-se que a nossa quota de mortalidade pelo cancro é de 2,4, cifra excedida por uma grande parte de países estrangeiros.

A situação privilegiada que Portugal ocupa deve atribuir-se ao grande número de óbitos não classificados.

É facto constatado por toda a parte, o aumento da frequência do cancro e em Portugal, são cifras

sucessivamente crescentes, que registam os óbitos por cancro, nos anos de 1913-16.

Essas cifras foram: 1:337 em 1913, 1:342 em 1914, 1:357 em 1915 e o ano imediato é caracterizado por um notável incremento no número dos óbitos registando-se 1:465 defunções. Este aumento vem-se fazendo sentir já em anos anteriores.

QUADRO XIII

Mortalidade geral pelo cancro e outros tumores malignes

Por 10:000 habitantes

Portugal	2,4
Argélia (europeus)	3,2
Áustria	4,2
Dinamarca	13,6
Espanha	4,8
França	7,6
Inglaterra	9,1
Itália	6,1
Noruega	10,0
Países-Baixos	10,1
Suíça	12,9

Vê-se por uma *nota* publicada na Medicina Contemporânea (ano xxiv, n.ºs 50 e 51), pelo Dr. Azevedo Neves, secretário da comissão nomeada em 1904 pelo Governo e presidida pelo Prof. Ferraz de Macedo para fazer o estudo do cancro em Portugal, que o número de cancerosos constatados pela observação clínica era de 1:188 e que no

mesmo ano faleceram vitimados pelo cancro e outros tumores malignos, 1:320 indivíduos.

É o cancro uma afecção de todas as idades, porém, mais freqüente na idade adulta; a infância dá um pequeno número de óbitos. Anda por 25 a cifra dos óbitos por cada período etário da estatística oficial até aos 20 anos e, a partir de esta idade, o número dos óbitos vai-se elevando sucessiva e lentamente até atingir o máximo aos 60-64 anos com 780 num total de 5:501 óbitos. Depois dos 65 anos o número de defunções baixa rapidamente sendo de 608 no quinquênio seguinte.

O Gráfico IV mostra a distribuição e freqüência dos óbitos por cancro e outros tumores malignos pelos diferentes períodos etários.

O Prof. Bento Carqueja regista a idade dos 50 aos 54 anos como a mais atingida pelo cancro em Portugal.

O sexo feminino é o mais vitimado; dos 5:501 óbitos registados, 2:259 eram varões e 3:242 eram fêmeas, o que dá 589,3 varões por 1:000 fêmeas. Na Alemanha contam-se 576,4 e na Espanha 637,2 varões por 1:000 fêmeas. É dos 30 aos 40 anos que se registam as maiores diferenças a favor do sexo feminino.

O Quadro XIV estuda, por sexos e idades, a mortalidade devida ao cancro dos 30 aos 70 anos.

“Os casados são mais affectados que os solteiros e viuvos, especialmente na Alemanha, sendo mais

frequentes os cancros do aparelho sexual e digestivo e da pele, na proporção de 889,4 por 1:000 casos.

QUÁDR0 XIV

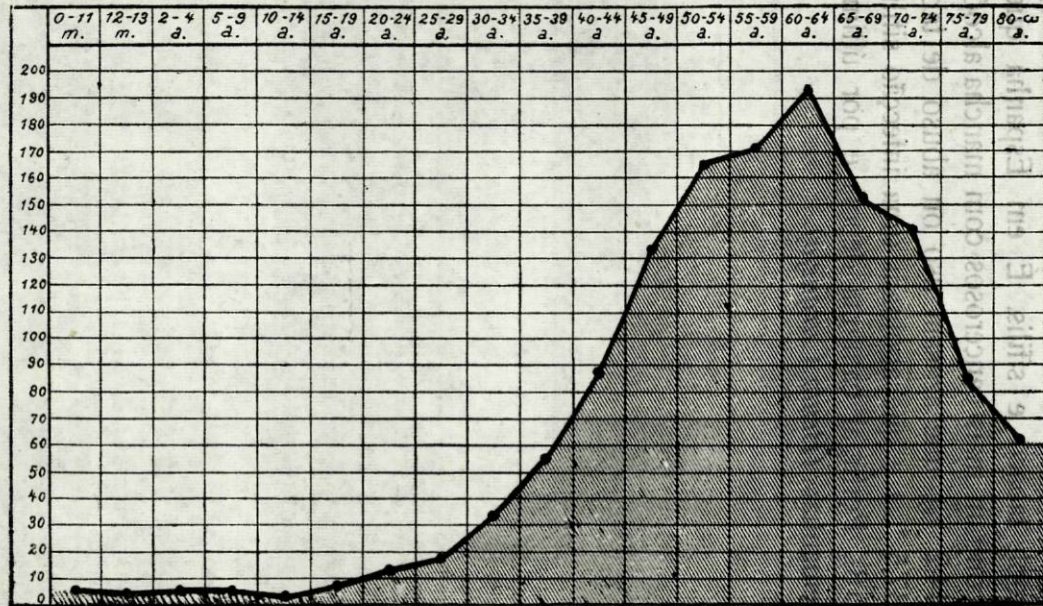
Mortalidade por cancro, segundo idades e sexos
(dos 30 aos 70 anos)

Idades	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Sexo m.	45	78	137	198	258	299	356	274
„ f.	95	148	246	331	408	386	424	334
Total . .	140	226	383	529	666	685	780	608

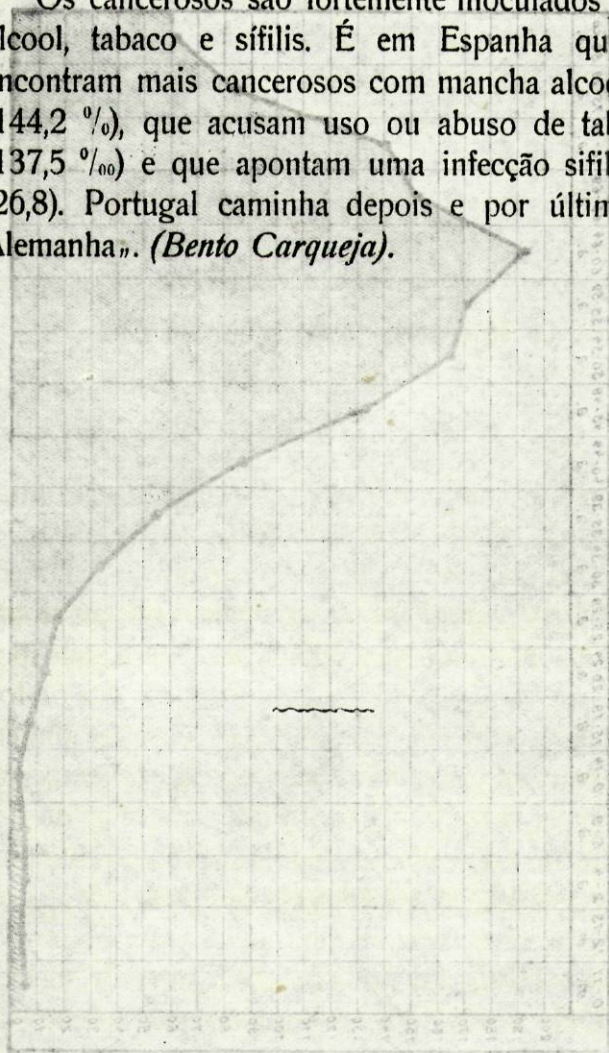
Na Alemanha prima o cancro do aparelho digestivo. O cancro do estomago representa em Portugal 47,4 por 1:000 casos, ao passo que na Alemanha representa 278,6, devendo attribuir-se a diferença entre estes dois números a serem mais precisos os processos de diagnóstico. O cancro da língua é em Portugal mais frequente (53,9) do que na Espanha (25,3) e na Alemanha (21,2). Há quem attribua êste facto ao uso do tabaco, mas como observou o Dr. Azevedo Neves, faltam dados, embora toda a gente saiba que o português e espanhol fumam principalmente cigarros e o alemão charuto e cachimbo.

Em 1:000 cancerosos portugueses há 322,1 fumadores; em Hespanha apenas 157,3.

Gráfico IV — Curva da mortalidade pelo cancro (Médias anuais)



Os cancerosos são fortemente inoculados pelo álcool, tabaco e sífilis. É em Espanha que se encontram mais cancerosos com mancha alcoólica (144,2 ‰), que acusam uso ou abuso de tabaco (137,5 ‰) e que apontam uma infecção sífilítica (26,8). Portugal caminha depois e por último a Alemanha. (Bento Carqueja).



para admitir, porque é aquela a idade da maior actividade genital da mulher. Foi de 500 a cifra dos óbitos nesses idades, o que dá uma média de 50 em cada mil dos anos nella comprehendida. As outras idades são menos atingidas e abaixo dos 15 ou acima dos 50 anos, são raros os falecimentos registados; apenas 1 óbito dos 10-14 anos e 4 nos 55-60 anos.

Consequências mortais do puerpério

Não é muito elevada, em relação às outras causas de morte, a percentagem das complicações do puerpério, se atendermos sómente ao número de óbitos que figuram nas estatísticas officiais; todavia, se tomarmos em conta a falta de diagnóstico da causa da morte em cêrca de metade dos óbitos, e ainda porque se trata de afecções que atingem apenas o sexo feminino, veremos a sua percentagem duas vezes duplicada, o que dará perto de 4 % — cifra já muito alta denotando flagrantemente uma má assistência às grávidas e puerperas.

Só a infecção puerperal nas suas várias formas vitimou 1:246 indivíduos, isto é, mais de metade do número total dos óbitos das complicações do puerpério.

É dos 25 aos 30 anos que se regista o maior contingente das suas vítimas, o que não é muito

para admirar, porque é aquela a idade da maior actividade genital da mulher. Foi de 560 a cifra dos óbitos naquela idade, o que dá uma média de 56 em cada um dos anos nela compreendida. As outras idades são menos atingidas e abaixo dos 15 ou acima dos 50 anos, são raros os falecimentos registados; apenas 1 óbito dos 10-14 anos e 4 aos 55-59 anos.

Os outros accidentes puerperais da gravidez e do parto além da infecção puerperal vitimaram 1:001 mulheres com mais freqüência também dos 25 aos 35 anos.

Quinquênios seguintes até aos 65 anos contribuem com números muito aproximados e só depois dos 65 anos que se vê variar o número dos suicídios.

QUADRO XV

VII

Suicídios		Mortes violentas		IDADES
Fêmeas	Varões	Fêmeas	Varões	
				0-11 meses
				12-23 "
				24-35 "
				36-47 "
				48-59 "
				60-71 "
				72-83 "
				84-95 "
				10-14 "

Mortes violentas e suicídios

As proporções relativas dos óbitos registados por mortes violentas e suicídios mostram que são as mortes violentas as mais freqüentes reunindo aproximadamente 81 % dos óbitos; aos suicídios cabe apenas 18 %.

É interessante notar as idades que fornecem maior contingente de óbitos, e o Quadro XV regista-o melhor do que nós, por simples referências a números o poderíamos fazer, sem que contudo não deixemos de apontar no fim as idades mais vitimadas à semelhança do que temos feito para as outras causas de morte.

Nota-se por toda a parte, e a nossa estatística o confirma, que é dos 20 aos 24 anos que se regista o maior número de óbitos por suicídios. Nos 4 anos a que se refere êste trabalho contaram-se 9 suicídios no quinquênio de 10-14 anos; os

quinqüênios seguintes até aos 65 anos contribuem com números muito aproximados e é só depois dos 65 anos que se vê rlear o número dos suicídios.

QUADRO XV

IDADES	Mortes violentas		Suicídios	
	Varões	Femeas	Varões	Femeas
0-11 meses	216	160		..
12-23 "	265	193
2- 4 anos	495	507
5- 9 "	342	246
10-14 "	322	114	6	3
15-19 "	291	105	86	89
20-24 "	442	106	129	98
25-29 "	388	72	110	67
30-34 "	313	56	86	50
35-39 "	262	48	85	29
40-44 "	302	55	95	33
45-49 "	232	44	80	35
50-54 "	243	53	96	32
55-59 "	186	45	98	17
60-64 "	156	72	101	29
65-69 "	127	45	66	18
70-74 "	104	78	71	19
75-79 "	83	65	36	4
80-∞ "	94	103	28	7
Ignorada	131	30	22	7
Total ...	4.994	2.197	1.195	537

Pelo que respeita à cifra com que cada sexo contribui para o total dos óbitos, verifica-se que,

a não ser dos 15 aos 19 anos em que o sexo feminino é o mais vitimado, sendo contudo a sua cifra pouco superior à do outro sexo, nos outros grupos etários é o contrário que se observa; as diferenças são por vezes enormes como por exemplo aos 55-59 anos, em que se registaram 98 óbitos por suicídio no sexo masculino e apenas 17 no sexo feminino. É contudo para acentuar que as diferenças que se observam são tanto maiores a favor do sexo masculino quanto mais se avança em idade.

Nota-se na cifra dos óbitos por suicídio uma notável diminuição a partir de 1913. Neste ano foi de 504 o número dos suicídios e em 1916 registaram-se apenas 363.

Socorrendo-nos das estatísticas já publicadas conseguimos saber que o número dos suicídios vinha aumentando a partir de 1902, pois, tendo sido neste ano em número de 222, passou a 340 em 1910; e assim devia acontecer pois que "as causas de morte por suicídios tendem a aumentar por toda a parte, sendo as suas variações menos irregulares que as das outras causas de morte".

A média anual dos suicídios em 1913-16 é de 435,5 e, sendo calculada a média anual de todos os óbitos, no mesmo período, em 113.606, vê-se que a média anual dos suicídios é de 3,8 por 1:000 óbitos.

Esta nossa taxa é das mais baixas comparada com a dos países estrangeiros, e só comparável à

da Noruega (1). É a infância que dá o maior número de óbitos por mortes violentas, o que de resto se explica pela falta de cuidado que as mães, principalmente as pobres, teem com os filhos. Obrigadas a firmar a sua sustentação num labor quotidiano, entregam-se a variados misteres, confiando os filhos a vizinhos ou deixando-os mesmo encerrados em casa, a maior parte das vezes junto do lume e sujeitando, por isso, a frágil vida dos seus filhos às incertezas do acaso. Cometem as maiores imprudências que só a sua posição social explica e desculpa.

A não ser na infância, é o sexo masculino que às mortes violentas dá o maior contingente de óbitos, o que está de acôrdo com a sua vida mais acidentada; a maior diferença regista-se dos 20 aos 30 anos. A partir de 1913 nota-se uma sensível diminuição no número de óbitos por mortes violentas, e tal facto talvez não deva atribuir-se a possíveis deficiências do apuramento geral, mas à execução da lei de 24-7-913 que, estabelecendo a assistência clínica, medicamentosa e indemnizações aos operários e empregados por ocasião de desastre em serviço profissional, veio minorar as condições difíceis de muitos sinistrados e tornar mais perfeito o apuramento das estatísticas.

(1) Em "O Povo Português," Bento Carqueja dá para alguns países da Europa os seguintes números: Áustria, 156; Dinamarca, 232; França, 250; Inglaterra, 103; Noruega, 45 e Prússia, 203 por 1:000 óbitos.

Outras causas de morte e sífilis

Sob as rúbricas: doenças do aparelho digestivo, respiratório e urinário, juntaram-se grande número de óbitos de causas difíceis de apurar. Na etiologia de êsses óbitos, figuram como causas directas ou indirectas, as infecções crónicas, a tuberculose, a sífilis, o sezonismo, etc.

A sífilis não tem rúbrica à parte. Mas é bem conhecida a sua participação nas afecções do aparelho cárdio-vascular, sistema nervoso, afecções renais e digestivas, etc.

Destas últimas afecções, destacaremos da estatística oficial, por nos parecerem mais estreitamente ligadas na sua etiologia à sífilis: as lesões orgânicas do coração, a congestão, hemorragia e amolecimento do cérebro e a nefrite aguda e Mal de Bright, embora esta última rúbrica oficial possa ter outras etiologias mais freqüentes.

*
* *

As *lesões orgânicas do coração* que figuram no Quadro IV com a percentagem de 4,5 %, tem já esta percentagem elevada a 8 % no Quadro V depois de excluídas as doenças ignoradas ou mal definidas, isto é, os óbitos sem assistência clínica ou pelo menos com a sua certidão nas devidas condições. Fêz 20:627 vítimas no período de 1913-16.

É uma afecção principalmente da idade adulta; a idade mais atingida é dos 70-74 anos que contribuiu com 3:572 óbitos. As outras idades são menos dizimadas; começando por 67 óbitos aos 0-11 meses, êste número desce a 41 no segundo ano da vida e ainda dos 2-4 anos para começar depois a subir lentamente até aos 30-34 anos em que vitima 337 indivíduos; dos 35 anos em diante a cifra dos óbitos cresce muito mais rapidamente havendo diferenças enormes entre cada quinquênio, como por exemplo: aos 55-59 anos registaram-se 1:549 óbitos e no quinquênio seguinte — 2:617.

O ano que forneceu maior contingente de óbitos por lesões orgânicas do coração foi o de 1916 com 5:655 defunções; 1914 foi o ano menos atacado — 4:675 — e 1913 e 1915 contribuíram com 4:799 e 5:318, respectivamente.

A congestão, hemorragia e amolecimento do cérebro, que na sua etiologia está estreitamente ligada às afecções cárdio-vasculares, tem no Quadro IV uma percentagem um pouco inferior—4,2%—e o número dos seus óbitos, que foi de 19:121, está de igual modo distribuído pelos grupos étarios da estatística oficial, como os da afecção anterior, apenas com a diferença de que o primeiro ano da vida é aqui mais atacado, dando um número de óbitos um pouco superior—147; de resto, a idade mais atingida é também a dos 70-74 anos como nas lesões orgânicas do coração.

Os anos mais dizimados são também os mesmos que os da última afecção.

*

* *

A nefrite aguda e Mal de Bright deu um número de óbitos muito menor—4:830—e por isso a sua percentagem é também mais pequena: 1% no Quadro IV e 1,8% no Quadro V.

As idades mais derruidas são: 2-4 anos com 443 óbitos e 50-64 com 74 mortes por ano, sendo certamente o primeiro grupo étario em referência mais atingido pela nefrite aguda e o outro pela

nefrite crônica; as restantes idades dão cifras com diferenças pouco sensíveis.

É também 1916 o ano mais ceifado e de 1913 a 915 as cifras dos óbitos por nefrite aguda e Mal de Bright são sucessivamente crescentes.

VI Pelo que respeita aos óbitos registados em recém-nascidos ou mesmo na primeira infância sob o título de *debilidade congénita e vícios de conformação*, pode dizer-se que quasi todos são devidos à heredo-sifilis.

no Pôrto que o Prof. Ricardo Jorge classificou de
cidade cemiterial, tem este importante trabalho a
vantagem de nos mostrar mais largamente o
aspecto horroroso que oferece essa terrível heca-
tombe que atrebata para sepultura milhares de

XI

Mortalidade infantil

Constitui a mortalidade infantil um problema
de magna importância, e tanto assim é, que, segun-
do o proclamam economistas distintos, se "se con-
seguisse reduzir a mortalidade infantil estaria resol-
vido um dos mais importantes problemas econó-
mico-sociais".

Se o tentássemos desenvolver com os porme-
nores que merece, o assunto dêste capítulo forne-
ceria, por si só, vasto material para um trabalho de
maior fôlego que não comporta o âmbito acanhado
de um capítulo nem a exiguidade do nosso saber.

De resto, êste assunto foi já proficientemente
versado pelo distinto Professor de Pediatria na
Faculdade de Medicina, Ex.^{mo} Snr. Dr. Almeida
Garrett no seu livro "Mortalidade infantil na Cidade
do Pôrto e meios de a evitar". E, sendo a mortali-
dade nas cidades maior que nas aldeias, mormente

no Pôrto que o Prof. Ricardo Jorge classificou de *cidade cemiterial*, tem êste importante trabalho a vantagem de nos mostrar mais flagrantemente o aspecto horroroso que oferece essa terrível hecatombe que arrebatava para a sepultura milhares de crianças por ano.

Apontamos já no Quadro II as proporções alarmantes que atinge em Portugal a mortalidade infantil. É enorme como se vê; em média anual perdem-se 26:696 crianças de um ano, o que representa a taxa de 209,3 ‰, cifra que raros países estrangeiros atingem. Só a Rússia nos excede.

Basta lançar um golpe de vista pelo Quadro XVI para se ver a situação deprimente que ocupamos em confronto com alguns países da Europa. Estamos muito acima da média europeia, avaliada em 180 ‰, para as crianças de 0-1 ano.

Convem, no entanto, esclarecer, que os números que figuram no Quadro XVI não podem comparar-se sem certas restrições, porque varia de país para país o critério segundo o qual se avalia a mortalidade infantil. Em Portugal é obrigatório o registo de nascimento nas primeiras 24 horas que se lhe seguem, mas já o mesmo não acontece na França, Bélgica, Holanda e Itália, etc., onde o registo se pode fazer nos três dias imediatos ao nascimento, sendo considerado como nado-morto, a criança que vier a falecer durante êsses três dias. Compreen-

de-se, por isso, que estes países terão a sua mortalidade infantil artificialmente diminuída quando comparada com a nossa.

Mesmo assim, Portugal leva muito longe as suas cifras, ficando a perder de vista das cifras baixas da Noruega e da Suécia.

QUADRO XVI

Mortalidade infantil (0-1 ano)	Quotas ‰/100
Portugal	209
Alemanha	178
Austria	202
França	143
Hungria	199
Inglaterra	121
Itália	156
Noruega	67
Rússia	272
Suécia	77
Suíça	108

Verdade seja que, no trabalho apresentado pelo Prof. Sobral Cid ao Congresso de Medicina de Lisboa em 1906, comparando as taxas de mortalidade até um ano e depois desta idade, se conclui: "as crianças portuguesas gozam de uma situação privilegiada no ano de aleitamento e perdem êsse benefício passado o ano de desmame e nos seguintes". Porê, nós, em face de estatísticas mais recentes, apuramos um número muito menor de óbitos para

o segundo ano da vida e, como já vimos, uma taxa de letalidade muito alta para os amamentados.

O Prof. Dr. Almeida Garrett diz, corroborando as nossas ilações, que "quanto mais o organismo se vai afastando da nascença, mais viveiroiro se torna. Nos primeiros tempos é uma hecatombe. Depois pouco a pouco a morte vai cansando, a foice ceifando menos vidas, até que os anos vão crescendo e com êles a probabilidade de vida. Nas primeiras idades a aceleração de resistência vital é grande. De mês para mês, de semana para semana, as fileiras dos vivos unem-se mais compactas e mais fortes. Formam assim as crianças como que uma grande pirâmide humana, cuja base continuamente se estivesse alteando e continuamente destruindo".

A mortalidade infantil em relação com a mortalidade geral e comparada com a das outras idades foi já registada no Gráfico II.

A nosografia infantil já, em parte, nos prendeu a atenção em capítulos anteriores. A propósito de algumas causas de morte, citamos o que se nos afigurou mais digno de nota, ao estudar as tabelas que elaboramos. Também já fizemos referência às doenças infecciosas que mais enriquecem o obituário geral.

Das infecções próprias da infância já falamos da varíola, sarampo e do paludismo. Falaremos agora da escarlatina, coqueluche, difteria e meningite.

*
*
*

A *escarlatina* sendo dotada, como o sarampo, de uma receptividade extrema, contudo escapam-lhe mais as suas vítimas, talvez, porque o seu gérmen se caracteriza por uma menor difusibilidade.

De 1913 a 1916 fêz 161 óbitos. O ano mais carregado foi o de 1913 com 54 defunções; seguiu-se 1914 com 40 e depois 1915 e 1916 com 36 e 31 óbitos, respectivamente. A sua percentagem em relação às outras doenças infecciosas é apenas de 0,9 %.

A *escarlatina* tem o seu máximo de frequência dos 5 aos 6 anos segundo Bouchut ou dos 5 aos 10, conforme Rilliet e Barthez o afirmam. Porém, nós constatamos que é entre os 2 e 4 anos que aparece o maior número de óbitos.

Talvez, porque o primeiro ataque confere a imunidade, depois dos 10 anos são raros os óbitos registados; apenas poucas unidades. Dos 35 anos em diante, apenas se conta um óbito num indivíduo do sexo masculino aos 60-64 anos, em 1913.

O sexo masculino é, em geral, o mais atingido pela *escarlatina*, mas nem em todos os grupos etários isso acontece; no segundo ano da existência regista-se de 1913 a 1916 um acentuado predomínio do sexo masculino.

A *coqueluche* faz nas crianças uma razia apreciável. Vitimou 2:429 indivíduos de 1912 a 1916. O ano de 1913 foi, como para a escarlatina, o mais atacado, contribuindo com 777 óbitos. Segue-se-lhe por ordem decrescente do número dos seus óbitos, 1915, 1916 e 1914, êste último ano com uma notável diferença, dando sómente 416 óbitos.

Á coqueluche cabe a percentagem de 14,8% quando posta em confronto com as demais doenças epidémicas.

O sexo feminino é o mais atingido. Em todos os grupos etários é sempre êste sexo que paga à coqueluche mais pesado tributo. É o primeiro ano a idade preferida por esta causa de morte; foram-lhe sacrificadas 1:171 crianças, ao passo que o segundo ano da vida fêz sómente 619 óbitos.

O primeiro ataque confere a imunidade e assim é que, contando-se apenas 14 defunções dos 10 aos 14 anos, é só aos 25-29 anos que se regista um óbito do sexo feminino em 1915 e outro dos 70 aos 74 num só indivíduo do sexo masculino em 1913.

QUADRO XVII
Proporções obituárias per grupos etários e nosológicos
(1913-16)

DOENÇAS	0-11 meses		12-23 meses		2-4 anos		5-9 anos	
	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%	Óbitos	%
Infeciosas	2.912	3,02	2.633	6,5	2.919	8,7	1.153	8,2
Meningites	1.921	1,9	1.192	2,9	1.468	4,3	1.217	8,8
Do aparelho respi- ratório	6.923	7,1	4.586	11,4	3.458	10,2	1.477	10,6
Gastro-enterites	10.988	11,4	9.606	23,8	4.846	14,4	1.138	8,1
Tuberculose	459	0,4	555	1,4	1.073	3,2	1.235	8,8
Debilidade congêni- ta	15.985	16,5	914	2,2	234	0,7	27	0,1
Outras doenças	4.516	4,6	2.447	6,07	3.004	8,9	1.919	13,7
Ignoradas	51.460	53,5	18.346	45,5	16.589	49,5	5.773	41,4
Total	95.164	100	40.279	100	33.591	100	13.939	100

A difteria, devido à fraca difusibilidade e persistente virulência do seu bacilo, não dá violentas epidemias. É hoje endêmica, principalmente nas grandes cidades. O número das suas vítimas distribui-se quasi uniformemente pelos 4 anos em que se baseia este trabalho; apenas 1913 teve um ligeiro acréscimo na cifra dos seus óbitos. Orça por 465 a média anual das defunções pela difteria, com a percentagem de 11,4 % em comparação com as outras doenças infecciosas. Em França é de 12 %; antes da descoberta do sôro anti-diférico era de 70 %.

Courmont compulsando estatísticas chegou às seguintes conclusões: durante os seis primeiros meses da vida as crianças são refractárias à difteria; é dos 2 aos 7 anos que a receptividade é máxima e a idade adulta é caracterizada por uma imunidade relativa. Proust restringe o período da receptividade máxima aos 2-5 anos.

Em Portugal, apura-se das tabelas que elaboramos que a idade mais derruída é a dos 2-4 anos; todos os grupos étarios além dos 10 anos dão óbitos que se contam por poucas unidades. É o que, para o Pôrto, foi apurado pelo Sr. Prof. Carlos Ramalhão (1916).

O sexo masculino é o mais vitimado e onde êste predomínio mais se acentua é no segundo ano da vida; dos 425 óbitos que lhe couberam, 304 foram do sexo masculino.

É enorme o contingente obituário das *meningites*. Destas, a que ceifa maior número de crianças, é a *meningite simples*, englobando-se nesta rúbrica todas as meningites sem carácter nítido de epidémicas ou tuberculosas. Até aos 10 anos fêz 4:122 óbitos num total de 5:338 indivíduos mortos por esta afecção em todas as idades.

É o primeiro ano que dá o maior número de óbitos; a partir dos 15 anos vão já escasseando as suas vítimas, mas é sempre por algumas dezenas que em cada grupo étario se contam os indivíduos sacrificados a esta infecção.

O sexo masculino conta, no conjunto, um ligeiro excesso na cifra dos seus óbitos.

A *meningite tuberculosa* conta também bastantes vítimas. Até aos 10 anos ceifou 1:101 crianças; o número global dos seus mortos foi de 1:628.

Números sucessivamente crescentes registam os seus óbitos de 1913 e 1916.

Todavia as cifras registadas devem ser muito inferiores ao que realmente deveriam ser, dada a

frequente delicadeza do diagnóstico diferencial e a vulgaridade da tuberculose nas crianças.

A idade mais derruida é a dos 2-10 anos; apesar disso em todas as idades se registam óbitos, que vão rareando ao avizinhar da velhice.

A *meningite cérebro-espinal epidémica* é menos mortífera que qualquer das outras. Até aos 10 anos arrebatava consigo 375 crianças e, no conjunto de todas as idades, 750 indivíduos de ambos os sexos, sendo porém o masculino mais sacrificado.

É 1913 que fornece o maior número de óbitos; contribuiu com 247 e os outros anos com a média de 134 por ano.

É o primeiro ano o mais tributado; as outras idades são também relativamente bastante dizimadas por esta afecção, sendo por algumas dezenas que se registam os seus óbitos em qualquer grupo étario.

Se bem que bastante mortíferas para as crianças as causas de morte que acabamos de passar em revista, nenhuma delas se avanta à *diarreia e enterite*, e, embora possam parecer exageradas as cifras registadas, devem contudo corresponder sensivelmente à verdade dada a frequência dos desarranjos digestivos na infância, principalmente no

verão, e as barbaridades alimentares a que se submetem as crianças.

Uma décima parte das crianças mortas até um ano de idade pertence à diarreia e enterite.

Ceifou esta infecção desde 1913 a 1916, 41:590 indivíduos e desta cifra, 25:440 são crianças de menos de 5 anos.

É até 1 ano de idade que se conta o maior número das suas vítimas; o segundo ano é menos atingido, se bem que a sua cifra seja ainda bastante elevada. Porém o número dos óbitos decresce rapidamente depois dos 2 anos para atingir o seu ótimo aos 25-29 anos; depois desta idade sobe muito lentamente.

Depois da diarreia e enterite e da meningite simples é a *bronquite aguda* que ceifa maior número de crianças. É bem conhecido este pesado tributo pago pelas crianças às doenças do aparelho respiratório, nomeadamente as bronco-pneumonias.

Em todas as idades vitimou a bronquite aguda, 9:757 indivíduos em 1913-16, dos quais 8:002 foram crianças de menos de 5 anos. A cifra dos óbitos ocorridos em 1916 excedeu um pouco as cifras dos anos anteriores.

O sexo masculino excede ligeiramente o feminino no número dos seus óbitos.

É o primeiro e segundo anos, mas principalmente o primeiro, a idade mais preferida pela bronquite aguda. Porém, todos os demais grupos de

idades são contemplados com algumas dezenas de óbitos, principalmente depois dos 55 anos em que o número de defunções cresce bastante.

A *pneumonia* comquanto seja uma doença de todas as idades, rouba à vida um apreciável contingente de crianças. A razia que faz nas crianças de um ano só pode comparar-se à que produz dos 60 aos 75 anos.

O grupo etário menos ceifado é o dos 10-14 anos; os outros aquem e além desta idade concorrem com números sucessivamente crescentes.

Há uma notável diferença a favor do sexo masculino.

Se fizermos agora o balanço do que ficou dito sôbre nosografia infantil, vê-se que as causas de morte que mais dizimam as crianças são, por ordem decrescente do número dos seus óbitos: as gastro-enterites que fazem na população infantil uma enorme razia, as afecções do aparelho respiratório, principalmente a bronquite, bronco-pneumonia e pneumonia, a meningite simples, o sarampo, as mortes violentas, a coqueluche, a difteria e garrotilho, a tuberculose pulmonar, a tuberculose das meninges e a nefrite aguda.

As outras causas de morte dão um reduzido número de óbitos.

Eis a largos traços, o quadro da mortalidade

infantil em Portugal. São bem carregadas as suas côres, mas outro tom se lhe não podia dar em face das estatísticas oficiais.

Impõe-se por isso a criação de Dispensários, Creches, Gotas de leite, etc., todas essas obras de protecção às crianças que no estrangeiro tão felizes resultados tem dado.

Mas não basta salvar os que acabam de nascer, é preciso salvar os que estejam para nascer. Torna-se indispensável a protecção às mulheres grávidas porque a "dose de resistência vital vem já talhada do ventre gerador".

Dos estudos do Prof. Alfredo da Costa acêrca da influência benéfica do repouso nos últimos meses da gestação sôbre a evolução fetal, ressalta claramente a necessidade de se impôr às grávidas o descanso relativo, pelo menos no último mês da prenhez.

É para as crianças que se deverá dirigir em primeiro lugar a atenção dos higienistas e do Estado.

Quantas instituições se possam criar neste país para valer à primeira infância, serão criações abençoadas e salvarão da morte milhares de sêres que serão amanhã a fiel promessa de um futuro melhor.

A divulgação dos resultados dos estudos estatísticos de mortalidade deve ser feita intensamente para se mostrar a nossa miserável situação sanitária e a necessidade de se fazer pôr em vigor as medidas de higiene pública de modo a pôr o cidadão em condições de

CONCLUSÕES

Em Portugal, cêrca de metade dos habitantes morrem sem assistência médica.

A taxa de mortalidade em Portugal é uma das mais altas da Europa, e, como nos outros países latinos, revela a incultura geral e a falta de uma organização eficaz de sanidade pública; porque o clima mais favorável que nos países do norte deve conduzir a taxas de mortalidade inferiores às dêstes, quando cá se empregarem as medidas higiênicas lá em vigor.

São exemplos claros desta falta, a disseminação endêmica da varíola e da febre tifóide; mas com muitas outras causas de morte se passa sensivelmente o mesmo.

Morre-se muito em Portugal em todas as idades, mas sobretudo na infância a letalidade é exageradíssima.

A divulgação dos resultados das estatísticas de mortalidade deve ser feita intensamente para se mostrar a nossa miserável situação sanitária e a necessidade de se lhe pôr cõbro por meio do interesse geral do público pelas medidas de hygiene.

CONCLUSÕES

Visto

Almeida Gazzett

Presidente.

Pode imprimir-se

Lopes Martins

Director.

Em Portugal, cerca de metade dos habitantes morrem sem assistência medica.

A taxa de mortalidade em Portugal é uma das mais altas da Europa, e como nos outros países latinos, revela a inculcã geral e a falta de uma organisação efficaz de sanidade pública; porque o clima mais favoravel que nos países do norte deve conduzir a taxas de mortalidade inferiores ás d'estes, quando se empregarem as medidas higienicas já em vigor.

São exemplos claros desta falta a disseminação endémica da varicella e da febre tifoide; mas com muitas outras causas de morte se passa semelhantemente o mesmo.

Morre-se muito em Portugal em todas as idades, mas sobretudo na infancia a mortalidade é excessivissima.