

# CAPÍTULO I

COMPREENDER, EXPLICAR E TRATAR  
O INCURÁVEL. UM OLHAR SOBRE  
O CANCRO NA HISTÓRIA DA HUM-  
NIDADE

*A doença não tem existência em si, é uma entidade abstracta à qual o homem dá um nome. A partir das indisposições sentidas por uma pessoa, os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o «doente», os sinais que um observador pode constatar, as lesões anatómicas, por vezes, uma causa ou um germe causal, e a este conjunto aplicamos uma etiqueta chamada diagnóstico, do qual decorre um tratamento destinado a agir sobre os sintomas e, se possível, sobre a causa<sup>60</sup>.*

JEAN-CHARLES SOURNIA

## 1. A ARQUEOLOGIA DE UMA DOENÇA

As palavras *karkinos* e *karkinoma* (cancro e carcinoma), enquanto termos técnicos pensados para denominar uma doença específica, foram criadas por Hipócrates, sendo esta a terminologia que começou a ser utilizada por volta do século V a. C. para denominar sobretudo os tumores malignos da pele, da face e da mama. Desde a antiguidade e durante vários séculos, o imaginário popular associava o cancro à imagem de um caranguejo. Com efeito, o termo carcinoma foi tomado por analogia directa com o caranguejo: a tenacidade e projecção do tumor faz lembrar a grande capacidade de agarre das suas pinças, a forte vascularização tumoral lembra as patas, a progressão inexorável recorda a marcha retrógrada do crustáceo, e por fim, o carácter destruidor da doença reflecte a sua voracidade. Não é ainda de enjeitar o facto de alguns tumores assumirem traços de eventual parecença com a forma do caranguejo, quando se encontram em fase de invasão dos tecidos próximos, altura em que a pele que cobre o tumor adquire um aspecto enrugado e tonalidade rosada.

Mas da mesma maneira que o termo *lepra* servia na Bíblia para abarcar sob a mesma designação um largo número de afecções cutâneas, também o termo *carcinoma* parece estar na origem da denominação genérica de um grande número de tumefacções ou excrescências suspeitas, por parte de Hipócrates.

Nos seus *Aforismos*, o pai da medicina ocidental procedeu a uma divisão sistematizada dos diferentes tipos de tumores, se bem que englobasse sob a mesma terminologia todo um conjunto de outras lesões que nada tinham de cancerosas. Segundo o médico grego, a doença compreendia três graus de gravidade: o *carcinos*, ou tumefacção benigna não ulcerada; o *squirrhos*, que designa o cancro ainda curável; e o *carcinoma*, ou tumor ulcerado, designação que melhor corresponde à ideia que actualmente se tem sobre a doença, e que, na sua propensão para a metastização, conduzia à morte. Hipócrates coloca nesta última categoria os cancros ocultos, assim designados por não aflorarem à superfície da pele: «Nos seios formam-se tumores duros, uns maiores, outros menores; não supuram, mas tornam-se progressivamente mais duros; depois, formam-se cancros escondidos»<sup>61</sup>

<sup>60</sup> SOURNIA, Jean-Charles – *O homem e a doença*. In Le GOFF, Jacques (org.) – *As doenças têm História*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 359.

que levam ao emagrecimento e ao sofrimento que antecedia a morte. Nestes casos, considerava qualquer tratamento fútil, servindo apenas para encurtar a vida do doente.

O diagnóstico dos tumores ulcerados passava pela observação directa das ulcerações, geralmente com fundo coberto por uma camada de muco e pus, exsudado esse acompanhado pela presença de pequenas hemorragias, conformando corrimentos espessos e nauseabundos, de odor *sui generis*. Desta forma, descreveu várias formas de cancro, incluindo o do útero, da face e do estômago.

O rápido emagrecimento, a cor amarelada, a prostração, a dor irradiante e a morte que sobrevinha aos afectados, levaram Hipócrates a supor que a *melancolia* provocada pelos grandes desgostos se depositava em algum lugar do organismo sob a forma de tumor, alargando-se em seguida ao resto do corpo e determinando a morte. As incontáveis variedades desta produção accidental de *atrabilis* ou *melancolia*, serviam em último caso para explicar a benignidade ou malignidade dos tumores. Até ao século XVIII, esta definição hipocrática servirá de base ao estudo do cancro, e é no quadro por ele desenhado que se tornará uma entidade patológica cada vez mais individualizada.

Quando o romano Aurelio Cornelius Celsus (28 a. C.-50 d. C.) traduziu a terminologia grega para o latim, fê-lo para designar as ulcerações malignas de penetração profunda, mantendo-se até hoje a designação que conhecemos: *cancro*<sup>62</sup>.

Mais tarde, Galeno (131-203 d. C.) também aportou a terminologia «oncos», expressão com origem grega em *ὄγκος*<sup>63</sup> (tumor). No seu *Tratado dos tumores*<sup>64</sup> (*De tumoribus praeter naturam*), único tratado médico da antiguidade dedicado exclusivamente aos tumores cancerosos e não cancerosos, começou a analisar as causas do processo mórbido. A classificação galénica reconhecia três classes de tumores: os «tumores de acordo com a natureza», que correspondiam aos aumentos de volume fisiológicos, «os tumores que ultrapassam a natureza», ou seja, os processos de reparação natural das feridas, e finalmente, os «tumores contra natura». Esta última classe incluía formações patológicas tão díspares e diversas como eram os cancros, abscessos, edemas, quistos, bubões, pústulas, fleimões e outros. Até meados do século XVIII, os tratados de cirurgia continuariam a agrupar, sob a designação genérica de tumores, um conjunto enorme e heterogéneo de doenças ou manifestações patológicas, confundindo muitas vezes a doença oncológica com nódulos tuberculosos, granulomas actinomicóticos, lúpus e outras enfermidades diversas. De todos estes diferentes tipos, apenas os cancros correspondem genericamente à actual noção de tumor neoplásico.

<sup>61</sup> LITTRÉ, É. (trad.) – *Oeuvres complètes d'Hippocrates*. 10 vol. T. II. Paris: J.-B. Baillière, 1836-1861, p. 482. (Tradução nossa).

<sup>62</sup> Cf. CELSI, Aurelius Cor. – *De re medica. Libri VIII*. Lugduni: Apud. Joan. Tomasium & Gulielmum Gazerum, 1554, p. 306.

<sup>63</sup> Cf. a entrada *Oncologia* no *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Academia das Ciências de Lisboa. Vol. II. Lisboa: 2001.

<sup>64</sup> Cf. GALIEN, Claude – *Les six principaux livres de la thérapeutique, avec le deuxième de l'art curatoire à Glaucon, ausquels est ajoutée le livre des tumeurs contre nature, nécessaires à tous les chirurgiens*. Lyon: Tibault Payan, 1558.

Actualmente, o termo tumor designa qualquer processo mórbido que se caracteriza por um aumento circunscrito de volume, mas que no seu sentido clínico engloba os processos inflamatórios, as anomalias, e o verdadeiro processo neoplásico.

De acordo com a teoria médica dos *humores*<sup>65</sup>, para Galeno os «tumores contra natura» eram explicados pela discrasia dos quatro humores. Eram o resultado da solidificação da bÍlis negra em vários locais do organismo, o que por sua vez promovia um desequilíbrio orgânico que seria o causador directo da doença. Esta teoria sobre a origem do cancro não é senão a confirmação das ideias de Hipócrates anteriormente referidas. Note-se ainda que esta concepção greco-romana dos tumores malignos e inclusive a teoria dos humores, estão na origem de um conjunto de noções dogmáticas sobre o cancro que permaneceram intactas no ideário médico durante toda a idade média, renascimento e uma boa parte da época moderna. A explicação causal dos tumores era atribuída a um desequilíbrio psíquico, ao seu tempo denominada melancolia, bÍlis negra ou atrabÍlis.

Tratados pelo cauterio ou pela excisão local seguida de cauterização com ferro em brasa, passando pela aplicação directa de unguentos arsenicais altamente corrosivos, tanto gregos como romanos conheciam o carácter recidivante da doença. Um tratamento mais racional foi proposto por Leónidas de Alexandria no século II d. C., que se afastou das teorias conservadoras de Hipócrates e Galeno, extirpando de um modo mais amplo no caso do cancro da mama, ultrapassando os limites da invasão e cortando em tecido saudável, aproximando-se de certa maneira de algumas técnicas cirúrgicas utilizadas em grande escala no século XX. Mesmo assim esta excisão era selectiva, feita apenas no caso de tumores de pequena extensão. Ainda no cancro da mama, Leónidas rejeitava qualquer acto cirúrgico caso se encontrasse endurecida ou se o tumor estivesse aderente à parede muscular do tórax.

E se esta preocupação dos antigos gregos e romanos com o cancro mostra que não é de modo algum uma doença exclusivamente moderna, a paleopatologia provou a vulnerabilidade do ser humano a uma enfermidade que o vem acompanhando desde sempre. Mais do que isso, não é sequer uma patologia exclusivamente humana, por ser comum a outros vertebrados, no que chega a anteceder a existência dos primeiros homínídeos. De facto, já se identificaram metástases ósseas fossilizadas em esqueletos de dinossauros com mais de 150 milhões de anos<sup>66</sup>, e ainda um osteoma no registo fóssil de um peixe com 300 milhões de anos<sup>67</sup>.

---

<sup>65</sup> Galeno adoptou a teoria dos humores de Hipócrates. Este último acreditava que o corpo continha quatro fluidos corporais que denominou de *humores* – o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra. A saúde e a doença seriam o resultado do equilíbrio ou desequilíbrio entre estes fluidos. Sobre a doutrina dos humores predominante no universo hipocrático, galénico e medieval, veja-se SOUSA, A. Tavares de – *Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981, p. 59-60.

<sup>66</sup> Cf. ROTHSCHILD, B. M.; TANKE, D. H.; HELBLING, M.; MARTIN, L. D. – «Epidemiologic study of tumors in dinosaurs». *Naturwissenschaften*. 90 (2003), p. 495-500.

<sup>67</sup> Cf. MOODIE, R. L. – «Tumors in the Lower Carboniferous». *Science*. 66 (1927), p. 540.

Apesar de ainda existirem algumas dificuldades na identificação absoluta das doenças oncológicas em restos humanos, têm-se vindo a desenvolver os estudos sobre a frequência e prevalência do cancro na antiguidade<sup>68</sup>. Tendo por base estruturas ósseas com sinais evidentes de patologia oncológica, fossem elas o resultado de um tumor primário (mais raro) ou de metastização óssea da doença primitivamente localizada noutra parte do corpo, identificaram-se com clareza casos de osteosarcomas, carcinomas nasofaríngeos e ainda de mieloma múltiplo<sup>69</sup>, sendo estes os habitualmente encontrados em restos humanos desde o neolítico. Em Portugal, Salvado Júnior descreveu em 1947 algumas lesões patológicas de origem neoplásica em crânios neolíticos de Eira Pedrinha, em Condeixa<sup>70</sup>.

Apesar de ter afectado os humanos desde sempre, é importante notar que a frequência das doenças oncológicas seria inferior à do tempo presente, tal como nos é mostrado pelo relativamente escasso número de casos, num universo de milhares de esqueletos estudados.

Outros estudos de paleopatologia e paleo-oncologia permitiram colocar em evidência um tumor ósseo no úmero de um guerreiro da idade do ferro, em Musingen, na Suíça, datado de acerca de 10.000 a. C. A atestar a presença, antiguidade e dispersão geográfica, existem ainda várias descrições de restos ósseos humanos com sinais evidentes de mieloma múltiplo, encontradas em lugares tão díspares como a Hungria, Inglaterra ou os EUA, numa janela cronológica anterior ao tempo presente que varia entre os 3.000 e os 5.000 anos. Se bem que a frequência antes do neolítico terá sido muito inferior à actual, parece plausível que alguns tumores, incluindo o carcinoma nasofaríngeo no antigo Egipto e o mieloma múltiplo em África, na Eurásia e nas Américas, podem ter tido frequências semelhantes ou mesmo mais elevadas no passado, quando comparadas com as actuais<sup>71</sup>.

Para além das doenças oncológicas com manifestações ósseas, a paleopatologia permitiu recentemente determinar um carcinoma prostático como causa de morte num esqueleto com cerca de 2.700 anos, o que abre uma nova janela de investigação para a aplicação de técnicas muito recentes no estudo do cancro em vestígios ósseos<sup>72</sup>.

<sup>68</sup> A quantidade de estudos publicados sobre a paleopatologia do cancro é demasiado extensa para ser citada na totalidade. Vejam-se por todos CAPASSO, Luigi L. – «Antiquity of cancer». *Int. J. Cancer*. 113 (2005), p. 2-13, e ainda STROUHAL, E. – *Malignant tumors in past populations in Middle Europe*. In La VERGHETTA, M.; CAPASSO, L. (eds.) – *Proceedings of the XIIIth European Meeting of the Paleopathology Association*. Teramo: Edigrafical Publisher, 2001, p. 265-272.

<sup>69</sup> Trata-se de um tipo de cancro (neoplasma) que deixa vestígios da sua presença em estruturas ósseas. Cf. MUNSHI, Nikhil C.; ANDERSON, Kenneth C. – *Plasma Cell Neoplasms*. In DeVITA, V. et al. – *Cancer. Principles & Practice of Oncology*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000, p. 2155-2185.

<sup>70</sup> Cf. JÚNIOR, A. Salvado – *Exame anátomo-patológico das peças ósseas n.º 80, 97, 90*. In CORREIA, A. M.; Teixeira, C. – *A jazida pré-histórica de Eira Pedrinha*. Lisboa: Serviços Geológicos de Portugal, 1949, p. 39-40.

<sup>71</sup> Cf. HALPERIN, Edward C. – «Paleo-Oncology: The Role of Ancient Remains in the Study of Cancer». *Perspectives in Biology and Medicine*. Vol. 47, n.º 1 (Winter 2004), p. 1-14.

<sup>72</sup> SCHULTZ, Michael et al. – «Oldest known case of metastasizing prostate carcinoma diagnosed in the skeleton of a 2.700-year-old Scythian King from Arzhan (Siberia, Russia)». *Int. J. Cancer*. 121 (2007), p. 2591-2595.

Passando para o campo do registo escrito, a descrição documental mais antiga que se conhece sobre o tratamento cirúrgico é uma relação de oito casos de tumores ou úlceras da mama no Antigo Egipto, tratadas com recurso à cauterização. Estas referências encontram-se contidas no papiro Edwin Smith, datando de 1550 a. C., ou seja, há mais de 3.500 anos<sup>73</sup>. Para uma população cuja esperança média de vida estaria na casa dos 30 anos, a incidência de tumores malignos não seria alta entre os antigos egípcios. Existem poucas provas factuais encontradas em múmias e esqueletos, mas os que se descobriram incluem um osteocondroma do fémur, um cistoadenoma do ovário e ainda um carcinoma da nasofaringe. Atribuídos à vontade dos deuses, encontram-se referências escritas a tumores do deus Khonsu, que não deveriam ser tratados pelos médicos, e no papiro Ebers 813 encontra-se mesmo descrito um «útero com úlceras», identificado como sendo um carcinoma uterino<sup>74</sup>.

Na prática médica egípcia, estes tumores eram cauterizados com recurso a um ferro em brasa. Os escritos desse tempo mencionam mesmo que para aquele mal não havia solução, uma percepção sobre a doença oncológica que atravessou firmemente os tempos e que ainda hoje alimenta as crenças de muitos sobre o eventual desfecho desta condição patológica.

Outros textos antigos também nos dão conta da doença: documentos escritos em caracteres ayurvédicos indicam que há cerca de 2.000/2.500 anos atrás, o cancro já era reconhecido como entidade patológica distinta no subcontinente indiano<sup>75</sup>.

Existem ainda outros exemplos dispersos, que conhecemos melhor por se reportarem a elementos da alta sociedade, o que de algum modo permitiu o seu registo para a posteridade. Por exemplo, o médico grego Democedes terá curado um suposto cancro da mama da rainha Atossa, consorte de Dario I, rei da Pérsia, por volta do século VI a. C. Evento de desfecho feliz, o que para a época constituía uma verdadeira raridade, é provável que não se tratasse de um tumor maligno, mas sim benigno. Já a imperatriz bizantina Teodora, mulher de Justiniano, não teve tanta sorte, morrendo vítima de um tumor verdadeiramente canceroso no ano de 548, sem que o recurso a «banhos» na estância termal de Brusa lhe tivesse valido. São exemplos muito esparsos, mas também neles se pode depreender da dificuldade de obter bons resultados terapêuticos, a par do sentimento de horror associado.

Mas esta secular impotência médica não significa que a doença oncológica e várias das suas prováveis manifestações clínicas não fossem parcialmente conhecidas e até sistematizadas. Desde muito cedo os praticantes esculapinos aprenderam a distinguir os tumores benignos dos malignos, enriquecendo o património do diagnóstico médico acerca da

---

<sup>73</sup> Cf. BREASTED, J.H. – *The Edwin Smith Surgical Papyrus*. Chicago: UCP, 1930.

<sup>74</sup> A análise extensiva do papiro Ebers, assim como de praticamente todos os papiros médicos que se conhecem, encontra-se exhaustivamente descrita em GRAPOW, H. et al. – *Grundriss der Medizin der alten Ägypter*. 9 vols. Akademie-Verlag, 1954-1973. Como curiosidade, refira-se que o papiro adquiriu o nome do egiptólogo alemão Georg Ebers, que o decifrou em 1873.

<sup>75</sup> Cf. SURAIYA, J. N. – «Medicine in Ancient India with Special Reference to Cancer». *Indian Journal of Cancer*. 10 (December 1973), p. 391-402.

natureza invasiva de certos tumores operáveis e inoperáveis, e ainda da espectacular velocidade do seu crescimento. Se exceptuarmos as referências documentais da antiguidade clássica greco-romana, muitas delas evidentes na descrição e outras nem tanto, existem alguns exemplos de identificação clara das manifestações da doença em documentação europeia alto-medieval. É o caso da referência a 8 casos de cancro numa colecção de 118 textos que vão dos séculos VII ao IX, provenientes de mosteiros franceses, mas também de Inglaterra, Bélgica, Luxemburgo, Alemanha, Suíça, Itália e Espanha<sup>76</sup>.

A julgar por essas fontes, a frequência da doença oncológica em todas as suas formas seria baixa. No entanto, devemos ter em atenção a extrema dificuldade de identificação de alguns tipos de cancro em vida, muitos deles ainda genericamente englobados na categoria das doenças dos humores, o que poderia fazer subir eventualmente a frequência de uma doença incorrectamente diagnosticada. A este propósito, a paleopatologia tem permitido detectar alguns casos em restos humanos mumificados do período medieval<sup>77</sup>.

A própria literatura médica não nos deixa quaisquer dúvidas quanto à existência habitual dos tumores, quer se soubessem tratar ou não, revelando igualmente a existência de muitos diagnósticos incorrectos.

Os textos dos médicos árabes medievais são disso um bom exemplo, muitos deles traduções dos antigos tratados romanos de Galeno, ou então bizantinos, como os de Oribásio e Paulo de Egina. No livro *Da medicina*<sup>78</sup>, Paulo de Egina refere-se à mama e ao útero como lugares de eleição do cancro, considerando inútil a operação em caso de implantação uterina, devido à rápida recidiva e ao aparecimento de metástases. No caso do cancro da mama recomendava a extirpação, mostrando-se claramente contra o uso do cautério, dispositivo muito usado com frequência por outros médicos. Também no tratado de carácter enciclopédico *Sinagoge Médica*<sup>79</sup>, Oribásio reproduz as opiniões dos hipocráticos e alexandrinos, referindo que os cancros eram incuráveis, aumentando rápida ou lentamente de volume, eram dolorosos, o lugar de aparecimento variável, reconhecendo a rápida capacidade de recidiva após excisão ou o exacerbar da doença em caso de aplicação de medicamentos corrosivos.

Neste sentido, a concepção medieval sobre a doença praticamente não muda relativamente ao conhecimento e premissas galénicas. No século XI, Avicena faz descrições do

<sup>76</sup> Cf. BIRABEN, Jean-Noël – *Les maladies en Europe: équilibre et rupture de la pathocénose*. In GRMEK, Mirko D. (dir.) – *Histoire de la pensée médicale en Occident. Tome 1. Antiquité et Moyen Âge*. Paris: Seuil, 1995, p. 304-306.

<sup>77</sup> Cf. FALCHETTI, Mario; LUPI, Ramona; OTTINI, Laura – «Molecular analysis of a colorectal carcinoma from a mummy of the XVth century». *Medicina nei Secoli. Arte e Scienza*. Vol. 18, n.º 3 (2006), p. 943-951; MARCHETTI, A.; PELLEGRINI, S.; BEVILACQUA, G.; FORNACIARI, G. – «K-RAS mutation in the tumour of Ferrante I of Aragon, King of Naples». *Lancet*. Vol. 347, n.º 9010 (1996), p. 1272.

<sup>78</sup> Cf. AEGINETA, Paulus – *On cancer* (section 45). In ADAMS Francis (ed. e trad.) – *The seven books of Paulus Aegineta*. (Book 6) 3 vols. London: The Sydenham Society, 1844-47, p. 332-334.

<sup>79</sup> Cf. BUSSEMAKER, U. C.; DAREMBERG, C. (ed. e trad.) – *Oeuvres d'Oribase*. 6 vols. Paris: J. B. Bailliere & fils, Imprimerie Nationale, 1851-76.

aumento lento do cancro, bem como da invasão e destruição dos tecidos adjacentes. Mas ainda referia que a lepra seria o cancro de todo o organismo, ao passo que o cancro localizado seria a lepra de um só membro. Propunha a excisão e remoção de todo o tecido afectado, incluindo a amputação e ressecção das veias que se dirigissem a partir do tumor. De seguida, aplicaria o cautério se necessário. Por seu turno, Abulcassis mostrava-se igualmente favorável à excisão das lesões cancerosas se estas se localizassem em áreas acessíveis e à cauterização dos tecidos adjacentes ao tumor, mas não tinha dúvidas em não fazer nada no caso das lesões extensas.

Em plena Idade Média, Bruno de Longo Burgo localiza a origem do cancro no «sangue melancólico das veias, que se devem espremer durante a operação», ao passo que Henry de Mondeville, professor de medicina em Montpellier e cirurgião régio, também culpa a melancolia, ou seja a bÍlis negra referida por Hipócrates. O tratamento que propunha tinha por base uma dieta e alguns purgantes, operando apenas se o tumor pudesse ser completamente excisado. Sem surpresa, reconhecia que a remoção incompleta degenerava geralmente numa ferida que não curava. Esta mesma noção nos é transmitida mais tarde por Ambroise Paré, no século XVI, quando escreve que «Le cancer est fait de mélancolie (...) La cause conjointe du cancer est l'humeur mélancholique», vendo ainda as metástases como manifestações locais da bilis negra, pelo que recomendava a sangria<sup>80</sup>.

Na obra do médico papal no século XIV, Guy de Chauliac (1300-1368), cujo tratado de oito volumes sobre afecções cirúrgicas seria muito apreciado e seguido na restante Europa<sup>81</sup>, encontram-se presentes várias expressões que exprimem o pavor suscitado pela doença, tema sobre o qual se debruçou com particular atenção. Enfermidade perniciosa quando se tornava visível, costumava ser de uma tal gravidade que Chauliac se lhe refere com a expressão *noli me tangere*, sob pena de exacerbar o seu furor.

O tratamento reduzia-se invariavelmente ao cautério, no caso das lesões pequenas e acessíveis, uma vez que as de maior dimensão continuavam interditas ao canivete do cirurgião, conforme a opinião dominante. O próprio Chauliac aconselhava comer peixe e caranguejo de um rio rochoso, o uso de esmeraldas e safiras como preventivo e, ainda como tratamento, a aplicação diária de carne de galinha fresca na zona afectada, coberta com atadura de pano escarlate.

Mas a uniformidade terapéutica não existia. Com efeito, ao longo da Idade Média subsistiu quase sempre uma querela permanente entre médicos e cirurgiões sobre a necessidade ou não da intervenção cirúrgica. Nesse sentido é interessante consultar os diferentes tratados

<sup>80</sup> Cf. FORGUE, Émile – «Le problème du cancer dans ses aspects psychiques». *Journal des Practiciens*. 25 (1931), p. 1578.

<sup>81</sup> Cf. JOUBERT, Laurent – *La Grande Chirurgie de Monsieur Guy de Chaulliac*. Lyon: Estienne Michel, 1579. Para uma relação das diversas edições ao longo de quatro séculos veja-se o recente trabalho de BONNICHON, Ph. – «Guy de Chauliac et la 'Grande Chirurgie'. Quatre siècles de vie universitaire». *e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie*. Vol. 6, n.º 3 (2007), p. 39-44.

médicos publicados em Portugal publicados entre o final da Idade Média e o Renascimento. No *Tratado das Epidemias* de 1418, de Valesco de Taranta<sup>82</sup>, referem-se as experiências de um cirurgião que extirpava os tumores escrofulosos, enquanto outro aplicava arsénico na cura dos cancros, das úlceras e das hemorragias, no que se recomendava toda a prudência.

Nas suas *Centúrias*, o famoso médico renascentista José Rodrigues de Castelo Branco (1511-1568), também conhecido como Amato Lusitano, não deixa de fazer uma particular referência ao tratamento paliativo, considerando-o mais adequado e com melhores resultados do que as aplicações locais do ferro (leia-se, cauterização) e de agentes cáusticos *in situ*, aos quais sobrevinham habitualmente úlceras de grande dimensão, que conduziam inexoravelmente à morte<sup>83</sup>.

Se bem que Amato advogava a intervenção cirúrgica numa fase precoce, pela excisão dos tumores de pequenas dimensões em áreas anatomicamente acessíveis e pouco vascularizadas, no tocante aos cancros ocultos assumia desde logo uma posição mais cautelosa. A verificação da existência das denominadas «raízes do cancro», contribuía de forma directa na escolha da intervenção terapêutica. Neste último caso, optava por uma abordagem não interventiva, claramente na senda hipocrática, ao referir que: «o melhor é não os tratar. Os tratados levam depressa à morte, os não tratados duram mais longo tempo (Hipócrates, livro 6.º dos Aforismos)»<sup>84</sup>.

Profundamente conhecedor dos textos de Galeno e Hipócrates, a concepção de Amato sobre a doença e o tratamento, constituem um fiel reflexo das concepções médicas da antiguidade greco-romana, omnipresentes ao longo da Idade Média e ainda no século XVI. Expressa sobretudo a permanência, entre os seguidores de Galeno, das ideias aristotélicas e da prática escolástica de conciliar as opiniões das principais autoridades médicas da antiguidade.

A ideia prevalecente sobre a origem do cancro era ainda de raiz galénica. Mantendo esta concepção, Amato replicava a teoria humoral: «O cancro forma-se do humor melancólico (...) conforme ensinou Galeno no livro De Atrabile». «Os tumores carcinosos costumam formar-se em todas as partes do corpo». «Vimos muitos cancros nas mamas, no queixo, nas regiões glandulares, como no pescoço, nas axilas e nas virilhas»<sup>85</sup>. Recomen-

<sup>82</sup> Cf. o Lib. VII, cap. XII e XV em TARANTA, Valasti de – *Tractatus de epidemia et l peste domini Valasti de Taranta atiu & medicine do l ctoris excellenissimi*, p. 395-397. Maximiano Lemos identificou esta obra como sendo de 1401. Cf. LEMOS, Maximiano – *História da Medicina em Portugal. Doutrinas e Instituições*. Vol I. Lisboa: Publicações D. Quixote/Ordem dos Médicos, 1991, p. 85 (1.ª edição em 1899).

<sup>83</sup> Veja-se a cura 31 em BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946. Veja-se ainda LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 221.

<sup>84</sup> LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 221.

<sup>85</sup> LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 223.

dava, pois, a evacuação do humor melancólico através de purgas e sangrias, concomitantemente à intervenção cirúrgica quando esta fosse manifestamente possível, ou aos cuidados paliativos quando estes constituíssem a única opção a tomar.

Adstrita em particular ao cancro da mama, a Cura 32.<sup>a</sup> da III Centúria<sup>86</sup> revela-nos de forma sintética o *status quo* do conhecimento médico sobre o cancro da mama no século XVI. Descrevendo os sintomas inicialmente referidos pela doente, que incluíam a abundante sudorese e palpitações cardíacas sentidas cerca de dois meses antes do surgimento de «prurido na papila da mama direita», «picadas lancinantes» e «febre», Amato passa a fazer uma atenta observação da mama, observando um espessamento da papila. Diagnosticou de imediato «uma atroz doença, que era sem dúvida um cancro», expondo de imediato à mulher que se tratava de uma doença grave, e para o que interessava, fatal.

Mesmo assim, e dada a fase inicial em que se encontrava, Amato propôs a hipótese do tratamento cirúrgico, com a remoção radical do tumor, por se encontrar num local circunscrito e afastado dos principais vasos sanguíneos, bem ao jeito das pequenas intervenções praticadas desse tempo. Contudo, tal proposta acabou por ser rejeitada pela própria doente, o que também não era incomum para a época, em face da dor e do risco associado a qualquer acto cirúrgico em que a anestesia era inexistente. Ao fim de dois anos, a doença progredira e já se havia metastisado, «em vez do pequeno tumor, sofria de uma ulceração cancerosa, de grande tamanho» e tinha «raízes de tal modo implantadas que era de crer tivesse ocupado os pontos mais íntimos do corpo»<sup>87</sup>. O mesmo constatou noutro caso, num doente que «deixou passar oito meses nos quais não tratou de empregar nenhuma espécie de remédios, embora nesse intervalo de tempo, aquele pequeno tumor se houvesse tornado grande»<sup>88</sup>.

Desde Hipócrates até ao dealbar do século XIX, a teoria galénica da melancolia e as concepções sobre o cancro derivam todas elas da noção omnipresente de um desequilíbrio humoral, permanecendo, do ponto de vista conceptual, uma doença sistémica. No entanto, atrás desta unidade aparente, as variantes tornaram-se cada vez mais numerosas, sobretudo a partir da introdução das doutrinas iatromecânicas de seiscentos, que colocavam o ingurgitamento da linfa no centro da carcinogénese.

---

<sup>86</sup> LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 220-224.

<sup>87</sup> LUSITANO, Amato – *Centúrias de Curas Mediciniais*. Trad. de Firmino Crespo. Vol. II. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1980, p. 222.

<sup>88</sup> BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas. Cura XXXI*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946, p. 110.

## 2. DO HUMORISMO GALÊNICO À TEORIA CELULAR

No século XVII as visões humorais começam a dar lugar a novas teorias iatromecânicas da doença. A teoria dos humores, sempre presente na explicação do cancro só começa a ser posta em causa, se bem que muito timidamente, com Giovanni Ingrassia ainda no século XVI, e mais decididamente por Marco Severino (1580-1659) no século XVII<sup>89</sup>. Se o primeiro se encontra no esteio do humorismo galénico, o segundo já leva em linha de conta as características anatómicas dos tecidos afectados, alicerçado nos estudos anatómicos de Vesálio. Severino aplica o nome de *abscessus* a todos os tumores contra natura, mas distinguindo claramente os de natureza inflamatória face aos de natureza cancerosa. Descreveu os sarcomas ósseos e propôs uma classificação dos tumores da mama, advogando, tal como Ambroise Paré já o fizera, a remoção dos nódulos axilares juntamente com a mama cancerosa. Apesar deste epifenómeno na literatura médica seiscentista, foi necessário aguardar pelo século XVIII para se ver materializado um esboço de classificação geral dos tumores baseado na anatomia patológica macroscópica, tanto mais que na ausência das futuras noções de patologia tecidual de Bichat e patologia celular de Virchow, pouco mais se poderia fazer.

Outras ideias manifestadas sobre a doença incluíam-na no foro das maleitas contagiosas, hipótese defendida por Zacuto Lusitano em 1659<sup>90</sup>, por Nicolau Tulp em 1672, por Jenker em 1731 e Bernard Peyrilhe em 1773. Estas percepções de contagiosidade não são de estranhar, tanto mais que no pensamento médico de até meados do século XVIII as causas de praticamente todas as doenças estavam de algum modo relacionadas tanto à corrupção do ar como à corrupção moral, aspectos aos quais presidia Deus, visto como a causa última de toda e qualquer enfermidade.

Os miasmas e os «maus ares» eram vistos como elementos pouco benéficos à saúde, se bem que as causas mais aceites para explicar o surgimento do cancro não se encontrassem englobadas nessa categoria. Ao longo de todo o século XVII as explicações etiológicas do cancro permaneceram não apenas numerosas mas igualmente confusas, se bem que nos finais dessa centúria começa a ser visto como o produto de anormalidades linfáticas, teoria introduzida por Descartes, ao mesmo tempo que a ideia de remover os nódulos linfáticos aquando das ablações cirúrgicas ganhava cada vez mais adeptos. Mas a mescla de teorias explicativas permanecia bem viva, passando pela discrasia humoral, retenção mecânica dos humores ou coagulação dos mesmos, perturbações tróficas ou coagulação da linfa, ao que se lhe acrescentariam novas explicações químicas ao longo de todo o século XVIII.

<sup>89</sup> Cf. INGRASSIA, Giovanni Filippo – *De tumoribus praeter naturam*. Napoli: 1553, e SEVERINO, Marco Aurelio – *De recondita abscessuum natura*. Napoli: Ottavio Beltrano, 1632.

<sup>90</sup> Cf. LEMOS, Maximino – *Zacuto Lusitano: a sua vida e a sua obra*. Porto: Eduardo Tavares Martins, 1909, p. 218.

A procura da causa «química» do cancro teve a sua era a partir de 1700, quando Bernardino Ramazzini (1633-1714) publica *De morbis artificum diatriba*<sup>91</sup>, tendo sido o primeiro a atribuir a origem química de alguns tipos de cancro, bem como a relação destes com determinadas grupos sociais, actualmente denominados por grupos de risco. E não eram só algumas ocupações profissionais que lhe pareciam estar associadas, de tal modo que as referências ao cancro da mama nas religiosas é igualmente frequente em literatura coeva. Por seu turno, ao descrever o cancro do escroto nos limpa-chaminés em 1775, Percivall Pott volta a sua atenção para o papel das irritações químicas no espoletar do cancro do escroto nos limpa-chaminés que até então era confundido com as lesões genitais sífilíticas, ao passo que em 1774 Bernard Peyrilhe tentava inocular o cancro humano em animais, convencido que esta doença era devida a um «vírus» que se formava na linfa estagnada<sup>92</sup>. Em muitos aspectos, Peyrilhe pode ser considerado um inovador na ainda inexistente área da «cancerologia», ao falar da hereditariedade da doença, referindo-se à sua hipotética contagiosidade, e, pela primeira vez na história, ao colocar o problema da sua transmissão, tentando mesmo realizá-la com recurso a metodologia experimental, pela injeção em cães, do que ele chamou de «suco» canceroso<sup>93</sup>.

No devir de um conhecimento médico cartesiano, o ingurgitamento dos vasos pela linfa, o seu endurecimento e a sua fermentação, constituíam os elementos da etiologia que explicava a formação e diversidade do cancro. A teoria da linfa, derivada do pensamento cartesiano e de novo explanada por Stahl e Hofman, referia que o cancro era composto pela fermentação e degeneração da linfa, variando em densidade, acidez e alcalinidade. Esta teoria rapidamente recolheu uma multiplicidade de defensores, de tal modo que John Hunter (1723-1792) também perpetuou esta conjectura, concordando que os tumores cresciam a partir da linfa coagulada quando esta não era adequadamente drenada na corrente sanguínea.

Pestífero fermento, vício latente, força oculta, doença especial, todas estas designações revelam a concepção mental de uma doença que escapava à compreensão médica, mas cuja existência era impossível negligenciar.

Ainda no seguimento da omnipresente teoria humoral, tanto a corrente médica mais ortodoxa como aquela exposta nos menos eruditos manuais de medicina popular, que neste assunto pouco ou nada divergiam, ambos postulavam que o tratamento do denomi-

<sup>91</sup> Cf. RAMAZZINI, Bernardino – *De morbis artificum diatriba*. Modena: Antonio Capponi, 1700. Escrita em 1690, esta obra foi publicada pela primeira vez em 1700, sendo traduzida para inglês em 1705 e para francês em 1711.

<sup>92</sup> No tocante à história das teorias sobre a origem do cancro veja-se DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L'homme face au cancer de l'Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993, e ainda WOLFE, Jacob – *The Science of Cancerous Disease from Earliest Times to the Present*. Nantucket, 1990. (Tradução inglesa de WOLFE, Jacob – *Die Lehre von der Krebskrankheit von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart*. 2.º ed. Yena: Gustav Fischer, 1929).

<sup>93</sup> Cf. PEYRILHE, Bernard – *Dissertation académique sur le cancer, qui a remporté le prix double de l'Académie des sciences, Arts et Belles Lettres de Lyon, le 8 décembre 1773*. Paris: 1776.

nado «vício canceroso» se deveria efectuar com base num tratamento geral do doente, incluindo uma dieta adequada, purgantes, repouso moderado e sangrias:

*Cura-se com o bom regimento, fugindo de todas as cousas que possam gerar o tal humor, como são as salgadas, seculentas, e amargosas: use de mantimentos frios, e húmidos, faceis de digerir, como alface, borragens, peros, assados, ameyxas, frango, franga, gallinha, cabrito, vittella, ovos brandos passados por assucar; o sono seja moderado, evite as payxoens da alma, que esquentão muyto os humores, e ande lúbrico de ventre. A causa antecedente se deve evacuar com sangrias havendo enchimento de sangue, ou dor, e se for por falta de evacuação (...)»<sup>94</sup>.*

Realizavam-se ainda a aplicação de emplastos, cataplasmas, unguentos, emolientes e ainda de tónicos diversos feitos à base de mercúrio, arsénico, antimónio, enxofre, cal viva e outros agentes químicos diversos, incluindo o óleo de ouro, este último particularmente recomendado por Luís Gomes Ferreira nas fases mais precoces da doença<sup>95</sup>. De todos estes, o mais utilizado era o arsénico, substância que continuou a ser utilizada com bastante frequência até meados de oitocentos. A acreditar em vários relatos de curas obtidas, alguns desses compostos cáusticos conseguiriam sarar alguns cancros de pele em fase precoce, se bem que de um modo errático e muito esporádico. Ou então, poderiam aparentar ser curas pelo facto dos inchaços serem, voluntária ou involuntariamente, confundidos com cancro quando não passavam de meros quistos benignos. Por essa razão o uso de preparados mercuriais permitiram a alguns médicos falar em bons resultados em lesões cancerosas, quando na realidade não eram senão lesões sifilíticas confundidas com cancro.

A confusão estabelecida com outras moléstias também era muito comum, como se pode deprender da publicidade encontrada em 1746 na *Gazeta de Lisboa*, periódico onde o cirurgião José Pedro fazia publicidade de produtos trazidos da América, com os quais podia curar «cancros, escrófulas, a que chamam papeiras, tumores, pólipos que nascem dentro dos orifícios do nariz já cancerosos, outros tumores que chamam «lobinhos», chagas corrosivas e muitos outros males (...)»<sup>96</sup> tudo curando sem tocar com o ferro. Outros anúncios mostram que o uso de emplastos era privilegiado em detrimento de outras intervenções, sobretudo por aqueles que vendiam os seus préstimos de modo ambulante, caso de «Fr. António de Castro, Hespanhol (...)» que vendia «Emplastos para curar as chagas malignas, e cancrosas, para ruturas; para desfazer tumores»<sup>97</sup>.

<sup>94</sup> FERREIRA, Luis Gomes – *Erario Mineral dividido em doze tratados*. Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues, 1735, p. 277.

<sup>95</sup> Cf. FERREIRA, Luis Gomes – *Erario Mineral dividido em doze tratados*. Lisboa Occidental: na Officina de Miguel Rodrigues, 1735, p. 277. Natural de Barcelos, mas tendo exercido sobretudo em contexto colonial (Brasil), o autor não era médico, mas sim cirurgião aprovado, numa altura em que a divisão entre médicos e cirurgiões colocava o prestígio da arte de curar nos ombros dos primeiros, em detrimento do trabalho manual dos segundos.

<sup>96</sup> *Gazeta de Lisboa*. N.º 2 (11 de Janeiro de 1746).

<sup>97</sup> *Gazeta de Lisboa Occidental*. N.º 24 (1724), p. 192.

Se não existia uniformidade na preparação científica dos prestadores de cuidados de saúde, estranhamente já parecia existir no modo de aplicação da diversa terapêutica medicamentosa. A semelhança entre os métodos utilizados por médicos e curandeiros era habitual, o que não abonava em favor das tentativas de legitimação dos primeiros, tornando difícil estabelecer fronteiras claras entre medicina profissional e popular. As combinações terapêuticas usadas eram tão vastas quanto variadas: o uso de unguentos preparados à base de olhos de caranguejo (ricos em carbonato de cálcio) e rãs, encontravam-se aconselhados para aplicação nas úlceras cancerosas, tal como descrito na *Pharmacopea Tubalense* de 1740 e em algumas boticas portuguesas de finais dessa centúria<sup>98</sup>. A coexistência de um variado número de personagens dedicados às «artes de curar», que iam do médico formado na universidade ao cirurgião aprovado, passando pela enorme quantidade de mezinheiros, curandeiros, barbeiros, sangradores, algebristas, saludadores ou simples curiosos, todos contribuíam para tornar mais díspar e heterodoxo o tratamento.

Mas era na intervenção limitada do bisturi que residiam ao melhores hipóteses de cura, que mesmo sendo diminutas não eram de desperdiçar. Se era comum proceder à cauterização dos tumores cutâneos de pequeno volume, a excisão cirúrgica alargada não era recomendada, muito menos quando aqueles se tornavam proliferativos e ulcerados, altura em que se consideravam incuráveis e, como tal, assunto totalmente descartado pela intervenção cirúrgica até meados do século XVIII.

A generalidade da literatura médico-cirúrgica portuguesa de setecentos é, a este respeito, muito homogénea na sua preferência pelo cuidado paliativo ou na intervenção limitada e altamente criteriosa do bisturi, como se pode inferir do escrito por alguns dos mais conceituados praticantes. As edições sucessivas da obra cirúrgica do metódico António da Cruz, médico do Hospital de Todos os Santos que vivera entre a segunda metade do século XVI até 1626, são disso boa prova. Pouco atreito à intervenção cirúrgica, que via como tecnicamente difícil e perigosa, acreditava que o cirurgião deveria relegar a sua intervenção a um tratamento paliativo, prática que assim permaneceu imutável, atestada ao longo das várias edições sucessivas e póstumas da sua obra nos séculos XVII e XVIII<sup>99</sup>. Também António Ferreira, cirurgião régio de D. Pedro II aconselhava o tratamento paliativo, recorrendo-se à cirurgia apenas se reunidas as habituais condições operatórias: ausência de aderências, tamanho reduzido do tumor e bom estado geral do doente<sup>100</sup>. O mesmo se infere

<sup>98</sup> Cf. COELHO, Manuel Rodrigues – *Pharmacopea Tubalense Chimico-Galénica*. Roma: Otf. Balio Gerendini, 1740 e ainda LIMA, Américo Pires de – «As boticas do Doutor Alexandre Rodrigues Ferreira (fim do Séc. XVIII)». Sep. dos *Anais da Faculdade de Farmácia do Porto*. Vol. IX. Porto, 1949.

<sup>99</sup> Cf. CRUZ, António da – *Recopilação de Çurgia, dividida em cinco tratados...* Acrescentada por Francisco Soares Feio e António Gonçalves. Lisboa: na oficina de Bernardo da Costa Carvalho, 1711, p. 146 e 242. A primeira impressão é de 1601, a que se seguiram outras, com adendas e acrescentos em 1605, 1630, 1649, 1661, 1669, 1688 e 1711. Sobre as diferentes edições veja-se SILVA, Innocência F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez*. T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 119.

<sup>100</sup> Cf. FERREIRA, António – *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa: na Officina de Valentim da Costa Deslandes, 1705, p. 421-424.

da *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahlianiana*, editada em 1740, onde o jovem cirurgião lisboeta José Ferreira também opinava que não se devia intervir cirurgicamente nos casos de cancro<sup>101</sup>. Também António de Almeida, destacadíssimo cirurgião do seu tempo, procedia à extirpação das lesões cancerosas com todos os cuidados, abstenendo-se desde logo de o fazer em certos casos e regiões anatomicamente pouco acessíveis, como no útero, local que excluía liminarmente<sup>102</sup>.

Outros compêndios cirúrgicos lusitanos menos proeminentes, que em muitos casos não eram senão traduções comentadas de outras obras europeias coevas, sobretudo francesas, reflectiam igualmente essa abordagem, muito semelhante em praticamente todo o espaço europeu. Muito desse compendiado médico, tanto português como estrangeiro, estava ainda eivado de antigas doutrinas galénicas e mezinhas de lavra medieval, convivendo em franca concorrência com os escritos dos mais destacados cultores do espírito científico das Luzes. Na segunda metade de setecentos, o cirurgião Lima Bezerra relatava as principais «desordens da Medicina em Portugal», sem esquecer a «multidão de livros inúteis de Medicina (sem exceptuar os Franceses) que innundão o nosso Reino»<sup>103</sup>.

Houve, contudo, efémeras tentativas de natureza experimental, feitas com recurso a meios menos ortodoxos. Partilhando da corrente de pensamento mais tradicional sobre a origem e tratamento do cancro, foi na Paris iluminista, e com a colaboração de Payen, que António Nunes Ribeiro Sanches conduziu uma pesquisa sobre a utilização de barro proveniente da região de Mafra, que pensava ser eventualmente benéfico à cura da fatídica enfermidade.

A experiência pretendia mostrar que a aplicação tópica e a deglutição de pequenas porções da denominada «terra de Mafra», parecia ter algum efeito em casos de doentes cancerosos. Se de início os resultados dos ensaios pareciam animadores, acabaram por se mostrar de curta duração. O trabalho experimental que se prolongou por grande parte de 1764, assente nos princípios iluministas da ciência médica de setecentos, não obteve os resultados inicialmente previstos, desvanecendo-se no ano seguinte a esperança de uma cura, que a concretizar-se, aportaria no dizer do próprio Ribeiro Sanches «(...) hum tão grande beneficio para a humanidade»<sup>104</sup>. Outra possibilidade aventada pelo famoso médico português, passaria pelos banhos de vapor tal como se realizavam habitualmente na Rússia, desta vez numa toada francamente mais higienista:

<sup>101</sup> Cf. FERREIRA, José – *Cirurgia Medico-Pharmaceutica Deduzida da Doutrina Stahlianiana Accômodada ao Curativo deste Paiz. Livro primeiro (...)* Lisboa Occidental: 1740.

<sup>102</sup> Cf. ALMEIDA, António de – *Tratado Completo da Anatomia e Cirurgia com um Resumo da História da Anatomia e Cirurgia, Seus Progressos e Estado d'Elia em Portugal*. Lisboa: na Officina de Antonio Gomes, 1788.

<sup>103</sup> Cf. LIMA, Manuel Gomes de – *Diário Universal de Medicina, Cirurgia e Pharmacia, que contém os trabalhos dos academicos das duas Academias, Medica e Cirurgica do Porto*. Lisboa: Régia Officina Typographica, 1772. (A primeira edição é de 1764, publicada no Porto).

<sup>104</sup> FERREIRA, Ernesto – «O médico português Ribeiro Sanches e a cura do cancro». *Petrus Nonius*. Vol. 3, n.º 3-4 (1941), p. 224.

*Penso que se poderia tentar o uso do banho de vapor no tratamento do cancro quer oculto quer aberto, tendo o cuidado de ao mesmo tempo utilizar cataplasmas de cenouras amarelas e, na sua falta, de nabos, que se retirariam ao entrar no banho, afim de que a parte doente ficasse exposta, como o resto do corpo, ao vapor de água quente. Antes de sair do banho esfregar-se-iam com sabão todos os sítios que não estivessem doridos. Seria necessário continuar estes remédios durante quatro meses, e não tomar durante todo este tempo nenhum alimento vegetal: ter-se-ia também cuidado, se houvesse úlcera de a não enxugar ao fazer o penso, co receio de ferir a carne viva e fazé-la sangrar, o que não faria senão aumentar o mal. Não preciso avisar que seria necessário juntar vinagre à água que se lançasse sobre as pedras incandescentes, para purificar o ar do quarto<sup>105</sup>.*

A experiência acabaria por mostrar a ineficácia deste expediente, a mesma já sabida desde longa data sobre os efeitos do termalismo nestes casos: o recurso aos tradicionais «banhos» era tido por incapaz de proporcionar qualquer tipo de cura, servindo apenas um propósito paliativo ao promover o bem-estar dos afectados<sup>106</sup>. Ribeiro Sanches não deixou ainda de reconhecer os efeitos adversos das preparações mercuriais administrados para o tratamento da sífilis, afirmando ter visto gonorreias, cancros e bubões degenerarem em cirros e cancros<sup>107</sup>.

Desde a Idade Média aos finais do século XVIII, a medicina mostrava-se incapaz de tratar os tumores visíveis senão pelo recurso ao cautério, aos unguentos e à excisão cirúrgica local, sem fazer uso dos conceitos de assepsia e perpetuando as mesmas práticas multisseculares para o combate a uma maleita grave, que deixava entrever um desfecho quase sempre fatal.

Os sucessos do bisturi eram raros, excepções quase sempre descritas como tal, e que confirmavam o habitual pessimismo clínico. Na sua esmagadora maioria, a intervenção dos cirurgiões do século XVIII era muito limitada: aplicavam ligaduras, reduziam e imobilizavam fracturas simples, realizavam sangrias, escarificavam, incisavam abcessos e extraíam dentes. No entanto, não era incomum encontrar outros que se mostrassem mais ousados, realizando aquilo que poderíamos apelidar de grande cirurgia. Em situações limite, procedia-se a trepanações, herniotomias e amputações de membros, ou ainda à extirpação de cálculos da bexiga (litotomia). Removiam-se igualmente tumores cancerosos da mama através da mastectomia, apesar dos elevados riscos associados não serem negli-

<sup>105</sup> Cf. a «Memória Sobre os Banhos de Vapor da Rússia Considerados para a Conservação da Saúde e para a Cura de Várias Doenças. Pelo Sr. António Ribeiro Sanchez antigo primeiro Médico do Corpo da Imperatriz de todas as Russias, Associado estrangeiro (etc.) Remedia autem maxime universalia nota hactenus sunt aqua, ignis, argentum vivum, opium». In *Medicina na Beira Interior. Da pré-História ao Século XX. Cadernos de Cultura*. N.º 4 (Outubro de 1991), p. 37.

<sup>106</sup> Cf. BRANDÃO, Joaquim Ignacio de Seixas – *Memórias dos annos de 1775 a 1780 para servirem de história, analysi e virtudes das agoas thermaes da villa das Caldas da Rainha (...)*. Lisboa: na Régia Officina Typografica, 1781, p. 237.

<sup>107</sup> Cf. SANCHES, A. N. Ribeiro – *Observations sur les maladies vénériennes, par feu M. Antonio Nunes Ribeiro Sanches, publiées par M. Andry*. Paris: chez Théophile Barrois le jeune, libraire, 1785.

genciáveis: traumatismo, hemorragia e infecção, sem falar na ausência de anestésicos verdadeiramente eficazes. A rapidez do acto era essencial.

Praticada pelo menos desde o século XVII por Wilhelm Fabricius Von Hilden (1560-1634)<sup>108</sup> e Johannes Scultetus (1595-1645)<sup>109</sup>, a mastectomia era um procedimento sumamente perigoso e muitas vezes ineficaz. As ilustrações do tratado de Scultetus mostram a remoção da mama, cortada pela base após esta ter sido tracionada com recurso a agulhas e pequenas cordas, deixando uma larga ferida que era geralmente cauterizada (ver a figura 1).

Entendida mais como uma intervenção de excepção do que uma prática comum ou sequer recomendável para o tratamento do cancro, poderia ter resultados satisfatórios, se bem que também estes constituíam a excepção e nunca a regra. Num relatório de Richard Wiseman (1622-1676), cirurgião de Carlos II de Inglaterra, em doze mastectomias realizadas, duas doentes morreram durante a operação, outras oito pouco tempo depois, e apenas duas permaneceram «curadas» por um período indeterminado de tempo<sup>110</sup>.

Mesmo na centúria seguinte, Alexander Monro I referiu que em 60 pessoas operadas a casos de cancro da mama, apenas 4 não recidivaram ao fim de 2 anos. Antonio Scarpa, no curso da sua longa prática não observou senão 3 casos de extirpação tumoral sem recidiva. Em 100 cirurgias efectuadas por M. Boyer, apenas 4 ou 5 terão ficado curadas, nos demais casos, a doença recidivou<sup>111</sup>. Marco Severino já tinha completado esta intervenção cirúrgica com a remoção dos gânglios axilares, mas é com Samuel Sharp e Jean-Louis Petit<sup>112</sup> que se recomenda o exame sistemático das axilas e a exérese de todos os gânglios axilares suspeitos, cuidados que progressivamente passariam a fazer parte de todo o cirurgião competente.

Começaram-se a desenvolver vários instrumentos que permitiam uma amputação rápida da mama. A maioria destas técnicas envolvia o recurso a anéis metálicos para afastar a mama da parede torácica e permitir um corte mais rápido.

O procedimento exigia o uso de instrumento de corte bem afiado, preferencialmente de lâmina larga, e uma celeridade considerável por parte do executor. A fama e qualidade

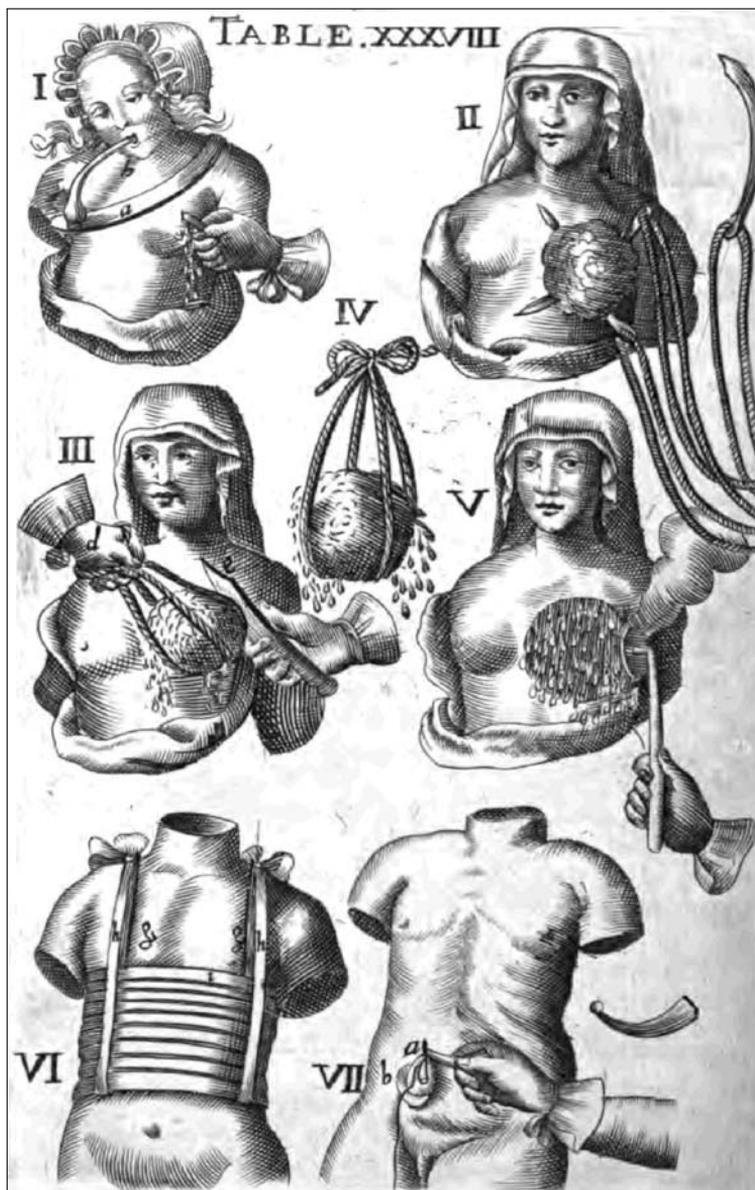
<sup>108</sup> Cf. HILDEN, Wilhelm Fabricius Von – *Opera quae extant omnia*. Frankfurt: 1682. Nesta obra, Von Hilden relata os seus métodos cirúrgicos, incluindo vários casos de cancro onde procedeu a extensas cirurgias. Foi o primeiro a excisar gânglios axilares no cancro da mama.

<sup>109</sup> Cf. SCULTETUS, Johannes – *Armamentarium Chirurgicum*. Ulm: B. Kühnen, 1655. Este tratado continuou a ser leitura habitual dos cirurgiões europeus ao longo do século XVIII, como fica provado pelas várias edições e traduções que se sucederam, algumas acrescentadas e adendadas pelos tradutores e editores. A título de exemplo vejam-se SCULTETI, Joannis *Armamentarium Chirurgicum*. Hagae-Comitum: Ex Officina Adriani Vlacq, 1656, e SCULTET, Jean – *L'Arcenal de Chirurgie*. Lyon: Leonard de La Roche, 1712.

<sup>110</sup> Cf. MOULIN, Daniel de – *A short history of breast cancer*. Boston: Martinus Nijhoff, 1983, p. 1-107.

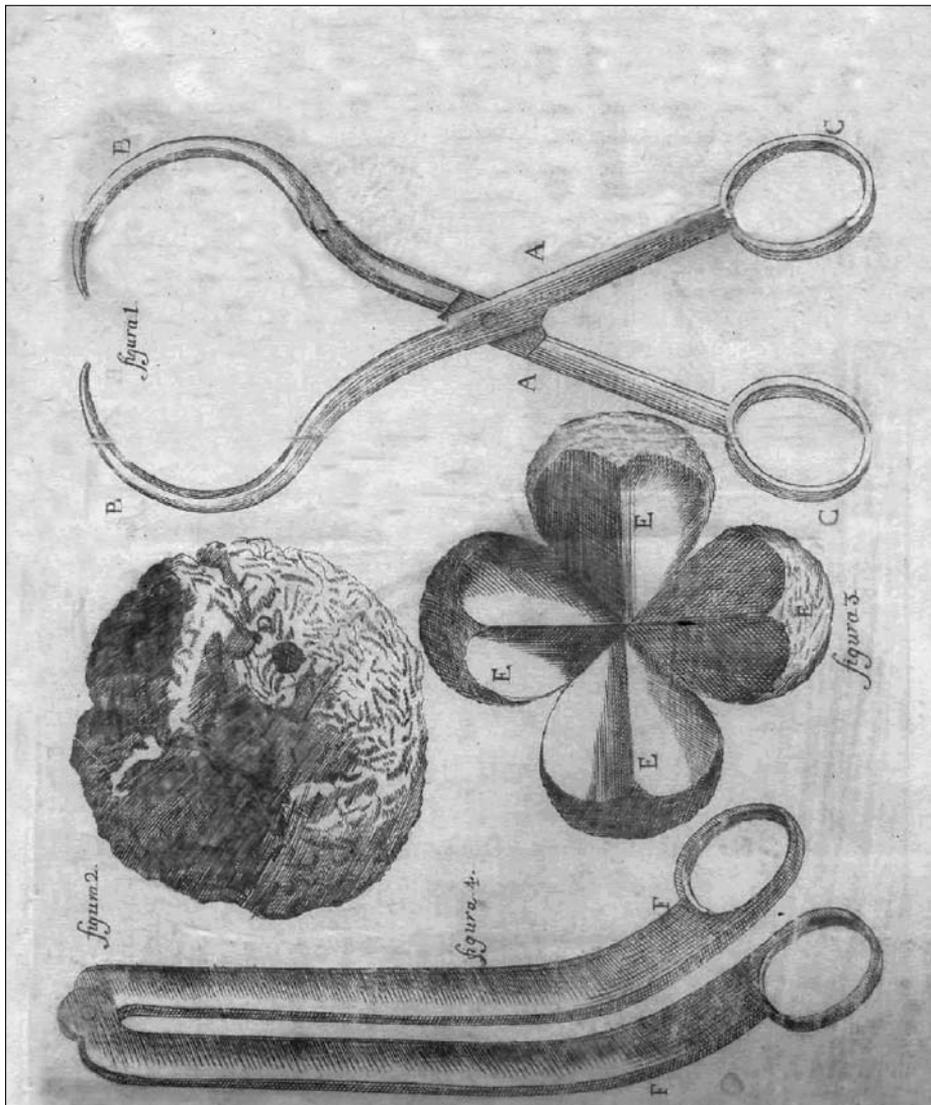
<sup>111</sup> Cf. estes dados apresentados sobre a cirurgia ao cancro da mama em LITTRÉ, Emile – *Cancer*. In *Dictionnaire de Médecine ou répertoire general des sciences médicales*. 2.ª ed. Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.ª., 1834, p. 311.

<sup>112</sup> Cf. e cfr. SHARP, Samuel – *Critical Enquiry into the Present State of Surgery*. London: Tonson, 1750, e PETIT, J.-L. – *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent*. 3 vol. Paris: Chez Méquignon l'aîné, 1775-1790.

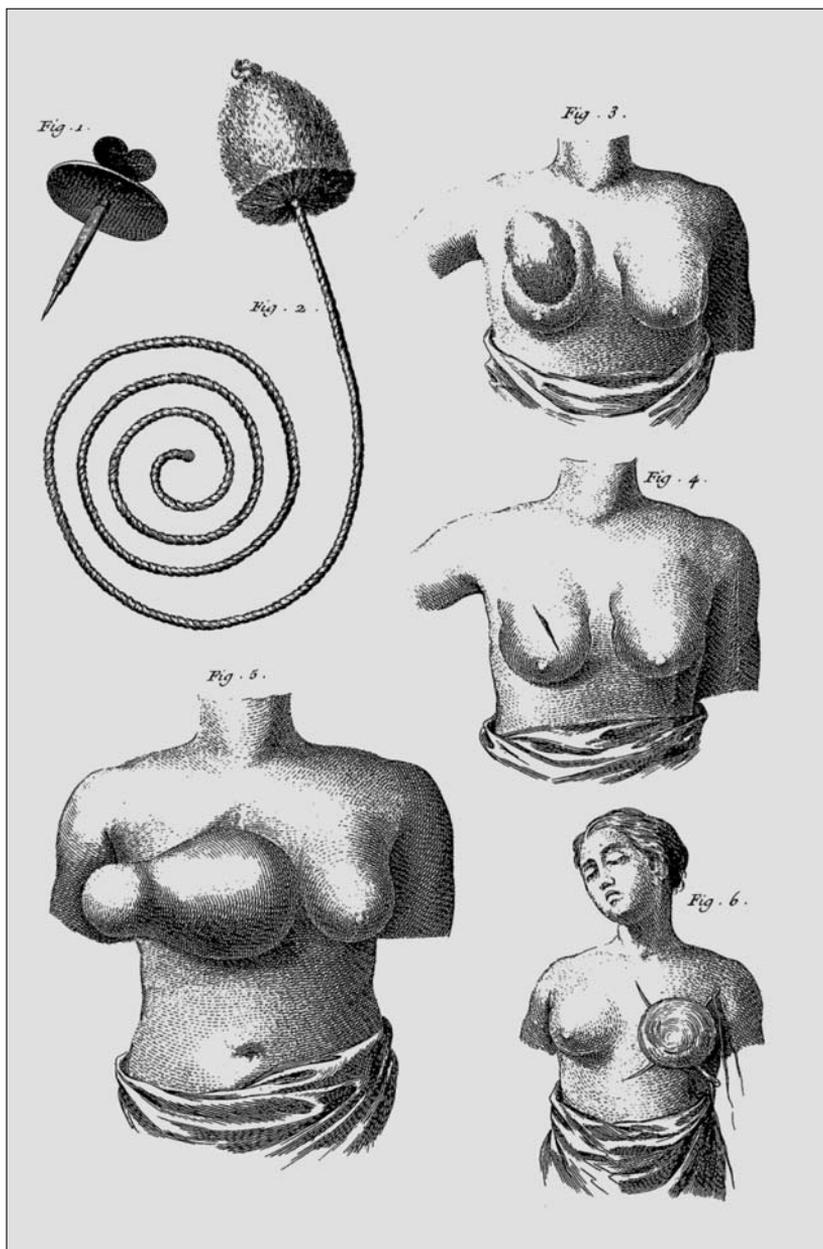


**Figura 1:** Mastectomia; técnica do século XVII. Procedimento em pleno uso no século XVII e descrita numa das mais famosas obras de cirurgia da época, era, contudo, uma prática pouco selectiva. Baseava-se no repuxamento da mama com recurso a fios em cruz inseridos na base da glândula (II), para de seguida a amputar com um golpe/corte rápido (III). A hemorragia subsequente controlava-se através de termocauterização (V). Método cruel e muito imperfeito, acabou por cair totalmente em desuso a partir de meados do século XVIII. Fonte: TABLE XXXVIII in SCULTET, Jean – *L'Arcenal de Chirurgie*. Lyon: Leonard de La Roche, 1712 [s.p.]. (Edição francesa da obra original de 1655. O sucesso desta obra reflectiu-se por mais de 100 anos. As pranchas desta tradução francesa de 1712 são praticamente iguais às de todas as versões europeias entretanto publicadas).

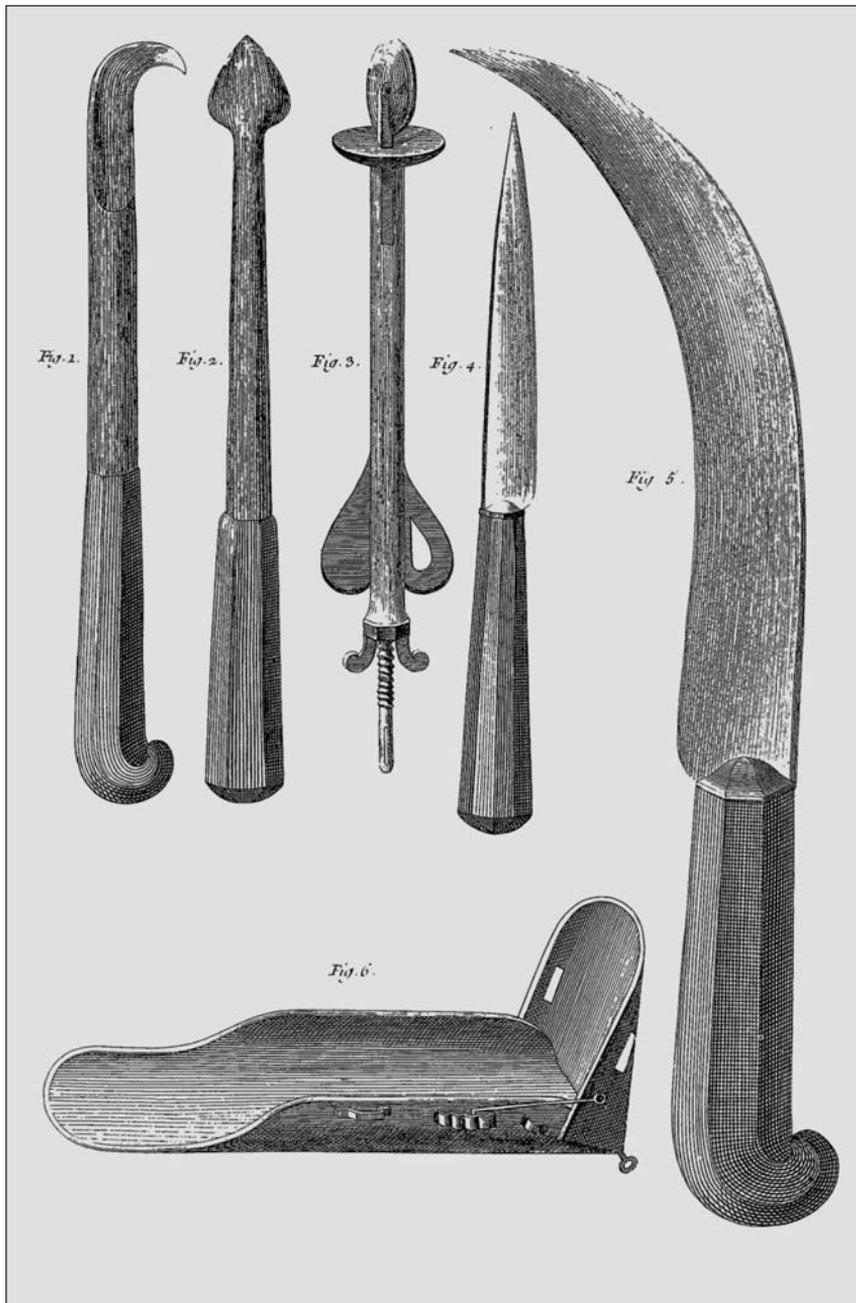
do cirurgião encontravam-se na razão directa da rapidez e destreza com que era capaz de efectuar a amputação, acto que no seu todo habitualmente demorava entre dois e dez segundos. A execução técnica do acto em si encontra-se muito bem descrita nos tratados cirúrgicos da época (vejam-se as figuras 2, 3 e 4).



**Figura 2:** Instrumentos cirúrgicos utilizados em finais do século XVII e primeira metade do século XVIII para segurar os tumores pela base e proceder à excisão. Veja-se ainda um tumor ulcerado, aberto em quatro partes, mostrando a sua natureza homogénea. Fonte: NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro...* Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741, p. 8-9.



**Figura 3:** Imagem de um cancro oculto da mama direita que ocupa parte da mesma (3) e cicatriz resultante da extirpação do tumor (4). Veja-se ainda o método de mastectomia mais arcaico: depois de passar dois fios em cruz pela base do tumor, repuxava-se a mama e amputava-se (6). Fonte: Planche XXVIII in DIDEROT et d'ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*. (28) *Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts mécaniques, avec leur explication*. Éd. fac-sim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Inter-livres, 1988 [s. p.].



**Figura 4:** Instrumentos cirúrgicos da segunda metade do século XVIII utilizados na exérese de tumores cutâneos. Fonte: Planche XX in DIDEROT et d'ALEMBERT – *L'Encyclopédie ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*. (28) *Chirurgie – Appareils et matériel: recueil de planches sur les sciences, les arts libéraux et les arts mécaniques, avec leur explication*. Éd. fac-sim. de textes et de planches extraits de l'éd. de Paris: Briasson, 1751-1780. Paris: Inter-livres, 1988, [s. p.].

Deitada a doente, com as mãos atadas ou segura por assistentes, o cirurgião posicionava-se à direita da mesma, elevando a mama com a sua mão esquerda e repuxando-a um pouco para si; com a outra mão fazia uso do bisturi ou canivete, com o qual incidia a pele na parte inferior da circunferência do tumor. Introduzia de seguida os dedos na incisão para o elevar e descolá-lo do topo do músculo peitoral, cortando a pele à medida que o dissecava. A extirpação dos gânglios axilares também se efectuava, se o cirurgião assim o entendesse. Após aplicar compressas, realizava-se de seguida um penso em banda, apertado em redor do tórax, tendo o cuidado de não comprimir excessivamente a mama saudável. Três a quatro dias mais tarde levantavam-se as compressas, efectuando o tratamento da úlcera resultante. Indubitavelmente, era comum assistir-se a um cruel espectáculo durante este tipo de cirurgias, onde eram regra a hemorragia, os gritos, os desmaios e as queixas dos doentes, acometidos por dores intensas e lancinantes. As feridas resultantes podiam demorar meses a cicatrizar se a doente não morresse antes disso.

Um desses dolorosos e sangrentos relatos foi-nos deixado pela novelista Fanny Burney, submetida ela própria à excisão de um cancro da mama por mastectomia em 1810, realizada pela mão do então renomado cirurgião francês Dominique-Jean Larrey, que fazia uso das técnicas cirúrgicas sedimentadas ao longo do século anterior:

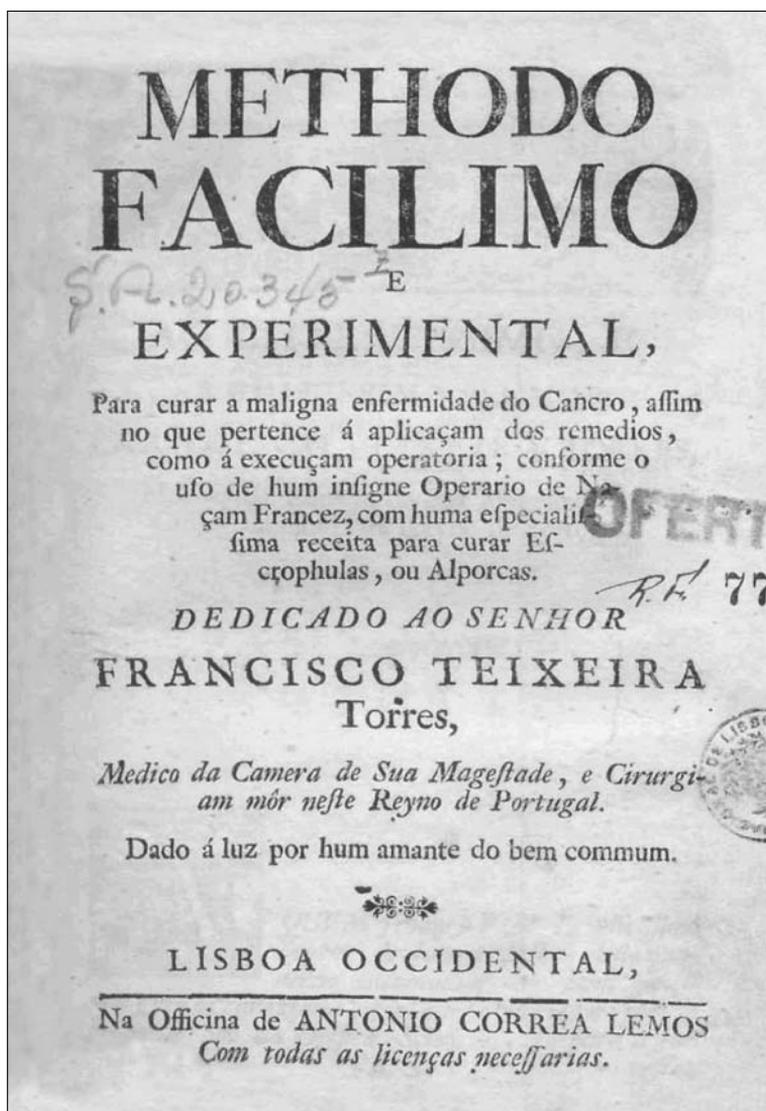
*O Sr. Dubois colocou-me sobre o colchão e abriu um lenço sobre a minha face. Era contudo, transparente, e vi, através dele que a cama fora instantaneamente rodeada por sete homens e pela minha enfermeira. Recusei ser segurada; mas então, bem visível através do lenço, vi o brilho do aço polido – fechei os meus olhos...*

*Contudo – quando o aço terrível mergulhou no meu peito – cortando veias – artérias – carne – nervos, não precisei de razões para sustar o meu choro. Comecei um grito que durou continuamente durante todo o tempo da incisão – e quase me sinto maravilhada pelo facto de ainda não soar nos meus ouvidos! Tão excruciante foi a agonia. Depois da ferida feita e o instrumento retirado, a dor parecia não ter diminuído (...) – mas quando de novo senti o instrumento – descrevendo uma curva – cortando através do veio, se assim o posso dizer, enquanto a carne resistia de um modo tão pertinaz de modo a opor-se e cansar a mão do operador, que era forçado a mudar da direita para a esquerda – aí, de facto, penso que terei morrido, não mais tentei abrir os olhos... O instrumento retirado uma segunda vez e concluí que a operação tinha terminado – Oh não! De novo o terrível corte foi renovado – e pior do que nunca, para separar a base, a fundação desta horrenda glândula das partes a que aderira... contudo, mais uma vez, ainda não tinha tudo terminado...<sup>113</sup>.*

Por seu turno, a literatura médica portuguesa setecentista relativa ao cancro também não revela quaisquer progressos assinaláveis, tanto mais que não faz senão reproduzir o

<sup>113</sup> HEMLOW, J. (ed.) – *The Journals and Letters of Fanny Burney (Madame D'Arbly)*. 12 vols. Oxford: Clarendon Press, 1972-84, vol. 6, p. 598 f., cit. in PORTER, Roy (ed.) – *The Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: CUP, 1996, p. 218-219. (Tradução nossa).

conhecimento da medicina francesa coeva, como é o caso do *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro*, datado de 1741<sup>114</sup> (figura 5).



**Figura 5:** Página de rosto do *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro*. Trata-se do volume existente na Biblioteca Nacional. Note-se que não consta a data da edição, se bem que de acordo com Inocêncio da Silva, data de 1741. Cf. SILVA, Inocêncio F. da – *Diccionario Bibliographico Portuguez*. T. I. Lisboa: Imprensa Nacional, 1858, p. 57. De acordo com o *Diccionario da Lingua Portuguesa* de 1799, dataria de 1747. Cf. o *Catálogo dos livros que se hão de ler para a continuação do Diccionario da lingua portugueza mandado publicar pela Academia Real das Sciencias de Lisboa*. Lisboa: Typographia da mesma academia, 1799, p. 5. Parece-nos mais correcta a data proposta por Inocêncio.

Apesar de um título curioso e aparentemente promissor, este compêndio traduzido do francês pelo cirurgião lisboeta Anastácio da Nóbrega não é senão um reflexo directo dos conhecimentos da época sobre o cancro, nitidamente depurados, mas sem a introdução de quaisquer inovações terapêuticas. Nesse sentido, mostrou estar mais atento à descrição e explanação das pseudo-novidades cirúrgicas europeias do que à aplicação local de agentes químicos tópicos.

Não foi esse o caso do primeiro jornal médico que se publicou em língua portuguesa. Saído em 1749, o *Zodiaco Lusitanico-Delphico* de Manuel Gomes de Lima Bezerra<sup>115</sup> apresentava uma observação de Boaventura Duran, que em 1729 vira em Plasencia recidivar um cancro numa mulher submetida a mastectomia, afirmando aquele cirurgião que o pretendido tumor se curara pela aplicação de um composto de sais de chumbo.

O progresso no tratamento do cancro foi, de facto, mínimo. O princípio do *nole mi tangere* continuava a ser regra para a «horível enfermidade», sempre que havia forte suspeita ou se tinha a certeza de se estar perante uma «*chaga cancrosa*», fosse ela «cancro primitivo» ou «degenerado», facto a que corresponderiam as metástases. As aplicações de unguentos com base em substâncias mais ou menos corrosivas mantiveram-se hábito bastante frequente ao longo de todo o século XVIII<sup>116</sup>, se bem que continuava a ser por demais conhecido que «*contra ea nihil boni*». Mesmo nos casos mais localizados, como podiam ser os tumores malignos das pálpebras, o tratamento paliativo era sempre o mais recomendado:

*As especies desta horrivel enfermidade pela maior parte são mortaes. A cura, quando em alguns casos a possa admitir, se poderá fazer radical, ou paliativa. A radical consiste na separação do tumor, não havendo contra-indicante. A paliativa se faz com os remedios especificos, assim como a cicuta, belladonna, clematites ou trepadeira, sumo de uvas de cão, de genciana, e outras muitas, que para este fim se tem descrito (...)*<sup>117</sup>.

Apenas a sistematização da doença entrou numa nova fase, em grande medida pela generalização das autópsias, com o que passou a ser possível efectuar alguma destrinça entre o cancro e os demais tumores<sup>118</sup>. Chegados às primeiras décadas do século XIX, perpetuavam-se no compendiado médico português os conhecimentos retidos desde o século

<sup>114</sup> Cf. NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro assim no Que pertence á Applicação dos Remedios, como á Execução Operatória...* Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, [1741].

<sup>115</sup> Cf. o *Zodiaco Lusitano-Delphico. Anatomico, Botanico, Chirurgico, Dendrologico, Ictyologico, Lithologico-Medico, Metereológico, Optico, Ornithológico, Pharmaceutico, e Zoologico*. 1749, atribuído a Manuel Gomes de Lima Bezerra.

<sup>116</sup> Cf. o tratamento proposto e recomendado em LOURENÇO, António Gomes – *Cirurgia Clássica, Lusitana, Anatomica, Farmaceutica, Medica, (...)* Lisboa: Na Officina Patriarcal de Francisco Luiz Ameno, 1780, p. 213-219. Esta foi a única edição que nos foi possível analisar; a primeira edição desta obra data de 1754, com reedições sucessivas até 1790.

<sup>117</sup> SANTA ANNA, Joaquim José – *Elementos de Cirurgia Ocular*. Lisboa: Na Officina de Simão Thaddeo Ferreira, 1793, p. 75.

<sup>118</sup> Cf. PORTUGAL, António Rodrigues – *Novo systema dos tumores, no qual estas doenças se reduzem em seus géneros e espécies, por José Jacob Plenck, etc. Traduzido do latim. Primeira Parte*. Porto: na Officina de Antonio Alvares, 1786.

transacto. Era uma realidade constatada tanto nos tratados mais específicos sobre a doença, quanto nas obras de cirurgia mais generalistas, muitas das quais não eram senão traduções adendadas de literatura médica francesa<sup>119</sup>.

Uma boa parte do corpo cirúrgico nacional também carecia da preparação técnica e científica necessária à execução de procedimentos mais invasivos como o anteriormente descrito. De facto, com excepção da relativa suficiência do Hospital de Todos os Santos em Lisboa, na cidade do Porto e noutras localidades do país o ensino cirúrgico era deplorável. No Hospital da Misericórdia portuense os futuros cirurgiões passavam por cursos de dois a quatro anos, acompanhando a clínica de um dos cirurgiões pertencentes à instituição. Mas mesmo sendo aprovados pelo cirurgião-mor do reino, apenas contactavam com uma espécie de «múmia» mal conservada, viam dissecar apenas dois músculos, e a anatomia prática dos principais órgãos era completamente ignorada<sup>120</sup>.

E reportando-nos em especial ao cancro, nem a doença se encontrava adequadamente compreendida, nem os métodos de tratamento haviam mudado de forma sensível. Mesmo assim, é necessário ter em consideração que é no decorrer desse século que nasce a epidemiologia<sup>121</sup> do cancro, desde que pela primeira vez se constatou que nas religiosas a incidência do cancro da mama era elevada, mas a do colo do útero era reduzida, consequência do celibato e do facto de nunca terem aleitado. Essa crença levou Francisco José de Almeida a argumentar em prol da amamentação dos recém-nascidos, como meio de prevenção contra várias moléstias, incluindo o cancro da mama:

*Quando as mães vencidas de preocupação, e caprichos do luxo, e da vaidade, se negam a amamentarem seus filhos, não só fazem gravíssimos males aos pobres inocentes; mas destroem-se a si mesmas, ficando sujeitas às febres, que vem sobre parto, a hidropisias, tubérculos, reumatismos, ao cancro, e a outras enfermidades com que se pagam o seu crime<sup>122</sup>.*

<sup>119</sup> Cf. LOPES, Manuel António – *Tratado compendioso do scirro, e do cancro, em que deduzindo-se a moléstia de seus princípios, e causas, se applica o tratamento e curativo mais adequado*. Lisboa: Impr. Regia, 1811. (Manuel António Lopes foi cirurgião da Armada Real, servindo interinamente como Cirurgião-Mor); LEGOUAS, F. M. V. – *Novos principios de cirurgia, resumidos das obras dos authores modernos conforme o plano do livro de G. de la Faye (...)*. T. II. Lisboa: na Typografia Rollandiana, 1817, p. 317-323, e ainda PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Instituições de Cirurgia. Theorica e practica*. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804, p. 64. (A 1.ª edição é de 1786).

<sup>120</sup> Cf. LEMOS, Maximiliano – *História do ensino Médico no Porto*. Porto: Tipografia a Vapor da Enciclopédia Portuguesa, 1925, p. 4-5.

<sup>121</sup> A palavra «epidemiologia» deriva da palavra «epidemia», que tem a sua origem no domínio das doenças infecto-contagiosas. Os estudos epidemiológicos, que podem ser descritivos, analíticos ou experimentais, constituem uma fonte de informações importantíssimas sobre as ligações, os factores de risco e as relações de causa-efeito para uma miríade de doenças. A epidemiologia científica surge apenas no século XIX pela mão de John Snow. Este médico inglês apontou as causas e os modos de transmissão da cólera em Londres, trabalho que é considerado por muitos o marco inicial da epidemiologia científica; é também um verdadeiro *survey* sociológico, onde se apontam as relações entre a epidemia e as condições socioeconómicas.

<sup>122</sup> ALMEIDA, Francisco José de – *Tratado de educação fysica dos meninos para a nação portuguesa*. Lisboa: Na officina da Academia Real de Ciências, 1791, p. 129.

Também se passou a admitir que a incidência do cancro do escroto nos limpa-chaminés era elevada devido à constante exposição à fuligem; e que a incidência do cancro do nariz era elevada naqueles que cheiravam rapé. Foi também no decorrer desta centúria, mais precisamente em 1761, que soou pela primeira vez o alarme sobre os eventuais efeitos carcinogénicos do tabaco e a sua influência, quando John Hill lançou um alerta sobre o uso do rapé, relatando ser causa de cancro do nariz. Este aviso foi seguido de outro em 1795, num relatório sobre carcinoma dos lábios em homens que fumavam cachimbo, feito por Sammuell Thomas von Soemmering, professor de anatomia em Mainz e em Munique<sup>123</sup>.

Em resumo: no século XVIII, os principais desenvolvimentos incluíram o emprego de técnicas cirúrgicas limitadas mas mais sistemáticas, baseadas em estudos anatómicos mais precisos. A convergência de diversas pesquisas, práticas e saberes, acabou por promover uma alteração em termos de pensamento médico já no final desse século, altura em que o cancro começa a ser encarado em termos de estrutura científica como doença de origem local e não sistémica, a par do reconhecimento do potencial cancerígeno de alguns factores ambientais, como eram o tabaco e o rapé.

Mas se a medicina ainda não possuía as respostas para a generalidade dos problemas de saúde, muito menos para o caso do cancro. Pode mesmo afirmar-se que o poder curativo dos médicos (ou a ausência dele) do tempo de Hipócrates, não era substancialmente diferente daqueles no início do século XIX. Nessa altura, a medicina continuava ineficaz em larga medida. Somente nos séculos XIX e XX se desenvolveu como disciplina científica própria, e certamente mais próxima de uma tecnologia<sup>124</sup> do que de uma ciência conceptual. As exigências da medicina técnico-científica, baseada na construção de saberes cientificamente estabelecidos, é o resultado de uma ruptura conceptual, que deixou de ter como foco a medicina do homem, para ter como foco a medicina do corpo do homem – ou medicina da doença.

A expressão mais nítida desta mudança no que toca ao estudo do cancro foi a afirmação da anátomo-patologia e da medicina celular. O recurso ao uso do microscópio acromático inventado em 1824, passou a realizar-se de forma corrente a partir de 1830, conferindo um acréscimo considerável ao desenvolvimento de várias disciplinas e em especial à medicina. O cancro, por exemplo, passa a ser estudado em termos morfológicos, deixando de ser considerado como uma entidade única, mas antes como um grupo mórbido e heterogéneo, constituído por patologias diferentes. A sua natureza e diferenciação torna-se

---

<sup>123</sup> Cf. SHIMKIN, Michael B. – *Contrary to nature. Being an illustrated commentary on some persons and events of historical importance in the development of knowledge concerning cancer*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1977.

<sup>124</sup> Entenda-se aqui a «tecnologia» enquanto aplicação do conhecimento à produção do mundo material. A tecnologia envolve a criação de instrumentos materiais (tais como máquinas) utilizados na interacção humana com a natureza. Cf. GIDDENS, Anthony – *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

mais clara quando John Hunter<sup>125</sup> reconheceu e anunciou a diversidade dos tumores, confundidos até então sob a mesma designação genérica, apesar de ainda não ser capaz de conhecer os elementos distintivos daqueles mesmos tumores cuja diversidade anunciava. Mesmo assim o ponto de viragem estava definitivamente traçado, não tardando a que a anatomia patológica permitisse a Alfred Donn  (1801-1878) descrever as leucemias e a Jean Curveilhier (1792-1874) descobrir a benignidade de alguns tumores.

De facto, o uso do microscópio lançou uma divisão clara entre as teorias explicativas da doença, no que as poderíamos dividir entre teorias pr  e p s-microscópio.

As bases científicas para o estudo patológico do cancro estavam lançadas, e seria a escola alem a a que ocuparia lugar de particular relevo no estudo patológico da doença. Em 1838 surge a teoria do blastoma, pela mão do patologista alemão Johannes Müller, que demonstrou ser o cancro constituído por células e não linfa. Contudo, pensava que as células não provinham de células normais, teorizando que estas células provinham da germina o de elementos entre tecidos normais.

Mais do que aportar uma mera constru o nosológica microscópica, outro médico alemão discípulo de Müller, Rudolf Virchow (1821-1902), conferiu um novo impulso ao enunciar que o local dos fen menos mórbidos, inclusivamente do cancro, era localizável a nível celular<sup>126</sup>. Rejeitando liminarmente a teoria dos humores ainda em vigor, voltou a aten o dos médicos para as células, até então totalmente negligenciadas. Com base na morfologia dos tecidos normais e patológicos, de acordo com o criador da teoria celular, os tumores eram o fruto de agrega o de células e de tecidos envolventes. Para Virchow, todos os fen menos vitais eram fen menos celulares, de tal modo que toda a célula provinha de uma outra célula (*omnia celulla ex celullae*). As células não nasciam da linfa, mas antes de células-mãe, o mesmo se passando com o cancro, que poderia ter a sua origem numa célula normal. O cancro passa então a adquirir a categoria de tecido vivo, formado de novo (tecido neoplásico) afastando-se definitivamente da discrasia humoral e da transforma o degenerativa dos  rg os.

A este novo centro de interesse pela célula, acrescenta-se outro que lhe   coevo: o da fisiologia e patologia celulares. A teoria celular de Virchow, revolucionária e plena de seguidores, entrava em conflito com os progressos no diagnóstico anat mico dos tumores aportados por Collard em 1828 e Hermann Lebert<sup>127</sup> em 1845. Com efeito, em 1866 ainda se

<sup>125</sup> «As doenças que são habitualmente classificadas debaixo desta denomina o, são muito diferentes, pelo seu aspecto, e o são muito provavelmente, quanto à sua natureza». (Tradu o nossa). HUNTER, John – *Oeuvres completes*. T. I. Paris: 1843, p. 686.

<sup>126</sup> Cf. VIRCHOW, Rudolf – *Cellular Pathologie in ihrer Bedr ndung auf physiologische und pathologische Gewebelehre*. Berlin: 1859.

<sup>127</sup> Lebert foi um dos primeiros a utilizar o microscópio na anatomia patológica, tendo publicado um atlas com mais de 200 imagens macro e micropatol gicas a cores, de particular importância para o estudo tumoral. Cf. LEBERT, Hermann – *Traite d'anatomie pathologique générale et spéciale*. 4 vol. Paris: Bailli re, 1857-61.

discutia a nível internacional a distinção anatómica entre as estruturas tumorais, defendendo-se Lebert ou Virchow, conforme os argumentos classificativos de cada um e as particularidades expressas pelos diferentes tipos de patologias oncológicas estudadas. Mau grado algumas resistências iniciais, a teoria celular de Virchow foi-se impondo progressivamente em toda a Europa ao longo da segunda metade do século XIX.

Em Portugal, a teoria de Virchow também suscitou o confronto de ideias, encontrando os seus seguidores e detractores, de modo que no terceiro quartel do século XIX a controvérsia sobre a origem dos tumores cancerosos continuava acesa, reinando a dúvida sobre a coerência explicativa em redor das mais recentes teorias, fossem elas provenientes da escola médica francesa, muito seguida no nosso país nessa altura, fossem da escola alemã, em crescendo de importância no seio nacional e internacional. Um bom exemplo das polémicas que tiveram lugar em torno da teoria de Virchow foi a que envolveu Sousa Martins na *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, publicada no periódico dessa sociedade científica em 1869, acerca de um tumor da mandíbula comunicado por António Barbosa<sup>128</sup>. Mais do que dar origem a facções antagónicas, o facto é que estas teorias coexistiram e em certa medida tentavam colmatar as lacunas explicativas uma da outra.

Em meados da década de 60, as teorias invocadas para explicar a origem dos carcinomas eram sobretudo duas: a teoria do blastoma, baseada na anatomia patológica e sustentada por Broca<sup>129</sup>, e a teoria do desenvolvimento contínuo, defendida por Virchow, que não reconhecia outra origem para os elementos cancerosos senão as células normais da região doente. Este diferendo científico mostra bem o antagonismo de duas escolas europeias, a francesa e a alemã, que tendo os seus defensores dentro de cada um dos países de origem, também os tinham do outro lado da «barricada», ultrapassando a índole nacionalista na primazia da ciência.

Na arena da anátomo-patologia, a doença era tão desconhecida quanto debatida, permanecendo como elemento de clara dissidência intelectual e científica, numa altura em que ainda se procedia à definição e classificação sistemática dos tumores malignos. A microscopia ainda tinha as suas dúvidas e incertezas, e os objectos que estudava prestavam-se por vezes a interpretações contraditórias. Tanto assim era que:

*Este facto pathologico entra n'aquelle vasto grupo que todos os pathologistas chamam tumores; por tanto não podemos furtar-nos á obrigação de determinar a significação d'este termo, e de conhecer e classificar os diversos objectos, que constituem esta circumscripção pathologica. Não concordam a sciencia e arte sobre este objecto, e lia tantos, litigantes quantos são os que pensam,*

<sup>128</sup> Cf. a «Polémica com Barbosa sobre a teoria do desenvolvimento contínuo de Virchow». *Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*. (27 de Novembro de 1869), p. 12.

<sup>129</sup> Sobre a origem dos elementos do carcinoma, veja-se a teoria de Broca in BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. 2 vol. Paris: P. Asselin, 1866-1869.

*falam ou escrevem sobre tumores. O fiat lux ainda se não fez ouvir, e são ordem do dia a confusão e o cahos*<sup>130</sup>.

Em termos clínicos, as coisas não eram tão conflituosas. Conheciam-se bem as manifestações genericamente associadas às doenças oncológicas, fosse a palidez, as úlceras cutâneas características, o emagrecimento rápido e a astenia, sinais que geralmente resumiam o que se veio a designar por caquexia cancerosa. Contudo, tal não impedia que em muitos casos o diagnóstico se mantivesse difícil e obscuro, podendo mesmo passar completamente desapercibido, o que era frequente antes da introdução da anatomia patológica. Esta, não só permitiu um melhor conhecimento dos danos tecidulares, como lançou as fundações da cirurgia oncológica; os tecidos removidos pelo cirurgião podiam agora ser examinados e realizar-se um diagnóstico preciso a partir do material excisado.

A anatomia patológica pretendia nessa altura assistir à própria geração dos tumores, confundindo em certa medida esse estudo com aquele em que a anatomia consagrava a génese dos elementos normais do organismo. Obedecia sobretudo à tendência que reinava na ciência ao identificar os actos fisiológicos com os actos patológicos, quer se tratassem de modificações parciais e morfológicas, determináveis e caracterizáveis com recurso ao microscópio, quer se tratassem de modificações gerais do organismo, que pareciam dominar a maior parte da patologia.

As próprias teorias de crescimento tumoral também mostravam as diferentes concepções existentes sobre a natureza da metastização, mais uma vez plasmadas nas ideias de Virchow e de Alfred Heurtaux, renovando-se o antagonismo entre as mesmas escolas já referidas. Independentemente da explicação apresentada, a metastização era vista sob as premissas do processo infeccioso, de tal modo que a generalização do tumor primitivo era vista como patognomónica da infecção.

Mais frequente no género feminino do que no masculino por causa do cancro da mama e do útero, o número de casos oncológicos aumentava com a idade e era raro nas crianças. As causas do cancro, vistas como numerosas e variadas, dividiam-se na taxonomia médica da segunda metade de oitocentos em duas categorias: locais e gerais. O traumatismo e a inflamação eram vistas como causas locais, ao passo que a hereditariedade passou a ser olhada com maior atenção desde que Pierre Broca apresentou o primeiro estudo que mostrava a prevalência familiar do cancro da mama (e outros tipos de patologia oncológica) no historial médico de uma família particularmente fustigada pela doença oncológica<sup>131</sup>. Estudar o historial oncológico desta família ao longo de várias gerações, permitiu-lhe concluir do potencial hereditário de transmissão e da predisposição familiar, aspecto ainda hoje pleno de actualidade.

<sup>130</sup> LIMA, António Augusto – *Indicações e contra-indicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, p. 12-13.

<sup>131</sup> Cf. BROCA, Pierre P. – *Traité des tumeurs*. Vol. 1. Paris: P. Asselin, 1866, p. 151 e seguintes.

Esta predisposição encontrava na terminologia médica uma expressão que desde longa data lhe conferia corpo, e que mergulhava as suas raízes na teoria dos humores: a denominada diátese.

Nenhuma expressão em patologia recebeu tantas significações com esta. Resultava da necessidade que todos os médicos tinham sentido de se referirem a um estado mórbido latente, uma alteração humoral, um princípio vicioso, desconhecido na sua natureza e sede, de molde a explicarem o surgimento espontâneo e contínuo de uma quantidade enorme de doenças que pareciam estar identificadas com a própria organização dos tecidos, como a constituição, o temperamento e as predisposições dos indivíduos. Trata-se, pois, do princípio mórbido, hereditário ou adquirido, que se desenvolvia em certas circunstâncias, fosse sob a forma de tuberculose pulmonar, de gota, de diabetes, de cancro, etc. Por essa razão o cancro era considerada uma doença *diatésica* ou *constitucional*, e é por isso mesmo que talvez a expressão fosse utilizada na segunda metade do século XIX e ainda nos primeiros anos da nova centúria<sup>132</sup>. O objectivo era o de conferir uma explicação empírica à ainda inexplicável relação entre cancro, hábitos de vida, hábitos alimentares e predisposição genética. Na senda desta mentalidade e dos preceitos higienistas, as regras de vida saudável constituíam o principal instrumento da recomendação médica da altura: «A hygiene, pois, [leia-se, regras de vida saudável] convenientemente dirigida, melhorando a constituição do individuo, deve pelo menos retardar a primeira manifestação da doença, que se conserva assim no estado latente»<sup>133</sup>. Fosse devido a uma predisposição geral existente no organismo, fosse uma lesão primitivamente local que se torna geral *a posteriori*, a causa primária que presidia ao aparecimento da doença permanecia completamente desconhecida.

### 3. NOVAS ARMAS NO SÉCULO DA CIRURGIA

A terapêutica anticancerosa do século XIX limitava-se à sua impotência na presença de uma doença incurável. Não faltava a introdução esporádica de medicamentos garantidamente eficazes pelos seus promotores, mas na realidade perfeitamente inúteis; de Angola chegam inclusive plantas utilizadas pelos habitantes locais, como a mistura do pó do pau de quicongo com a folha de Pita, indicadas como tratamento tópico dos cancros cutâneos<sup>134</sup>. Outros métodos foram tentados, como a aplicação de compressão no local do

<sup>132</sup> Cf. «O cancro considerado como doença constitucional». *A Medicina Contemporânea* (II.ª Série). Ano XXIV (1906), p. 309-311.

<sup>133</sup> FARIA, Manuel da Costa – *Algumas palavras sobre o carcinoma, sua natureza, etiologia, crescimento e infecção*. Tese apresentada e defendida em Julho de 1868 na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia Universal, 1868, p. 40.

<sup>134</sup> Cf. as *Memórias económicas da Academia Real das Sciencias de Lisboa*. Tomo IV. Lisboa: na Typographia da mesma academia, 1812, p. 61.

tumor ou as experiências com sanguessugas, sem que os resultados se mostrassem de algum modo animadores<sup>135</sup>.

Com efeito, ao longo do século XIX o tratamento foi sofrendo alterações pontuais, acompanhando os progressos farmacológicos, mas numa toada francamente paliativa. Os preparados mercuriais, iodados e arsenicais de outros tempos passaram a ser considerados ineficazes e contraproducentes. O mesmo se passou com a quina, que entretanto tivera alguns adeptos. Rejeita-se o recurso ao cauterio. Recomendava-se preferencialmente o tratamento paliativo, no mesmo sentido do que já se fazia habitualmente com outras doenças incuráveis, tais como a tuberculose ou as doenças cardíacas. Aconselhava-se sobretudo o repouso, as águas medicinais e ainda o uso de narcóticos para o controlo da dor associada à doença. As perturbações digestivas e as eventuais hemorragias também eram tratadas apenas com recurso ao tratamento paliativo.

Os analgésicos mais utilizados iam do ópio ao extracto de cicuta<sup>136</sup>, sobretudo esta última, que após muitos anos de uso incorrecto e pernicioso, acabou também por ser aceite como analgésico paliativo. O uso do extracto de cicuta tinha alguma expressão em Inglaterra na segunda metade do século XVIII, mas era muito pouco usado em Portugal e no resto da Europa pelos resultados duvidosos, e por vezes mortais, resultado associado geralmente a aplicações realizadas por médicos inexperientes ou menos escrupulosos. Mesmo assim, podia ser utilizada de modo paliativo, como analgésico, fosse ingerido ou aplicado localmente, tendo tido maior sucesso e uso mais alargado em Portugal a partir de finais do século XVIII, feita pela mão de alguns médicos influentes, como Manuel Henriques de Paiva, influenciado pelas experiências centro europeias e pelo descrito na tradução de manuais de medicina de feição por vezes mais popular do que académica<sup>137</sup>.

Apesar da toada paliativa, ainda se recorria esporadicamente à sangria selectiva no sentido de combater as denominadas «peritonites sintomáticas»<sup>138</sup>, o que certamente deixaria o paciente ainda mais debilitado, mas que mostra bem a permanência dos resquícios

<sup>135</sup> Sobre a aplicação de compressão e o uso de sanguessugas, vejam-se YOUNG, S. – *Minutes of the cases of cancer and cancerous tendency successfully treated by the new method of pressure, etc.* London: 1816; RÉCAMIER, J. C.-A. – *Recherches sur le traitement du cancer par la compression méthodique simple ou combinée, et sur l'histoire générale de la même maladie.* 2 vol. Paris: Gabon, 1829; e LASERRE – «Nouvelles observations sur l'efficacité des sangsues contre les cancers ulcérés». *Annales de médecine physiologique* (1822).

<sup>136</sup> Planta venenosa da família das umbelíferas, da qual se pode obter um alcalóide muito venenoso denominado cicutina. Começou a ser recomendada para o cancro por Stoek, em Inglaterra, em meados do século XVIII.

<sup>137</sup> Sobre o uso da cicuta no tratamento do cancro em Portugal e na Europa, veja-se PAIVA, Manoel Joaquim Henriques de – *Aviso ao povo acerca da sua saúde por Monsieur Tissot, traduzido em portuguez e accrescentado com notas, ilustrações, e um tratado das enfermidades mais frequentes de que não tratou mr. Tissot na referida obra.* T. II. Lisboa: na Oficina de Filipe da Silva e Azevedo, 1786, p. 66, e *idem* – *Instituições de Cirurgia. Theorica e practica, que comprehendem a physiologia e a pathologia geral e particular (...).* 2.ª ed. T. II. Lisboa: na Officina de António Rodrigues Galhardo, 1804, p. 36-37, 63-64.

<sup>138</sup> Cf. LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do figado.* These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, p. 28 e seguintes.

de práticas cirúrgicas multi-seculares, ainda presentes na mentalidade médica dos finais de oitocentos. Tendo entretanto entrado em desuso desde a 2.<sup>a</sup> metade do século XIX, curiosamente, a sangria continuava a ter na primeira década do século XX algumas aplicações terapêuticas ainda aceites pela comunidade médica: envenenamento por monóxido de carbono, uremia, eclampsia, gota, clorose e perturbações circulatorias<sup>139</sup>.

A terapêutica medicamentosa apoiava-se em analgésicos ou noutros medicamentos com propriedades paliativas, como seja o caso do condurango, que teve os seus apoiantes nos EUA e Europa a partir de inícios da década de 70. Em Portugal, o seu uso parece ter sido apenas iniciado na década de 80, reconhecidamente como medicamento paliativo e não mais do que isso<sup>140</sup>. O desalento e ineficácia da terapêutica farmacológica era um dado assente e exposto sem reboço em 1870 por António Lima, finalista do curso de medicina portuense:

*A aquisição dos mais preciosos agentes pharmacologicos é devida a conhecimentos meramente empiricos. Desgraçadamente, não poderam até hoje enriquecer a therapeutica prophylactica com um preventivo util da affeição cancrosa, nem a experiência dos clínicos nem a theoria pathologica do cancro. A hygiene e a pharma-cologia, empenhadas na cura do cancro, só têm patenteado sua inefficacia. A medicina, operatória, invocada como ultimo recurso curativo, offerece resultados tão pouco seguros que muitos clínicos abalisados a proscreeveram da therapeutica do cancro. Muitos práticos, impressionados pela inefficacia curativa dos meios experimentados, têm chegado a acreditar apenas na virtude palliativa dos recursos actuaes, resignando-se com a tendência destruidora da affeição cancrosa<sup>141</sup>.*

Neste quadro de franca impotência, o tratamento curativo passava apenas pelo acto cirúrgico, e mesmo esse sem quaisquer garantias de sucesso. Mesmo assim, a era moderna da cirurgia electiva dos tumores viscerais teve início cerca de 60 anos antes destas palavras de António Lima, nos EUA em 1809. Nesse ano, Ephraim McDowell removeu um tumor ovário com cerca de 7 kg de uma paciente de 47 anos, que acabou por sobreviver mais 31 anos após a cirurgia<sup>142</sup>. Este procedimento, o primeiro de 13 ressecções ovárias realizadas por McDowell, foi a primeira cirurgia abdominal electiva para uma patologia oncológica, conferindo um enorme estímulo ao desenvolvimento desta prática, mas sem os progressos inicialmente pretendidos.

Apesar do sucedido, o procedimento não se generalizou, mantendo-se apenas como uma mera excepção pontual e nunca como regra da prática cirúrgica. Daí que a primeira

<sup>139</sup> Cf. «Indicações da Sangria». *Porto Médico*. 5.º Ano, n.º 11 (1908), p. 349-350.

<sup>140</sup> Cf. LENCASTRE, D. António de – «Notas clínicas: O condurango no tratamento do cancro». *A Medicina Contemporânea*. Ano IV (1886), p. 122-124.

<sup>141</sup> LIMA, António Augusto – *Indicações e contra-indicações da extirpação do cancro*. Porto: Na Typ. Pereira da Silva, 1870, p. 28.

<sup>142</sup> Cf. THORWALD, J. – *Science and the secrets of early medicine*. New York: Harcourt, Brace and World, 1962. Os resultados de McDowell foram publicados vários anos mais tarde em McDOWELL, E. – «Three cases of extirpation of diseased ovaria». *Eclectic Repertory Anal Rev.* 7 (1817), p. 242-244.

ovariotomia realizada em Portugal tivesse lugar apenas em 1866, praticada por António Maria Barbosa, mas sem a obtenção do almejado sucesso<sup>143</sup>.

No nosso país, e na ausência de outras fontes, é de crer que a primeira laparotomia por tumor sólido dos anexos do útero efectuada com êxito parece ter sido realizada muito mais tarde, em 1889, pela mão de José António Serrano, que aplicou precocemente entre nós as doutrinas de Pasteur e as práticas de Lister<sup>144</sup>. Confundido inicialmente com um quisto do ovário e operado como tal, não o teria sido se o diagnóstico original fosse o de um tumor sólido, para o qual se recomendaria o habitual tratamento conservador e de feição paliativa. O que era mais habitual era realizar a extirpação de pequenos nódulos tumorais facilmente acessíveis, e que não implicassem à partida qualquer suspeita de recidiva. Só assim se compreende a cirurgia efectuada 30 anos antes a um cancroide do lábio em Fevereiro de 1859 no grande Hospital de São José:

*Durante esta semana houve só uma operação digna de mencionar-se: a extirpação d'um cancroide do labio inferior e a cheiloplastia. O operador, o sr. Marques, prolongou com duas pequenas incisões os angulos da boca, compreendeu depois a parte affectada n'uma incisão em V. separou, quando foi necessário, os retalhos lateraes e uniu-os com pontos de sutura. É o processo de Malgaigne<sup>145</sup>.*

Se em alguns casos o recurso ao bisturi era possível no domínio das manifestações visíveis do tumor, sempre que a lesão estivesse limitada, fosse acessível aos instrumentos cirúrgicos e se esperasse alguma segurança no resultado da intervenção, tais intervenções não promoviam a cura da doença, extinguindo apenas uma manifestação local. Como nos refere o médico João Lacerda em 1865, «Se muitas vezes, nos que são do domínio da clinica externa, o canivete do cirurgião consegue fazel-as desaparecer, a intervenção da arte não effectua a cura radical da doença, extingue apenas um symptoma, uma manifestação local da diathese que mais tarde, às vezes bem pouco tempo depois surge de novo reproduzindo a lesão anatómica no mesmo órgão ou n'outro, e conduzindo o doente por uma vereda de soffrimentos ao termo fatal da existência»<sup>146</sup>.

Estas considerações relativas aos meios cirúrgicos utilizados no tratamento dos tumores visíveis, delimitados e acessíveis, estavam muito longe de serem aplicados aos órgãos

<sup>143</sup> Cf. BARBOSA, António Maria – *Nota sobre a ovariotomia, lida na Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa em sessão de 19 de Abril de 1866*. Lisboa: Typographia da Academia Real das Sciencias Medicas de Lisboa, 1866.

<sup>144</sup> Cf. SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura». *A Medicina Contemporânea*. Ano VII, n.º 27 (1889), p. 201-203, e SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura (continuação)». *A Medicina Contemporânea*. Ano VII, n.º 28 (1889), p. 209-210. E ainda MARTINS, J. T. de Sousa – «Explicações sobre ovariotomia. Acerca da primeira ovariotomia feita em Portugal. Acidentes da anestesia». *Jornal da Sociedade das Sciencias Médicas de Lisboa*. (6 de Julho de 1889), p. 269.

<sup>145</sup> Cf. «Revista Médica». *Archivo Universal*. N.º 9 (28 de Fevereiro de 1859), p. 139.

<sup>146</sup> LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do figado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, p. 27.

internos, rejeitando-se à partida a intervenção do bisturi em tais situações, face aos enormes riscos associados e sobejamente conhecidos da classe médica.

Os casos em que se praticavam cirurgias mais audazes resultavam quase sempre mal. Apesar de Claude-Anthelme Récamier ter tido sucesso na primeira histerectomia total de um cancro do útero em 1829, o feito deve-se à extraordinária perícia do cirurgião, e foi praticamente incapaz de se reproduzir: das 21 doentes submetidas a histerectomia 3 anos mais tarde, nenhuma sobreviveu à operação, o que levou rapidamente ao abandono de tal experiência<sup>147</sup>. Da mesma maneira, se Lisfranc foi capaz de realizar em 1826 algumas ablações de recto canceroso, o sucesso relativo da técnica cirúrgica (sobreviveram 5 em 9 doentes) esbarrou com a morte a prazo de todos os operados, fruto de recidivas<sup>148</sup>. No outro lado do Atlântico o sucesso era igualmente muito limitado, e em 1838 Richard Kissam não deixou de relatar o seu insucesso aquando da morte de uma doente por sepsis<sup>149</sup>, após ter procedido à remoção de um tumor do ovário<sup>150</sup>.

As infecções pós-operatórias eram responsáveis pelo falhanço completo das melhores e mais cuidadosas técnicas, fazendo decrescer dramaticamente, todo e qualquer eventual sucesso inicial. Em meados do século XIX, mesmo a pequena cirurgia podia acabar em tragédia, como se pode constatar das referências a actos operatórios efectuadas em 1859 no Hospital de São José:

*No hospital [de São José] tem-se feito, que nos conste, desde o 1.º de Janeiro duas operações: uma cataracta por depressão, cujo resultado se não pôde conhecer ainda, e a extirpação d'um cancroide do labio inferior, remediando-se a falta de substancia com a cheiloplastia, pelo processo de Syme. Neste caso a gangrena sobreveio aos retalhos, que se tinham feito, estendeu-se aos tegumentos do peito e o doente falleceu dia e meio depois da operação<sup>151</sup>.*

O tratamento da maioria dos tumores passou a depender de dois desenvolvimentos, ambos umbilicalmente ligados à cirurgia. O primeiro foi a introdução dos anestésicos em 1846, o que permitiu inaugurar uma nova era, no decurso da qual se descobriu que a cirurgia radical seguida da extracção dos gânglios linfáticos adjacentes podia talvez permitir uma cura. Note-se que até então, e mesmo posteriormente – até finais do século XIX – a

<sup>147</sup> Cf. ACKERKNECHT, Erwin – *La médecine hospitalière à Paris (1794-1848)*. Paris: Payot, 1986, p. 188. Claude-Anthelme Récamier (1774-1852) também nos transmitiu em 1829 a noção de metástase, sem que isso alterasse significativamente as ideias contidas das descrições medievais e greco-romanas sobre as mesmas.

<sup>148</sup> Cf. COCHETON, J. J.; GUERRE, J.; PÉQUIGNOT, H. – *Histoire illustrée de l'hépto-gastro-entérologie*. Paris: Roger da Costa, 1987, p. 140.

<sup>149</sup> Entenda-se por *sepsis* uma infecção generalizada, potencialmente fatal.

<sup>150</sup> Cf. «Case of removal of an ovarian tumour». *The American Medical Intelligencer*. Vol. I, n.º 23 (1838), p. 409-411.

<sup>151</sup> «Revista Médica». *Archivo Universal*. N.º 2 (10 de Janeiro de 1859), p. 28.

<sup>152</sup> Cf. BARBOSA, António Maria – «Cancro encephaloide das partes molles do braço direito – amputação – cura». *Gazeta Médica de Lisboa*. T. III (1855), p. 21 e 57.

única técnica passível de ser utilizada com eventual sucesso no combate ao cancro continuou a ser esta ablação cirúrgica alargada, que podia chegar a incluir casos extremos onde se praticava a amputação total de membros, de modo a ser considerada realmente eficaz<sup>152</sup>. Cloroformizar o doente antes de o submeter a um acto cirúrgico, passou a ser a norma no ambiente hospitalar.

O segundo grande desenvolvimento que estimulou o alargamento da cirurgia surge no devir da introdução dos princípios da assepsia por Joseph Lister em 1867, permitindo reduzir consideravelmente as mortes pós-cirúrgicas provocadas por sepsis. Baseado nos conceitos de Pasteur, Lister introduziu o uso do ácido fénico e descreveu os princípios da assepsia em vários artigos na revista médica *The Lancet* nesse mesmo ano<sup>153</sup>. E mau grado a oposição de alguns detractores mais cépticos, passados poucos anos já faziam parte da prática cirúrgica corrente em toda a Europa. Começava assim, o princípio do fim da temida sepsis pós-operatória, factor contra indicativo por excelência da cirurgia interna.

Curiosamente, no mesmo ano em que Lister publica os seus princípios, surge em Portugal uma tese de final de curso na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, integralmente dedicada às condições de higiene do Hospital de Santo António, na então denominada «grande cirurgia,» demonstrando a actualidade e pertinência de que se revestia o tema da higiene em contexto operatório<sup>154</sup>.

Estes verdadeiros progressos acabaram por libertar a prática cirúrgica da dor e do risco de sepsis, permitindo um uso muito mais alargado da cirurgia no tratamento dos tumores. Na década que precedeu a introdução do éter, apenas tinham sido efectuadas 385 cirurgias no Massachussets Medical Hospital. Na última década do século XIX, tinham sido efectuadas mais de 20.000 cirurgias apenas nesse hospital<sup>155</sup>. Em Portugal, o panorama era semelhante.

Os progressos foram de facto notáveis, e não é sem razão que alguns autores o denominam como o século dos cirurgiões. Em 1855, Theodore Bilroth escreveu uma monografia sobre pólipos do cólon, reconhecendo a relação entre os pólipos adenomatosos e o cancro colonrectal. Foi o primeiro a remover um cancro do recto, e em 1876 já havia realizado 33 operações deste género. Foi igualmente este cirurgião alemão quem realizou a primeira ressecção esofágica em 1872, e dois anos mais tarde, a primeira laringectomia. Em 1881 realizou a primeira gastrectomia subtotal por cancro gástrico do piloro numa doente de 43 anos. No registo do cancro da mama, a introdução em 1894 da mastectomia radical por

---

<sup>153</sup> Foram três os artigos publicados na revista médica *The Lancet*, intitulados «*Illustrations of the antiseptic system of treatment in surgery*».

<sup>154</sup> Cf. ALBUQUERQUE, José Vitorino de Souza – *Condições hygienicas do Hospital de Santo António com relação às operações de grande cirurgia*. Porto: 1867.

<sup>155</sup> Cf. WAGENSTEEN, O. H. – «Has medical history importance for surgeons?» *Surgery Gynecology & Obstetrics*. 140 (1975), p. 434.

William Halsted<sup>156</sup> permitiu aumentar a taxa de sucesso associada a este procedimento, sendo usado com resultados variáveis, ao longo do século seguinte.

Em Portugal, os preceitos de assepsia e desinfecção preconizados por Lister tiveram boa aceitação, e de um modo geral eram seguidos a preceito em todo o tipo de cirurgia. Supervisionados com todo o cuidado e rigor nas salas dedicadas à prática operatória, eram um verdadeiro momento de sacração de uma liturgia instrumental ensaiada, entretanto tornada espectáculo visual de técnica cirúrgica e destreza manual:

*O doente foi levado para o anfiteatro e ali depois de prévia injeção de morfina foi feita a anestesia pelo clorofórmio. Puseram-se em prática os mais minuciosos cuidados do penso de Lister; mãos, instrumentos, região da operação, tudo foi convenientemente desinfectado. A operação foi feita debaixo da chuva fênica; as esponjas de que me servi foram as de que os senhores me veem usar sempre nas operações, esponjas desinfectadas pelo processo mais rigoroso. (...) Extirpado o tumor, fez-se a costura de pontos separados com seda fenicada (...), pôs-se o penso de Lister, e fez-se a compressão por meio de esponjas fenicadas<sup>157</sup>.*

A temática da assepsia e anti-sepsia tornou-se incontornável na formação doutrinal dos médicos, sobretudo nos anos 70, 80 e 90, suscitando inclusive a realização de várias dissertações inaugurais nas escolas médicas portuguesas, em clara consonância com a consagração prática das doutrinas microbianas. Isso não significa que não houvesse ainda lacunas a preencher, como parece ter sido o caso do Hospital de Santo António do Porto, onde a ausência de uma sala de operações adequada dava azo a críticas contundentes dos alunos, pugnando por uma melhoria das condições operatórias da instituição portuense:

*Diante da consagração prática das doutrinas microbianas, que sem duvida alguma são a base de todo o progresso da cirurgia moderna, é lastimável dizer-se que os serviços clínicos da nossa escola, no hospital de Santo Antonio, não possuem uma sala própria para operações! E só podemos attribuir isto á incúria ou má interpretação das administrações do hospital. Compreende-se que uma installação d'esta ordem se não faça sem algum dispêndio, apesar de que muito se gasta ás vezes em cousas superfulas. Mesmo assim, precisamos considerar que acima de tudo estão a vida do doente e os bons êxitos operatórios<sup>158</sup>.*

<sup>156</sup> William Stewart Halsted (1852-1922), foi professor de cirurgia na Universidade Johns Hopkins, desenvolveu a técnica da mastectomia radical, tendo baseado parte do seu trabalho no do cirurgião londrino W. Sampson Handley, que acreditava que o cancro se espalhava por invasão dos tecidos circundantes a partir do tumor original. Halsted não acreditava que a metastização pudesse ocorrer através da corrente sanguínea. Cf. RUTKOW, Ira M. – «William Stewart Halsted». *Archives of Surgery*. 135 (2000), p. 1478-1479.

<sup>157</sup> *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano V (1887), p. 154.

<sup>158</sup> PIMENTA, António Coutinho de Araújo – *Asepsia e Antisepsia em cirurgia*. Dissertação apresentada à Escola Médico-Cirúrgica. Porto: Typographia de Pereira e Cunha, 1892, p. 70.

Apesar do progresso introduzido pelos princípios de Lister, os limites da cirurgia oncológica ainda eram por demais evidentes, de tal forma que os médicos sentiam a necessidade de proceder a tratamentos sistêmicos que pudessem ser mais eficazes. Em 1878, Thomas Beatson descobriu que as coelhas deixavam de produzir leite após a ablação cirúrgica dos ovários, estabelecendo inadvertidamente a ligação entre o estrogénio e o cancro da mama, antes mesmo da descoberta da hormona propriamente dita. Os resultados destas descobertas lançaram as bases da hormonoterapia moderna para o tratamento do cancro da mama e da próstata.

Ainda no final da centúria de oitocentos, James Paget referia que as células tumorais se podiam difundir através da corrente sanguínea e alojar-se noutros órgãos, mesmo que elas parecessem apenas poder aparecer em determinados locais. Apesar disso, a descoberta do carácter transplantável dos tumores não pôde ser imediatamente explorada.

E em 1896, no final de um século marcante para a transformação da medicina em disciplina científica, a descoberta dos raios X pelo professor de física alemão Wilhelm Conrad Röntgen mostrou-se não só uma ferramenta útil para o diagnóstico e tratamento do cancro, mas mostrou também que podia ser um agente causal da própria doença. O interesse suscitado por esta nova técnica foi tão desusado, que passado um ano após a publicação da descoberta, tinham-se publicado mais de 1.000 artigos científicos sobre o assunto. Contudo, faltava ainda adequar as doses e os procedimentos de segurança daquela que ficou conhecida na época como a Röntgenterapia. Poucos meses após a descoberta, os raios X foram usados para tratar três casos de cancro da mama, dois por Hermann Goeth em Hamburgo e outro por Emile Herman Grubbé em Chicago, com resultados inicialmente bastante promissores.

Apesar de vários progressos cirúrgicos, chegados ao final de um século de muitos esforços e tentativas explicativas, a abordagem terapêutica mais usual continuava a reproduzir a intervenção cautelosa e limitada que evoluíra muito lentamente desde a antiguidade. No espírito da maioria dos médicos persistia ainda o estatuto maldito de uma doença, que com o advento da microbiologia de Pasteur, muitos pensavam vir a poder encontrar no imenso reino microbiano, clarificado à luz das lentes de um qualquer potente microscópio.

Quando Pierre e Marie Curie isolaram o rádio, encontraram por mero acaso o primeiro método não cirúrgico eficaz, inaugurando uma época de abordagens multidisciplinares. Mas mesmo com o advento da radioterapia, esta ainda palmilhava os primeiros passos, não aportando tratamentos com resultados inequívocos e duradouros.

As ideias que desde sempre regeram a abordagem médica do cancro passavam pela discussão do seu carácter geral ou local, pela noção de metástase, e ainda pela terapêutica a instituir, com ênfase particular nos cuidados paliativos.

Da mesma maneira, e exceptuando os avanços cirúrgicos, as respostas médicas continuavam como praticamente o foram ao longo da história da humanidade, um verdadeiro

caso para *noli me tangere*, ou como dizia Rengade em 1883 ao lembrar que: «O mal que o remédio não cura, diziam os antigos, cura-o o ferro; o mal que o ferro não cura, cura-o o fogo; o mal que o fogo não cura, é incurável»<sup>159</sup>.

## 4. PERCEÇÕES E RESPOSTAS MÉDICO-SOCIAIS FACE A UMA NOVA/VELHA DOENÇA

*O canceroso, como o tuberculoso, nunca faz ideia do seu estado; na véspera da terminação fatal da doença, tem ainda ilusões que causam a maior surpresa*<sup>160</sup>.

JOSÉ DE OLIVEIRA LIMA, 1907

Ernst Cassirer, na sua abordagem sobre a História, considera o universo de investigação do historiador como um universo simbólico, um verdadeiro «*mundo de símbolos*», que deve ser apreendido e interpretado de acordo com o contexto em que é produzido, e com base nas matrizes culturais que a sustentam<sup>161</sup>.

Considerando este pensamento de Cassirer, é interessante notar que, em larga medida, a visão hipocrático-galénica sobre a incurabilidade do cancro perdurou de tal forma nas mentalidades ao longo de tanto tempo, que mesmo nos dias de hoje há quem o considere à partida incurável, demorando por longo tempo a procura de tratamento médico adequado, mesmo quando este se encontra disponível. Neste sentido, analisar as percepções humanas sobre o cancro abre-nos uma janela para alguns aspectos culturais que lhe são muito próprios, enquanto doença sempre frustrante, tanto pela natureza insidiosa do seu crescimento, quanto pela proverbial resistência às mais furiosas tentativas terapêuticas. É o símbolo visível da mais angustiante percepção humana sobre a doença, cujas matrizes culturais mergulham no nosso passado mais recôndito. Note-se ainda que a compreensão humana sobre o cancro dependeu, em muito, das crenças médicas sobre a natureza biológica dos neoplasmas, da ineficácia da terapêutica, e ainda dos valores, da dor, do sofrimento e do modo como vemos o nosso próprio corpo.

<sup>159</sup> RENGADE, J. – *Os Grandes Males e os Grandes Remédios*. Lisboa: Editora Empresa Literária Luso-Brasileira, 1883, p. 714. A expressão original popularizada pela escola árabe medieval «*Quod medicina non sanat, ferrum sanat; quod ferrum non sanat, ignis sanat; quod ignis non sanat; insanabile dice potest*» traduzia-se de forma muito semelhante: «O ferro [a cirurgia] cura aquelas enfermidades que a medicina não remedeia; as que o ferro não cura são curadas pelo fogo, e as que o fogo não trata, contem-se então entre as totalmente incuráveis».

<sup>160</sup> LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. 318.

<sup>161</sup> Cf. CASSIRER, Ernst – *Ensaio sobre o homem. Introdução a uma filosofia da cultura humana*. São Paulo: Martins Fontes, 1994, p. 279-335.

No que à medicina científica concerne, desde a época moderna que tanto os doentes como os médicos inscreviam a sua compreensão do cancro num quadro comum, que, na sua essência, afectava o sujeito como um todo, mas que era sempre visto como singular, próprio de cada um e indissociável do indivíduo. A doença podia-se manifestar localmente, mas constituía a súmula ou a conjunção de vários problemas, que iam de defeitos constitucionais da pessoa, do seu património hereditário, dos seus hábitos alimentares, ou outros, conforme a explicação mais plausível para o médico. O diagnóstico passava pela observação dos sinais e apreciação dos sintomas mais evidentes, observáveis e passíveis de uma interpretação nem sempre igual, o que no caso dos cancros internos, raramente detetados, se tornava sumamente difícil e habitualmente impossível de realizar em vida. Este quadro perceptivo manteve-se até ao advento do século XIX.

A emergência da medicina hospitalar e a introdução do método clínico-anatómico permitiram um novo olhar sobre as doenças em geral e sobre o cancro em particular. A banalização do uso do microscópio permitiu observar as mudanças celulares nos tumores, desviando a atenção dos médicos para o campo celular. Em finais de oitocentos, a maioria não duvidava em classificá-lo como doença local mas de consequências sistémicas. Se até então era habitualmente considerado uma maleita do indivíduo no seu todo, em finais do século XIX a atenção tinha-se deslocado para as manifestações locais da doença, e ainda para as células cancerosas susceptíveis de constituírem a origem de novos crescimentos tumorais noutras regiões do corpo.

Neste contexto, o tratamento passava a ser não só do apanágio exclusivo do médico, mas sobretudo do bisturi do cirurgião, que dispunha das competências técnicas necessárias para o classificar cientificamente, mas sobretudo para o abordar na sua localização mais recôndita.

E se o pensamento médico dominante sobre a origem do cancro se foi alterando muito lentamente desde Hipócrates, num processo que durou milénios, tanto as possibilidades terapêuticas como a percepção humana negativa e terrificante da doença permaneceram invariavelmente as mesmas desde a antiguidade até ao século XIX, adentrando profundamente no século XX.

Desde a teoria celular de Virchow que se começa a falar do cancro como uma «loucura celular»<sup>162</sup>, um delírio histológico, aberrante, perverso, revolucionário: caos, anarquia, revolução celular vitoriosa.

Em termos de discurso médico, a literatura científica de cada época caracterizava-o sempre com recurso a uma prosa invariavelmente sombria e de desfecho fatalista, visto enquanto mal terrível e quase sempre mortal. Os médicos reconheciam a doença, tentavam

---

<sup>162</sup> Esta «loucura celular» foi certamente o mote para o título de uma das melhores obras francesas coevas sobre o cancro, da autoria de Pierre Darmon. Veja-se DARMON, Pierre – *Les Cellules folles. L’homme face au cancer de l’Antiquité à nos jours*. Paris: Plon, 1993.

sistematizá-la, mas também declaravam abertamente a sua débil compreensão sobre a etiologia da mesma. Se os médicos gregos da antiguidade ligavam o cancro ao mundo aquático, lugar mítico de onde provinha o monstruoso e o inesperado, na Idade Média, Isidoro de Sevilha continuava a aceitar as mesmas premissas, definindo-o como praga incurável, que exigia uma intervenção cirúrgica apenas para prolongar ligeiramente a vida, ou quando muito, retardar por pouco tempo a morte aprazada<sup>163</sup>.

A impotência médica plasmada nos relatórios das observações clínicas dos doentes reflectem o sofrimento, a dor, e a inexorabilidade de um desfecho conhecido. São a imagem vibrante de uma doença que ultrapassava as capacidades da medicina, e que, como tantas outras, se plasmava em prosa pungente, delineada nas mais gráficas descrições encontradas nos escritos médicos. Quando no século XVI Amato Lusitano referia que num dos seus doentes as «dores acompanhavam sempre esta chaga» e, por fim, foram «mais fortes e graves que nunca»<sup>164</sup>, é de ressaltar que este tipo de discurso angustiado e fatalista se manteve inalterado até ao tempo presente.

António Ferreira relata em 1705 um caso de cancro da mama inoperável, aludindo aos padecimentos da doente e à sua própria incapacidade para realizar qualquer tipo de abordagem cirúrgica ou remédio curativo:

*(...) manifestamente vejo, que o achaque, que esta senhora padece, ha hum cancro ulcerado, enfermidade tão ruim, como trabalhosa, tão cruel, como mortifera, (...) se tem alastrado, de modo que occupa a cintura, & sovaco, sendo já total impedimento ao braço, ha já febre, e debilitaçoes de forças (...). No estado em que ao presente está, não admite esta [cirurgia], pois allem de não concorrerem as condiçoens ditas, não está capaz pela debilidade do sujeito, senão a paleativa, com que paleando se va dilatando a vida por mais annos<sup>165</sup>.*

Em 1741, no seu *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro*, o cirurgião Anastácio da Nóbrega refere-se-lhe como sendo uma «(...) enfermidade tão fera, que à violência de sua fúria parece impossivel escapar, o que por infortunio caiu em suas garras, podendo-se supor infeliz na possessão de tão desumano mal. É um ardiloso veneno, que entrando com suavidade a nascer, acaba com rigor a maltratar; e de sorte que se não contenta, sem que devore a mais preciosa prenda da saúde, e por conseguinte, sem que roube a mais estimável jóia da vida»<sup>166</sup>.

<sup>163</sup> «Cancer a similitudine maritimi animalis vocatum vulnus (sicut medici dicunt) nulius medicamentis sanabili. Aut ergo precidi sole a corpore membrum, ubi nascitur, ut aliquanto diutius viuat: tamen inde mortem, quamlibet tardius affuturam». In S. ISIDORI – *Hispalensis Episcopi Hispaniarum Doctoris Opera Omnia*. Romae: Typis Antonii Fulgonii, 1798, p. 181-182.

<sup>164</sup> BRANCO, João Rodrigues de Castelo (Amato Lusitano) – *Primeira Centúria de Curas Médicas. Cura XXXI*. Trad. de Firmino Crespo. Lisboa: Livraria Luso-Espanhola, 1946, p. 113.

<sup>165</sup> FERREIRA, António – *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa: na Officina de Valentim da Costa Deslandes, 1705, p. 421 e 423.

<sup>166</sup> NÓBREGA, Anastácio da – *Methodo facilimo e experimental para curar a maligna enfermidade do cancro (...): dedicado ao*

Muito mais do que para qualquer outra doença, nos tratados médicos oitocentistas eram habituais as descrições adjectivadas, mostrando a aparência assombrosa que o cancro podia assumir, a par do seu triunfo, lento mas firme, minando a existência dos afectados, geralmente em idades mais avançadas. As menções à natureza dolorosa também eram habituais, bem como a degradação física extrema, elementos que ofereciam, por vezes, imagens repugnantes de forte deformação corporal.

No primeiro quartel do século XIX as diferenças no discurso médico não existem. Os relatos clínicos eram tão precisos nessa altura como o são hoje, muito descritivos nas minudências e pormenores a que aludem, pintando quadros vivos de sofrimento humano. As fases avançadas são descritas com o detalhe de um grafismo muito claro, algo que só um cirurgião habituado a esta doença consegue descrever; verdadeira medicina baseada na evidência sem necessidade de comprovação laboratorial do diagnóstico:

*Quando o cancro tem chegado a este grao, estende os seus destroços a toda a economia: as penas que o enfermo soffre, não lhe deixarão algum repouso; os tempos quentes e tempestuosos exasperarão os seus males; a magreza he extrema, a pelle seca, e como terrosa; os ossos tornão-se frageis por perderem a sua geletina; as feições do rosto se alterão; e exprimem ao mesmo tempo a dôr fysica, e a desesperação; as glandulas linfaticas do interior se enfartão, e suppurão; a febre lenta acaba de consumir as forças já esgotadas por esta reunião de accidentes. Tal he o curso do cancro abandonado a si mesmo<sup>167</sup>.*

Cerca de trezentos anos após as descrições de Amato, e cento e cinquenta após as palavras de Nóbrega, escreveu no mesmo sentido fatalista o médico João de Lacerda. Em 1865, relatando o caso de um doente com cancro do fígado internado no Hospital de Santo António anotava:

*Dia 20 – Passou mal de noite com dôres no tumor, anciedade, e insomnia. Apresenta-se á hora da visita com respiração entrecortada, ancioso, pulso a 128, pequeno, duro; calor de pele muito exagerado. Localmente em volta da escara um circulo inflamatório, mais intenso do que se achava no dia antecedente. O tumor do mesmo volume. (...)*  
*Dia 27 – Morte à uma da manhã»<sup>168</sup>.*

Aproximadamente duas décadas mais tarde, Silva Carvalho descrevia com todo o pormenor os sofrimentos de uma doente portadora de cancro esofágico:

---

senhor Francisco Teixeira Torres, Medico da camera de Sua Magestade... Lisboa Occidental: na Officina de Antonio Correa Lemos, 1741, p. 2.

<sup>167</sup> LEGOUAS, F. M. V. – *Novos principios de cirurgia, resumidos das obras dos authores modernos conforme o plano do livro de G. de la Faye (...)*. T. II. Lisboa: na Typografia Rollandiana, 1817, p. 320.

<sup>168</sup> LACERDA, João Cesário de – *Apontamentos para a descrição pathologica do cancro do figado*. These apresentada e defendida em Julho de 1865. Lisboa: Imp. de J. G. de Sousa Neves, 1865, p. 32 e 33.

*Continuei com o mesmo tratamento, aumentando a dose do brometo com que pretendia combater os espasmos do esófago, o estado de excitação em que se achava a doente e as insónias. O estado da doente agravava-se dia para dia (...) Em seguida a estas alterações do regimen [dieta alimentar] seguiam-se muitas vezes crises dolorosissimas em que a doente se rolava no leito com ansias enormes e vômitos que a deixavam muito extenuada. A disfagia foi aumentando mais e mais até que se tornou completa, as tentativas de engulir leite ou mesmo água simples tinham por único resultado aumentar-lhe os sofrimentos, sem proveito algum porque o líquido bebido era imediatamente deitado fora<sup>169</sup>.*

Os sintomas, por vezes vagos e negligenciados levavam ao alongar do problema, quantas vezes sintomaticamente silencioso, até ao momento em que mais nada se podia fazer. Este carácter potencialmente sub-reptício tornou-se característica quase indissociada do cancro oculto. O poeta e prosador alemão Theodor Storm, que morreu em 1888 de um cancro do estômago, descreveu o seu padecimento num pequeno poema intitulado o «Princípio do Fim» (*Beginn des Endes*):

*Uma picada! Uma dor ligeira!  
Que nem sequer se sabe esclarecer,  
Mas que tira o prazer da vida inteira,  
Pois insistindo volta o seu doer!*

*Como queixar-me se o não sei dizer?  
Com que palavras traduzir a queixa?  
Sinto em meu âmago este meu sofrer  
De um mal que existe, que já me não deixa!*

*O mundo roda e tão velozmente  
Como depressa se perdeu a esperança!  
O mal começa e já não sai da mente  
Que a negra foíce toda a gente alcança<sup>170</sup>!*

O mesmo se pode depreender da descrição que António Elias faz da evolução do cancro esofágico, justificada pelo largo conjunto de sintomas que acabam por tornar penoso o prolongar da doença:

*Outras vezes o doente é atormentado por violentos acessos de suffocação ou por uma dyspnea violenta (...). A fome e, sobretudo, a sede torturam o doente, e aparece uma salivação muito*

<sup>169</sup> CARVALHO, Silva – «Revista clinica. Cancro do esophago. Alimentação durante muitos dias por meio de clysteres». *A Medicina Contemporânea*. (I.ª Série). Ano V (1887), p. 155.

<sup>170</sup> Poema traduzido e transcrito em DIAS, Maria Teresa Furtado – «O cancro do esófago e do estômago». *Boletim do IPO*. Vol 19, n.º 5 (1952), p. 10.

*abundante; a cachexia accentua-se rapidamente, as dores exasperam-se, e o doente morre de inanição ou de cachexia cancerosa, quando alguma perfuração do aparelho pulmonar ou circulatório não abrevia ainda mais os seus sofrimentos. (...) Depois de o cancro entrar em ulceração, a marcha da doença é geralmente rápida, e se algumas vezes aparece uma atenuação nos fenómenos de dysphagia, esta é passageira e enganosa, significando apenas que houve deslocamento de alguma massa neoplásica, do que resulta um alargamento temporário no calibre do esophago. Quando assim é, as complicações graves (hemorragias, infecções bronchicas, pulmonares e pleuraes) não tardam a aparecer, tornando-se a morte imminente*<sup>171</sup>.

Chegados a 1908, o tratamento paliativo era ainda, na maioria dos casos, a única resposta médica possível e eticamente aceitável para aqueles em estado avançado. De tal modo assim era que «Quando o tumor maligno (...) é inoperável ou quando o doente recusa a intervenção cirurgica, pode-se e deve-se utilizar o tratamento médico de maneira a calmar a dor e a levantar o estado moral»<sup>172</sup>. Daí que a preparação mental dos doentes não fosse menosprezada, cabendo ao médico um papel importante na atenuação do impacto psicológico da doença em fase incurável:

*O medico nunca deve trahir pelo seu rosto o mínimo signal que a doente nunca possa desconfiar que está perdida. (...) Se a doente fálla de sorte deve-se tratar do assumpto mostrando-lhe que a doença é seria mas que pode viver durante muito tempo e que doentes declarados perdidos muitas vezes se têm curado. Se a doente apertar com muitas perguntas far-se-a calar pretextando que a fadiga de fallar lhe é altamente prejudicial. É preciso sempre convencer a doente que está atacada de uma-doença crónica para cuja cura o tempo concorre mais que as medicações, evitando sempre que dos seus lábios saia a pallavra incurável*<sup>173</sup>.

Nos anos 20 do século XX, o trabalho estatístico de Frederick Hoffman sobre o impacto social do cancro era citado com inusitada frequência, recolhendo-se do mesmo algumas frases lapidares que também serviram fins de propaganda anticancerosa. Ficou célebre uma expressão que utilizou ao definir a doença e o seu inexorável fim, ao referir que «A morte por cancro é o capítulo final de um drama horrível da vida humana»<sup>174</sup>.

Pela mesma altura, Marques dos Santos não duvida ao afirmar que «O canceroso morre no mais trágico abandono, embora se saiba que o seu mal é, por vezes, curável em determinadas circunstâncias (...)»<sup>175</sup>.

<sup>171</sup> ELIAS, António Duarte Lima – *Apertos do Esophago (Um caso clínico)*. Porto: 1902, p. 41-42.

<sup>172</sup> «Notas clinicas e therapeuticas. Tratamento médico dos tumores malignos da larynge». *Porto Médico*. 5.º Ano, n.º 9 (1908), p. 280.

<sup>173</sup> BORGES, Humberto Ferreira – *Tratamento do cancro uterino inoperável*. Dissertação inaugural apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. Porto: 1911, p. 58-59.

<sup>174</sup> Cartaz de propaganda do Instituto Português de Oncologia em 1935, reproduzindo a frase de Frederick Ludwig Hoffman.

<sup>175</sup> SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 43.

Na verdade, acontecia com o cancro o mesmo que se passava com a tuberculose, mas a matriz psicológica que a rodeava era substancialmente diferente, apesar do resultado final ser o mesmo. A marcha inicial, geralmente indolor e mais tarde insuportavelmente dolorosa, o diagnóstico tardio e um tratamento quase sempre ineficaz, contribuíram para que assumisse as prerrogativas citadas. Se algumas formas de cancro eram visíveis, ou pelo menos apresentavam alguma possibilidade de cura, outras, como a leucemia, estavam *a priori* dadas como incuráveis. O *Guia Prático de Saúde*, um dos guias de saúde mais populares na Europa com edição em português, abstinha-se mesmo de se alongar na descrição da leucemia, uma vez que «É tão insignificante o que se pode fazer a favor do doente nas melhores circunstâncias, que o autor julga supérfluo descrever a moléstia ou sugerir qualquer tratamento»<sup>176</sup>.

E mesmo sem estar associada a qualquer ilícito moral, havia ainda quem a considerasse uma doença censurável, factor que também foi alvo de desmistificação na propaganda anticancerosa<sup>177</sup>. Esta carga psicológica altamente negativa, muito distinta e propiciadora da habitual ocultação do cancro, encontra-se expressa de modo particularmente feliz nas palavras de Norberto Lopes, jornalista que em 1937 se indignava com a permanência de uma mentalidade diferenciada sobre o cancro face às demais doenças: «Porque se há-de ocultar o cancro, como se fosse uma doença censurável? Porque não pertence à categoria das doenças elegantes? Louvado Deus! Será mais elegante morrer de uma pneumonia que dum cancro?»<sup>178</sup>.

Na década de 30, altura em que a consciencialização da classe médica para o problema era já uma realidade, o sofrimento das fases terminais levava alguns clínicos a contemplar e até a propor a possibilidade da eutanásia, ressaltando a inexorabilidade de um sofrimento geralmente atroz: «Como fazer o diagnóstico precoce de tal doença que caladamente se instala, e caladamente progride, evoluçionando com maior ou menor rapidez para uma fatal generalização inacessível à terapêutica actual, e cujos quadros finaes explicam, e nos fazem respeitar, os civilizados que aprovam e defendem a eutanásia de alguns dos povos selvagens?»<sup>179</sup>.

No caso dos carcinomas metastisados, ulcerados e/ou supurantes, a cirurgia paliativa continuava a ser uma realidade nos anos 40, de tal modo que Francisco Gentil não deixa de a colocar como opção: «Quando não podemos curar temos o dever de diminuir o sofrimento e prolongar a vida, ainda que assim vamos criar condições para observar mais metástases a distância»<sup>180</sup>.

<sup>176</sup> ROSSITER, Frederico – *Guia prático da saúde: tratado popular de anatomia, fisiologia e higiene, com a descrição científica das enfermidades, suas causas e seu tratamento*. Lisboa: Sociedade Filantrópica Adventista, 1933, p. 318.

<sup>177</sup> Cf. «O cancro não é uma doença censurável». *A saúde*. N.º 103-104 (Abril de 1935), p. 2-3.

<sup>178</sup> LOPES, Norberto – «Tem dez anos de vida o Instituto Português de Oncologia e inestimáveis serviços prestados à população e à ciência». *Diário de Lisboa* (18 de Dezembro de 1937). In *Boletim do IPO*. Vol. 5, n.º 1 (1938), p. 8.

<sup>179</sup> BASTOS, Henrique – «O cancro da próstata». *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série). Ano LI, n.º 13 (26 de Março de 1933), p. 84.

<sup>180</sup> GENTIL, Francisco – «Conduta seguida na terapêutica do cancro genital pelo Instituto Português de Oncologia». *Arquivo de Patologia*. Vol. 20, n.º 2 (1948), p. 139.

A procura dos serviços médicos especializados, mesmo quando estes já existiam, eram propagandeados e funcionavam há muitos anos, não deixou de coexistir com uma mentalidade que receava recorrer aos préstimos da medicina convencional, o que não deixava de espantar um dos clínicos do Instituto Português de Oncologia em 1962:

*É surpreendente a percentagem de doentes que recorrem ao IPO em estado terminal, sem possibilidade de fazer qualquer tratamento, mesmo a título paliativo. É grande o número de pessoas que comparecem nas consultas, portadores de tumores extensos, inoperáveis, sem qualquer possibilidade terapêutica. São doentes que referem muitas vezes o aparecimento de uma pequena ferida ou tumor, há meses, que tentaram tratar com os remédios locais, pomadas e injeções e que se mantêm apáticos perante a evolução da doença, só procurando o médico ou o hospital quando sentem fugir-lhes as forças e a vida<sup>181</sup>.*

Talvez por isso Fernando Namora nos transmitisse um ano mais tarde uma reflexão que sintetiza de forma tão subtil como acutilante o pensar da maioria da população portuguesa sobre o tema. Apesar da constante referência à doença na imprensa e dos esforços de uma propaganda não de pânico, mas de apelo à realidade, a luta contra o cancro ainda não criara um sentimento de defesa colectivo na mentalidade popular, muito simplesmente pelo facto de não ser uma enfermidade com as características românticas como o fora anteriormente a tuberculose:

*O cancro, hoje, dispondo de diferentes vias para se manifestar e de diferentes estímulos para sobreviver, é, sob muitos aspectos, um reflexo do ritmo tumultuoso, agressivo, traumatizante, que criámos e que interfere em quase todas as expressões da biologia. Daí, perdurar certa espécie de pessimismo, para não dizer irritação, em face das dúvidas, que o progresso científico ramifica, confessadas honestamente pelos investigadores, dúvidas que conduzem o homem da rua, ignorante mas atento, a concluir: nada se sabe sobre o cancro. (...) o público não se alista na nossa causa, que é de todos, porque o cancro não é uma doença romântica. Também as doenças precisam de uma auréola romântica quando se trate de impressionar multidões. O pavor, a repulsa, não bastam para congregar os que têm conhecimento do perigo. Pelo contrário: afastam-nos. Tem de haver uma reacção emocionada, instintiva, qualquer coisa que inflame a veia lamecha do nosso temperamento. (...) O tuberculoso forneceu material para versos, para romances, para heróis, para suspiros. Teceu paixões, infortúnios e obras-primas. (...) Com a neoplasia, nada. É repelente e estéril. Que os cancerosos e os médicos resolvam, sem alardes, as suas agruras. São lá coisa deles (...)»<sup>182</sup>.*

Falta referir que a tuberculose adquiriu uma grande parte da sua aura «romântica» quando a metodologia higienista se mostrou eficaz no isolamento e disseminação de

<sup>181</sup> »Uma entrevista ao Dr. Mário Vilhena». *Boletim do IPO*. Vol. 29, n.º 10 (1962), p. 6.

<sup>182</sup> NAMORA, Fernando – «O romantismo, o público e as doenças». *Boletim do IPO*. Vol. 30, n.º 3 (1963), p. 1-3.

muitos casos da então chamada tísica. A este propósito, é bom lembrar que também a tuberculose foi durante muito tempo tratada com medo, o mesmo que sucedia ainda ao tempo em que Namora escrevia estas palavras.

Mas o problema decorrente da necessária mudança de mentalidade não era apanágio exclusivo dos menos informados. Em 1964, Lima Basto apontava o dedo aos próprios médicos que também promoviam indirectamente a ideia de incurabilidade da doença, retardando o envio ao IPO de doentes eventualmente tratáveis:

*A nossa experiência em Lisboa, tem-nos mostrado que muitos médicos, depois de manterem em tratamento, ou sem ele, durante longos meses, doentes com a sua neoplasia, aguardam a fase terminal para os enviarem ao Instituto Português de Oncologia. Não estamos capacitados para fazer milagres<sup>183</sup>.*

Os peritos da OMS reforçaram esta ideia um ano mais tarde, ao aludirem à atitude de alguns médicos que não investiam nos casos de doentes em estado avançado, em posição bem distinta da postura que assumiam ao «(...) cuidar atentamente de um doente cardíaco ou de um que sofra dos rins. É possível que uma tal atitude encontre as suas origens na longa e sinistra história do cancro (...)»<sup>184</sup>, doença que o tempo rotulou de incurável e à qual todos pretendiam fugir, até mesmo o próprio médico.

Não restam dúvidas que o traço mais evidente desta doença é a perenidade de um conceito de incurabilidade, acompanhado de uma fama igualmente sinistra e desmoralizante, repulsiva até, aspectos que mesmo na prática médica não deixaram de ser reproduzidos nem sequer desmentidos. Poderia supor-se o contrário, em face das campanhas anticancerosas do século XX e da introdução progressiva de métodos de tratamento cada vez mais eficazes, se bem que nem sempre curativos, mas a verdade é que mesmo nos dias de hoje em muitos casos se transforma o cancro não numa doença totalmente curada, mas sim numa doença crónica, e é certo que ainda está por surgir a «bala mágica» que lhe dará, enfim, o derradeiro golpe de misericórdia.

E se o discurso e respostas da medicina ortodoxa continuaram a ser invariavelmente os mesmos, ao afectado apenas restava o recurso ao eventual amparo metafísico do sagrado. Por essa razão, o culto dos canonizados, com a atribuição de santos patronos a determinadas doenças, certamente mais ou menos prevalentes em determinados períodos históricos, serve para ilustrar o relevo dado às tribulações físicas do ser humano, acabando por ter sempre uma inscrição muito clara nos domínios do sagrado. A sua invocação, é um fenómeno muito disseminado, não apenas na tradição cultural cristã, mas também noutras religiões.

<sup>183</sup> Palavras de Lima Basto in «Posse das Comissões do Núcleo do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 31, n.º 11 (1964), p. 5-6.

<sup>184</sup> «Os médicos não devem abandonar os casos de cancro». *Boletim do IPO*. Vol. 32 (1965), p. 3.

Contudo, o nível de «especialização» de alguns santos em doenças particulares apenas atingiu um elevado grau de variedade e sofisticação no universo hagiológico católico.

Se bem que a frequência das doenças oncológicas ainda se pautasse pela relativa raridade até ao século XX, o medo e o sofrimento que despertava nunca deixaram de estar presentes, inscritos inclusive desde bem cedo no universo do mundo religioso. O culto dos santos protectores baseia-se em crenças sobre a sua influência benfazeja, na qualidade quer de mediadores ou advogados contra enfermidades e desaventuranças, quer de padroeiros e patronos. Estas concepções, que ultrapassaram a acção erosiva do tempo e a medicalização das populações pela medicina científica, ainda têm forte expressão nos nossos dias, sobretudo no mundo ocidental de matriz cultural judaico-cristã. O culto popular entre nós dos santos protectores ou advogados de certas enfermidades, estão documentados particularmente na importância que lhes é dada pelos clérigos nos múltiplos registos hagiográficos da cronística que entretanto chegou até nós<sup>185</sup>.

Mas aqueles dedicados ao cancro eram poucos, diluindo-se entre as invocações mais latas, dirigidas aos que tutelavam a saúde em geral. Com o tempo, foram-se introduzindo alterações. Neste sentido, é fácil compreender que Santa Ágata de Palermo, mártir cristã do século III à qual amputaram os seios, se tenha tornado inicialmente a padroeira das doenças mamárias, e só mais tarde comece a ser invocada em particular para o cancro da mama. Na iconografia, a mártir é muitas vezes representada segurando uma bandeja com os dois peitos amputados. Um culto muito menos comum entre nós é o de São Ludgero, nascido na Frísia em 745, cuja invocação é preconizada contra os tumores da garganta<sup>186</sup>.

Do mesmo modo que São Francisco de Assis abraçava os leprosos num acto de amor cristão, mais tarde, no século XIV, Santa Catarina de Siena provara a sua caridade heróica ao recolher numa taça o sangue e pus do seio de uma mulher cancerosa, para de seguida o beber como se do sangue de Cristo se tratasse<sup>187</sup>.

O mesmo se pode dizer de um outro episódio em tudo semelhante no simbolismo revelado; na cerimónia do lava-pés, habitualmente realizado na Semana Santa, a rainha Isabel de Aragão, mulher de D. Dinis, e mais tarde canonizada como Rainha Santa, teria feito um milagre à portadora de um odorífero e pestilento cancro do pé. Apesar do «lastimoso espectáculo» para a visão, lavou-lhe o pé ulcerado, beijando de seguida a repelente chaga<sup>188</sup>.

<sup>185</sup> A título de exemplo, veja-se a importância das hagiografias em COSTA, Rui Manuel Pinto; OLIVEIRA, Luís Alexandre de Sousa – «A saúde do corpo e do espírito. Uma análise das crónicas dos eremitas de Santo Agostinho na sua vertente assistencial». *Servir*. Vol. 54, n.º 6 (2007), p. 264-273.

<sup>186</sup> Cf. FREY, E. F. – «Saints in medical history». *Clio Medica. Acta Academiae Internationalis Historiae Medicinae Amsterdam*. Vol. 14, n.º 1 (1979), p. 35-70. Para uma visão teológica do culto dos santos na Igreja Católica, veja-se ainda MOLINARI, Paul – *Saints: Their Place in the Church*. New York: Sheed and Ward, 1965 e a sempre incontornável *Bibliotheca sanctorum*. (12 vols.) Roma: Instituto Giovanni XXIII nella Pontificia Università lateranense, 1961-70.

<sup>187</sup> Cf. BELL, R. M. – *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985.

<sup>188</sup> Cf. LACERDA, D. Fernando Correia de – *História da vida, morte, milagres, canonização e trasladação de Santa Isabel, sexta rainha de Portugal*. Lisboa: na Officina de António de Sousa da Sylva, 1735, p. 30-31.

Em paridade com a evidente apologia da santidade da visada, estes actos repulsivos e anti-naturais devem ser aqui entendidos como acções simbólicas que nos remetem para o sentimento de horror, sofrimento e repulsa associados à doença cancerosa: estigmatizante, repugnante, dolorosa, debilitante e invariavelmente fatal, atributos que não são exclusivos do cancro mas que se lhe associam de imediato.

O caso de São Fiacrio, referido em pelo menos dois catálogos portugueses do século XVIII, é enumerado como «advogado contra os cancros e almoleimas» (ou almorreimas), mostrando a habitual filiação doença/santo protector, tão característica do cristianismo católico<sup>189</sup>. Mostra também a inclusão do cancro num rol alargado de outros «tumores», fossem eles malignos ou benignos, como era o caso das «almorreimas», que não são senão as comuns hemorróides, que sendo incomodativas para os que delas padeciam, nada tinham de maligno.

No domínio do sagrado, o cancro logrou, como tantas outras patologias, um lugar próprio, expresso na hagiografia, nas preces, ou inscrito na guarda de um santo protector. Mas o processo foi mais recente do que se possa pensar. Quando em meados do século XX o papa Pio XII proclama São Peregrino Laziosi como padroeiro dos cancerosos, verificamos que o faz numa altura em que a sociedade já havia despertado definitivamente para o problema da doença oncológica, e se encontrava em marcha um esforço internacional no sentido de combater e debelar o novo flagelo dos tempos modernos. A inclusão desta problemática num discurso de 1949, especialmente dirigido aos participantes na sétima semana de estudo sobre o problema biológico do cancro, é o exemplo acabado da importância social representada pela doença<sup>190</sup>. A escolha de São Peregrino, que viveu nos séculos XIII e XIV, prendeu-se com o facto de o próprio ter sido alegadamente acometido de um cancro da perna<sup>191</sup>, de odor intenso e ofensivo, em relação estreita com o ideário perpetuado ao longo do tempo sobre a doença oncológica. Mais recentemente, refira-se que a invocação de Santa Eufémia tomou, no tempo presente, o lugar de destaque como intercessor divino para os acometidos, com maior expressão popular em algumas zonas do país, sobretudo na região norte e centro.

Contudo, e apesar de se encontrar inscrito no representativo culto dos Santos, dificilmente podemos encontrar uma grande mobilização social em face deste mal, senão a par-

<sup>189</sup> Cf. o manuscrito setecentista anónimo da BPMP n.º 569, intitulado «*Santos Advogados contra os achaques e enfermidades do corpo humano*» transcrito in SANTOS, Eugénio dos – «O homem português perante a doença no século XVIII: atitudes e receituário». *Revista da Faculdade de Letras. História*. II Série. Vol. I (1984), p. 199-201, e ainda o catálogo do padre oratoriano CARDOSO, Luis – *Receita Universal ou Breve Notícia dos Santos Especiais Advogados contra os achaques, doenças, perigos e infortúnios, a que ordinariamente vive sujeita a natureza humana*. Lisboa Occidental: na officina de Joseph António da Sylva, 1727.

<sup>190</sup> Sobre os diferentes discursos de Pio XII dirigidos à comunidade médica veja-se BOLÊO, José de Paiva – «Discursos de Pio XII aos médicos». *Jornal do Médico*. N.º 16 (5 de Abril de 1951), p. 129-130.

<sup>191</sup> Alguns historiadores acreditam que Laziosi sofria de veias varicosas e não de cancro. Cf. JACKSON, Robert – «St. Peregrine, O.S.M – Patron Saint of Cancer Patients». *Canadian Medical Association Journal*. 111 (19 October 1971), p. 824-827.

tir da última década de oitocentos. Apesar de constituir uma patologia genericamente encarada por todos como anatematizante, era um problema de saúde relativamente incomum, sem as características de rápida propagação, tão habituais nas doenças infecto-contagiosas, nem do elevado número de óbitos, tão frequentes nos fenómenos epidémicos. Episódio quase sempre pessoal e muitas vezes inominável pelo seu habitual desfecho, o cancro permaneceu desde sempre como problema de natureza individual, sem a dimensão colectiva e social que actualmente lhe atribuímos e que nos é familiar.

Um outro dado revelador do reduzido impacto social do cancro é a sua representação iconográfica nas artes visuais. Se ao longo dos séculos as diferentes dimensões visuais do corpo doente, da morte e das doenças (fossem as do foro mental, da sífilis, da peste ou de outras epidemias) foram fonte de inspiração para muitos trabalhos artísticos, muitos deles de natureza religiosa, o cancro não foi, nem de longe abordado com semelhante atenção.

Exceptuando as raras gravuras e ilustrações de alguns tratados médicos setecentistas e oitocentistas, ou mesmo as fotografias documentais que desde finais do século XIX começam a ilustrar sistematicamente as doenças, os doentes ou os estados patológicos com intuítos científicos, aquilo que hoje poderíamos designar por iconografia oncológica foi coisa que não abundou. Daí que sejam muito raros e difíceis de encontrar na pintura ou sequer em gravuras os exemplos que aludem aos doentes afectados, ao tratamento, ou sequer a uma qualquer manifestação clínica.

Quando existem ou se conseguem identificar, constituem verdadeiros achados, e encontram-se ligados a momentos milagrosos que nos remetem para o papel da religião e do culto cristão dos Santos<sup>192</sup>.

A morte assumia muitas formas e tinha muitas causas, mas a doença oncológica não era mais significativa do que as demais. Morria-se de varíola e de disenteria como hoje se morre de velhice, isto é, como e quando Deus queria. E também de cancro. Com efeito, a doença só passa a existir enquanto fenómeno social, quando existem uma concordância na sua percepção, classificação e nas respostas que lhe são dadas. A sua aceitação exige que se estabeleça uma estrutura social específica para lidar com as arbitrariedades que ela origina, forçando uma reacção colectiva.

Para que tal pudesse acontecer, era necessário associar o cancro à noção de contagiosidade, algo que parece ter estado algo longe das concepções médicas sobre a doença. Apesar da natureza infecciosa dos tumores malignos parecer evidente para alguns, as tentativas de inoculação animal do «suco canceroso» efectuadas por Peyrilhe em 1773, e depois por Dupuytren, Bielt, Lenoble, Gluge, Valentin e Vogel, não obtiveram senão resultados completamente negativos. Por esta razão, no século XVIII e maior parte do XIX, a

<sup>192</sup> Cf. um destes raros exemplos na obra do pintor renascentista Ambrosius Francken, in BERLE, E. J. – «*Miraculous Cancer Surgery. Iconography of a painting by the flemish painter Ambrosius Francken*». *International Journal of Gynecological Cancer*. Vol. 13 (March/April 2003), p. 115-116.

opinião corrente entre os médicos portugueses, reproduzindo aquela descrita na literatura médica francesa, ao tempo a mais seguida no nosso país, era a da não contagiosidade do cancro<sup>193</sup>, Apesar de não haver provas científicas inequívocas, tal não significa que não continuasse a existir uma corrente subliminar do pensamento médico, que não descartava de todo o enquadramento da doença no âmbito infeccioso.

Doença ainda mal explicada e praticamente insanável, pode-se contudo entrever no discurso médico de finais de oitocentos uma real percepção médica e social sobre o cancro: a de que sua frequência parece começar a aumentar a partir da segunda metade do século XIX. Não nos esqueçamos que é também nesta altura que a esperança média de vida nos países ocidentais começa a configurar uma tendência mais positiva, e Portugal segue essa tendência demográfica.

Se bem que toda a doença constitui no seu âmago e nas suas implicações um evento social, no caso do cancro tal só sucedeu a partir de finais do século XIX, quando este passou a ser percebido como uma verdadeira ameaça de saúde pública. A partir desse momento desencadeou uma intensa mobilização social, acto que não foi exclusivamente português, uma vez que é sabido que cada sociedade tenta construir a sua própria resposta às doenças, procurando estabelecer conexões entre a ordem biológica e a ordem social.

Anteriormente, tinham-se já realizado algumas tentativas, se bem que isoladas e incipientes, de combate institucional organizado. Numa época em que o cancro chegou a ser encarado por alguns médicos e pelo público como uma doença transmissível, a primeira manifestação europeia tangível de organização de um espaço hospitalar destinado ao tratamento de doentes cancerosos, parece ter sido a criação de um hospital especializado em Reims, no ano 1738. Fruto do espírito caritativo de Jean Godinot, vigário geral da Abadia de Saint-Nicaise de Reims, este hospital inscreve-se mais na lógica dos asilos para doentes incuráveis posta em prática em França desde o século XVII, do que na criação efectiva de uma instituição com metodologia própria e objectivos específicos de tratamento. A população local, temendo a contagiosidade da doença, acabou por forçar o encerramento da instituição<sup>194</sup>.

O cancro fazia parte daquelas doenças cujo tratamento e responsabilização social pela mesma não encontram por parte da sociedade nenhum estabelecimento institucional específico. Os cancerosos eram normalmente tratados em casa, e os sintomas que lhe estavam habitualmente associados, como a letargia, o emagrecimento, a indigestão ou os sangramentos, eram tratados mais frequentemente com o recurso a remédios domésticos do que pela medicina institucional.

---

<sup>193</sup> Cf. esta tendência dominante em «Cancer», in *Dictionnaire de Médecine*. (2.<sup>a</sup> ed.) Tome VI. Paris: Imprimerie et fonderie de Rignoux et C.<sup>a</sup>, 1834, p. 313.

<sup>194</sup> Cf. PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Éditions Métailé, 1992, p. 21-26.

Mesmo quando a dor e a debilidade forçavam os doentes a tratar-se no exterior da sua casa, não era aos médicos que se dirigiam no imediato. O processo curativo passava em grande parte pelo recurso a uma medicina de feição doméstica, que também incluía curandeiros, charlatães, saladores, bruxos ou mulheres de virtude, rezas e amuletos, confiando-se relativamente pouco nas possibilidades curativas da medicina dita científica. A abordagem médica realizada com a aplicação de emplastos, cataplasmas, cautérios, cáusticos e/ou a realização de uma pequena cirurgia, funcionavam por adição aos demais métodos, e não por substituição simples de uns por outros.

A ideia que preside ao tratamento do cancro em ambiente hospitalar é relativamente recente, praticamente coeva ao processo de medicalização das sociedades ocidentais. Com efeito, a medicalização dessas sociedades só teve início no século XIX, ao longo do qual se foi progressivamente firmando. Salvaguardando raras excepções, os que se foram formando ao longo do século XIX partiram sempre da iniciativa de médicos, geralmente encerrando portas aquando da morte do seu fundador.

O primeiro exemplo sério do que poderíamos relatar como abordagem institucionalmente organizada é de finais de setecentos e teve lugar em Inglaterra. Em 1791, o médico londrino John Howard lançou as bases de uma luta metódica contra o cancro, ao fundar um serviço no Middlesex Hospital. No ano seguinte, elaborou os princípios gerais de uma luta metódica, que ainda hoje mantém uma actualidade virtualmente intocada pelo tempo, e que serviram muito mais tarde para definir os princípios da luta internacional contra o cancro, inclusivamente em Portugal (quadro 1).

---

**Quadro 1:** Proposições de John Howard para a luta contra o cancro (1792)

---

- 1.º – Fornecer asilo aos doentes nos quais a afecção, pela sua sede ou pela sua marcha, não permite já a salvação pela operação ou por qualquer outro processo;
  - 2.º – Admitir os doentes em que a operação parece dever procurar alívio, melhoras ou cura;
  - 3.º – Criar consultas externas para todos os casos susceptíveis de serem tratados sem hospitalização;
  - 4.º – Arquivar as observações de todos os doentes e permitir seja a quem fôr utilizar os documentos científicos desta maneira acumulados;
  - 5.º – Tentar, quando dêem garantias suficientes de inocuidade, os novos métodos de tratamento;
  - 6.º – Empreender pesquisas científicas sobre as causas e a natureza do cancro.
- 

Fonte: Cf. ATHIAS, M. – *O Problema do Cancro*. Lisboa: Biblioteca Cosmos, 1941, p. 22.

---

Contudo, esta tentativa não frutificou por falta de fundos e de seguidores imediatos. As contribuições iam afluindo, mas entre 1853 e 1893 as três salas dedicadas aos doentes que ocupavam o andar superior do edificio principal, tinham apenas 26 camas. O serviço produziu poucos médicos especializados em cancerologia, apesar de ter permitido reunir

num único local vários casos, melhorando desta forma a formação dos clínicos sobre a então rara doença<sup>195</sup>.

Esta experiência pioneira, que encontrará paralelo nos centros anticancerosos criados no século XX, também não significa que se tenha operado uma mudança significativa no modo de encarar a doença, quer do ponto de vista médico, quer do ponto de vista social. Bastará referir que os meios curativos não evoluíram e o pessimismo mantinha a sua tônica habitual. As reflexões dos mais ilustrados médicos europeus em 1800, retiveram sempre a sua actualidade até aos últimos anos desse século:

*O cancro interno é sempre incurável e mortal, o médico pode apenas trabalhar no sentido de modera e acalmar as dores vivas que os doentes sentem. Quanto ao cancro exterior, após a sua confirmação, não há outro recurso que não seja a extirpação; contudo, esta é habitualmente impraticável se o cancro está aderente, inútil se as outras glândulas estão já engorgitadas e se a massa do sangue está infectada pelo vício canceroso (...)*<sup>196</sup>.

Apesar de ainda se ter fundado em 1801 a primeira sociedade exclusivamente médica para o estudo do cancro, a adequadamente denominada *Institution for Investigating the Nature and Cure of Cancer* não obteve quaisquer resultados científicos palpáveis, senão na publicação das primeiras ilustrações conhecidas de peças oncológicas vistas ao microscópio, realizadas por um dos membros da instituição<sup>197</sup>.

Era preciso esperar pela alteração do papel do hospital enquanto instituição de saúde e pela modificação da consciência social sobre a doença. Ao longo do século XIX, o hospital passa a ser um local diferenciado e medicalizado, onde sob o olhar do médico as doenças se agrupam por ordens, tipos e géneros, classificando os doentes de acordo com as enfermidades. Se até aí os hospitais eram vistos como antecâmaras da morte, respondendo às necessidades da pobreza e estigmatizando os enfermos, passaram a ser encarados como locais para os doentes sem família, igualmente necessários no caso das doenças contagiosas ou incomuns, para as quais a medicina requeria uma abordagem diferenciada.

O advento do tratamento oncológico institucionalizado tem as suas raízes na emergência da chamada medicina social, um conceito sanitário desenvolvido ao longo de oitocentos. A partir do século XIX e especialmente com o desenvolvimento da Revolução Industrial, surge na Europa a denominada a medicina social, com recurso a investigações sistemáticas sobre as relações entre saúde e condições de vida das populações.

---

<sup>195</sup> Cf. WILSON, E. – *History of the Middlesex Hospital*. London: 1845, cit. por LEDOUX-LEBARD, R. – *La lutte contre le cancer*. Thèse pour le doctorat de médecine. Paris: 1906, p. 11 e seguintes.

<sup>196</sup> GEOFFROY, E. L. – *Manuel de médecine pratique, (...)* Paris: De Bure ainé, 1800, p. 331. (Tradução nossa).

<sup>197</sup> Cf. HOME, Sir Everard – *A short Tract on the Formation of Tumours, and the peculiarities that are met with in the structure of those that have become Cancerous; with their Mode of Treatment*. London: Bart. & C., 1830. O autor não só não comentou as imagens publicadas, como nem sequer retirou qualquer conclusão das mesmas.

Nesse contexto, Rudolf Virchow afirmava que a medicina era uma ciência de cariz social, e que as epidemias ocorriam quando determinada população era «submetida a condições de vida diferentes»<sup>198</sup> daquelas em que viviam normalmente, decorrentes de graves crises agrícolas, climáticas, guerras ou grau de exploração socioeconómica. No entanto, o desenvolvimento da bacteriologia, da farmacologia e de um substrato científico da medicina, levou a que as explicações sociais dos estudos sobre a saúde e a doença fossem postas em causa, de tal modo que se chegou a uma quase cisão entre as ciências sociais e humanas e as ciências naturais, tanto do ponto de vista conceptual, quanto do ponto de vista metodológico.

Isto nunca impediu que a saúde pública não estivesse sempre no seio das preocupações biopolíticas dos poderes públicos. A afirmação progressiva da medicina experimental, teorizada e divulgada por Claude Bernard<sup>199</sup>, caminhava em paridade com o surgimento na Europa do denominado «Estado Higienista», ao promover o envolvimento e participação do poder político nas questões da medicina preventiva. Com o objectivo de defender a sociedade, os Estados mostravam-se cada vez mais empenhados e despertados para os problemas da higiene e saúde pública, entendidos como um problema de natureza social, reforçando, por conseguinte a influência e autoridade dos médicos nesta matéria.

A saúde pública despertou um interesse desusado em toda a Europa a partir dos inícios do século XIX, com reflexos bem visíveis em Portugal. Não faltaram livros, folhetos e jornais médicos contendo variados artigos relativos a essa temática, adjuvados por toda uma plêiade de estudos epidemiológicos acerca das epidemias, fossem elas de tifo exantemático, febre tifóide, cólera ou febre-amarela, enfermidades contagiosas que regularmente faziam a sua visita ao território continental português<sup>200</sup>.

O Estado pareceu acompanhar de forma próxima o higienismo enquanto tendência que enformava o corpo médico, lançando mão do seu poder legislativo, fosse através da promulgação de legislação, fosse pela introdução de regulamentos sanitários. No caso português, a produção legislativa sobre a saúde pública foi múltipla e variada ao longo de todo o século<sup>201</sup>, mas o cumprimento das medidas sanitárias e de higiene colectiva legalmente

<sup>198</sup> Cf. ROSEN, George – *Uma história da saúde pública*. (Tradução do original inglês de 1958). São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Unesp-Abrasco, 1958.

<sup>199</sup> Claude Bernard (1813-1878), é justamente considerado o pai da medicina experimental. Sobre a sua teoria e prática experimental veja-se: BERNARD, Claude – *Introdução à Medicina Experimental*. Lisboa: Guimarães & C.ª Editores, 1978. Trata-se da tradução em português da sua obra original BERNARD, Claude – *Introduction a l'étude de la Médecine expérimentale*. Paris: 1865.

<sup>200</sup> Ao longo do século XIX houve epidemias de cólera em 1833, 1853-1856 e 1865, e ainda de febre-amarela em 1851 e 1856-1857. Cf. MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947 p. 403-411.

<sup>201</sup> Leis de Saúde Pública de 1837, 1845, 1868 e, já no início do século XX, a de 1901, continuada pelas de 1926, 1944 e 1945. Há ainda a acrescentar os sucessivos Regulamentos de 1853, 1856, 1860, 1863 e 1891. Acrescem a estes a criação em 1813 da *Junta de Saúde*, cuja ineficiência levará a que seja substituída em 1820 por uma *Comissão de Saúde*, e em 1837 pelo *Conselho de Saúde Pública*. A legislação de 1837 seria substituída em 1868 pelo retrógrado decreto de Alves Martins. Apesar de em 1884

impostas, acabou por ter quase sempre fraca aceitação e execução pouco eficiente por parte dos responsáveis. As doenças infecciosas mantiveram-se em alta incidência, o mesmo sucedendo com a mortalidade em todas as idades. No tocante ao cancro, este não ocupava senão um lugar claramente marginal nesse contexto.

Numa altura em que a medicina estava longe de ser um serviço público, que não dispunha de técnicas eficazes de tratamento e onde as medidas de higiene e prevenção directa eram ainda rudimentares, os principais ganhos em saúde obtidos no século XIX seriam os proporcionados pelo denominado *movimento sanitário*, que modificaram a compreensão dos problemas de saúde geral da população, alargando a intervenção da medicina e dos Estados no domínio da saúde pública, combate à doença e seu tratamento, seja na clínica do ambulatório seja no internamento.

Nesta perspectiva, o tratamento do cancro raramente se veria enquadrado neste movimento, acomodando-se com maior propriedade num registo de apoio meramente caritativo. O exemplo mais próximo desta concepção foi o do «Calvaire de Paris», fundado em 1874, onde, dia e noite, o espírito altruísta de várias viúvas era colocado à disposição dos doentes acometidos de cancro numa fase terminal<sup>202</sup>.

Hospitais específicos para o tratamento diferenciado dos cancerosos, era coisa que não existia na Europa. Mesmo assim, alguns filantropos e reformadores sociais tentaram proporcionar cuidados médicos gratuitos aos mais pobres e indigentes. Neste contexto, o jovem cirurgião William Marsden, abriu um dispensário em Londres, em 1828. Apesar do nome pomposo, o *London General Institution for the Gratuitous Cure of Malignant Diseases* não era senão uma simples casa de quatro pisos numa das zonas mais pobres da cidade. Foi concebido como hospital de acesso directo aos pobres e doentes, onde o tratamento se fazia de forma gratuita<sup>203</sup>.

A procura foi tanta, que em 1844 o dispensário agora intitulado *Royal Free Hospital*, tratava cerca de 30.000 doentes por ano. E em 1846, quando a sua mulher morreu com cancro do ovário, Marsden abriu uma pequena casa em Cannon Row (Westminster), exclusivamente para doentes que padecessem dessa enfermidade. No espaço de 10 anos a instituição foi transferida para Fulham Road e tornou-se conhecida como *The Cancer Hospital*, onde Marsden era cirurgião sénior. Ao juntar grande número de casos, Marsden esperava que os médicos dedicados à investigação pudessem produzir novos e mais eficientes métodos de tratamento. Basicamente, os doentes eram tratados de forma indiferenciada e palia-

---

a *Junta Consultiva de Saúde Pública* substituir o *Conselho de Saúde Pública*, os resultados continuaram a ser muito reduzidos e de expressão insignificante. Cf. PINA, Luís de – *Um capítulo portuense da História da Higiene em Portugal*. Porto: Imprensa Portuguesa, 1955 e CORREIA, F. S. – *Subsídios para a história da Saúde Pública Portuguesa do século XV a 1822*. Separata n.º 347 de *O Médico* (1958).

<sup>202</sup> Cf. BOUQUET, Henry – «Cancer et civilisation. L’Oeuvre du Calvaire». *Le Monde medical* (1924), p. 417-421.

<sup>203</sup> Sobre o hospital de Marsden para cancerosos veja-se WILTSHAW, Eve – *History of the Royal Marsden Hospital*. London: The Royal Marsden Hospital, 1998.

tiva até ao momento em que morriam. Nem mesmo o uso de uma substância cáustica de aplicação tópica, feita à base de arsénico e desenvolvida em parceria entre Marsden e o seu filho Alexander, se mostrou de nenhuma forma revolucionária. Mais do que uma novidade, era apenas a reformulação de uma substância tópica habitualmente utilizada desde a Idade Média.

A Grã-Bretanha, país europeu com a maior tradição no tratamento do cancro, viu serem criados entre 1857 e 1886, uma série de hospitais para cancerosos. Na sua totalidade, estas instituições partiram da iniciativa de cirurgiões, muitas vezes com o apoio financeiro de algum benemérito. Criados em Leeds, Liverpool, Manchester e Glasgow, nenhum deles sobreviveu à morte do seu fundador respectivo<sup>204</sup>. Estes locais eram muitas vezes mal vistos por uma boa parte da classe médica; não só não aportavam quaisquer contributos científicos de impacto para o tratamento da doença, como não possuíam a capacidade necessária para promoverem uma verdadeira especialização.

Exemplo mais tardio é o da Alemanha, que em 1896 vê ser criado em Heidelberg o hospital de cancerosos *Samariter Haus*, nome que o seu fundador Vincenz Czerny escolheu para não despertar no público uma cancerofobia que então se julgava perniciosa e até contraproducente, numa altura em que o objectivo era convencer as pessoas a aderirem sem reservas ao tratamento precoce.

Na maior parte das ocasiões, estas instituições que acabámos de referir revestiam-se muito mais de um carácter humanitário do que científico, visando em primeiro lugar o socorro e amparo dos incuráveis, que no seu conjunto formavam a grande maioria dos casos.

Mas mesmo este tipo de hospital filantrópico pseudo-especializado parece nunca ter existido entre nós. Todas as fontes que consultámos são omissas nesse sentido, não nos revelando a existência de quaisquer hospitais nem sequer de serviços hospitalares especificamente adstritos a esse efeito.

Em Portugal, os doentes oncológicos eram tratados em casa, a cargo das suas famílias, ou ainda num qualquer hospital sem a menor diferenciação relativamente à doença. A percentagem de curas era negligenciável e os enfermos afectados necessitavam cuidados frequentes e prolongados. Quando muito, poderiam ser isolados, pelo odor e repugnância causada pelas eventuais «chagas cancrosas», mas não mais do que isso. Há ainda a considerar que existissem diagnósticos de cancro frequentemente incorrectos, confundidos com úlceras cutâneas, chagas sifilíticas e quistos mamários benignos, o que repartiria ainda mais estes doentes pelas enfermarias comuns. No caso do denominado cancro visceral, a dificuldade era ainda maior, a atestar pelas dificuldades encontradas pelos médicos no cor-

---

<sup>204</sup> Entre outros, referimo-nos a hospitais como o *Leeds Hospital for the Skin, Cancerous and Scofulous Affections* (1857), ou o *Glasgow Cancer and Skin Institution* (1886). Cf. MURPHY, Caroline C. S. – «From Friedenheim to hospice: a century of cancer hospitals». In GRANSHAW, Lindsay; PORTER, Roy (ed.) – *The Hospital in History*. London: Routledge, 1989, p. 225-226.

recto diagnóstico, por exemplo, do cancro do útero, do estômago<sup>205</sup> ou do ovário<sup>206</sup>, com sintomas por vezes semelhantes ou sobreponíveis a outras patologias não cancerosas. Habitualmente, a confirmação do diagnóstico inicial era feita apenas *a posteriori*, ou seja, no momento da autópsia, ou aquando do exame histopatológico da peça cirúrgica excisada.

Nos hospitais ligados à Universidade, caso de Coimbra, ou às Escolas Médico-Cirúrgicas, caso de Lisboa e Porto, o cancro era essencialmente objecto de estudo clínico-anatómico, dando origem a apenas algumas poucas teses inaugurais, muito menos do que aquelas saídas noutros países europeus, tanto em número absoluto quanto em percentagem comparativa com outras doenças. Como exemplo desta realidade, e ressaltando as devidas diferenças entre o número de médicos formados por ambos países, refira-se que para as duas Escolas Médico-Cirúrgicas portuguesas conhecem-se 60 teses inaugurais publicadas sobre cancro entre 1826 e 1909<sup>207</sup>, ao passo que no caso francês, apenas entre 1860 e 1913 publicaram-se 301 teses sobre cancro contra 586 sobre sífilis e 908 sobre tuberculose<sup>208</sup>.

Em relação directa com a dificuldade real do seu correcto diagnóstico, é certo que no final de oitocentos este problema associava-se à má fama de uma doença que mantinha a egrégia e sinistra reputação de ser maligna, dolorosa e mortífera.

Também por esta razão, não era raro o próprio canceroso rejeitar o conselho do médico formado na universidade, em prol de uma qualquer solução menos invasiva que a recomendada pela cirurgia costumeira. Muitas vezes, era ao curandeiro que recorria em primeiro lugar, não sem antes tentar alguma mezinha recomendada por algum familiar ou conhecido. A automedicação era comum, cruzando-se em muitos casos a medicina popular com a universitária, não sendo raros os casos em que se procurava com o mesmo interesse tanto o médico como o curandeiro. Daí que o tratamento, como em tantas outras afecções, fosse feito com o habitual recurso a diferentes tipos de praticantes não habilitados, personagens esses que incluíam os habituais curandeiros, bruxas, charlatães, sangradores, saludadores e mezinheiros, costume este que parece ter sido muito comum e disseminado tanto no Portugal rural quanto no cidadão dos séculos XVII e XVIII<sup>209</sup>. E pelo que

<sup>205</sup> Cf. BARBA, Geraldés – «Um caso de cancro do estomago». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI (1888), p. 186-188 e ainda GALRÃO, Carlos – «O diagnóstico do cancro». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 29 (1888), p. 231-233; GALRÃO, Carlos – «O diagnóstico do cancro (continuação)». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 30 (1888), p. 239-241.

<sup>206</sup> Cf. MAIA, Azevedo – «Tumor ovarico. Operação». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VI, n.º 6 (1888), p. 78-82, e ainda SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VII, n.º 27 (1889), p. 201-203, e SERRANO, J. A. – «Tumor solido do ovario, do peso de 2.150 gr. Laparotomia. Cura (continuação)». *A Medicina Contemporânea* (I.ª Série). Ano VII, n.º 28 (1889), p. 209-210.

<sup>207</sup> Cf. os quadros 9 e 10.

<sup>208</sup> Cf. JACQUEMET, G. – *Médecine et maladies populaires dans le Paris de la fin du XIXe siècle*. In MURARD, L.; ZYLBERMANN, P. (dir.) – *L'haleine des faubourgs. Recherche*. N.º 29. Fontenay-sur-Bois (1978), p. 349-364.

<sup>209</sup> Sobre o habitual recurso da população aos tratamentos disponibilizados por parte dos curandeiros, vejam-se: WALKER, Timothy D. – «O papel e as práticas dos *curandeiros* e *saludadores* na sociedade portuguesa no início da idade moderna».

se depreende das diferentes e frequentemente acrisoladas tentativas de defesa da medicina oficial, feitas quer em prefácios de manuais médicos quer em obras especificamente escritas para o efeito, o charlatanismo não mostrou grandes sinais de abrandamento no decurso de todo o século XIX<sup>210</sup>, o que estava em consonância, aliás, com o que se passava em várias capitais europeias onde campeavam uma série de especialistas na arte do engano, incluindo no tratamento do cancro, feito através do uso regular de beberagens, emplastos, cataplasmas e drageias de origem pseudo-farmacológica.

Em 1819, os avisos da *Gazeta de Lisboa* davam-nos conta desse tipo de práticas. Neles podemos encontrar vários exemplos, entre os quais a venda de uma decocção «antiputrida» capaz de curar de uma assentada e em pouco tempo, toda uma série de maleitas: «Cura o escorbuto, tanto na terra como no mar, os cancros, as chagas, tanto novas como antigas, em qualquer parte do corpo que seja (...)»<sup>211</sup>. Anos mais tarde, em 1832, a publicidade inscrita no mesmo periódico continuava a apresentar as mezinhas milagrosas. Neste caso, a anunciante fazia-o «pelo bem da humanidade», ao qual não será alheio um eventual conluio, declarando as maravilhas de um tratamento curativo realizado por um tal Miguel António de Abreu (certamente um charlatão ou curandeiro), para a erradicação de um cancro do nariz:

*Luzia Rosa, moradora na Rua do Carreão n.º 22, faz saber ao publico que achando-se com hum cancro no nariz, depois de haver tentado inútil curativo, se dirigio ás Portas de Santo Antão N.º 3, a Miguel António de Abreu, o qual a curou perfeitamente em trez mezes: a annunciante pelo bem da humanidade, e saúde publica faz este avizo, para que as pessoas que precisarem o mesmo curativo o procurem*<sup>212</sup>.

Outros exemplos desta realidade são-nos transmitidos por Filipe Simões nas suas crónicas insertas em 1859 n' *O Instituto*, periódico científico conimbricense dedicado à divulgação das letras e ciências. Numa pequena série de artigos relatando as vicissitudes de um charlatão africano que tentara provar num reputado hospital parisiense a sua cura secreta do cancro, o autor acaba por expor uma realidade existente um pouco por toda a Europa:

---

*História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 11 (suplem. 1) (2004), p. 223-237; *idem – Doctors, Folk Medicine and the Inquisition. The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*. Brill: Leiden-Boston, 2005; e ainda ARAÚJO, Maria Benedita – *A medicina popular e a magia no sul de Portugal: contribuição para o estudo das correntes mentais e espirituais (fins do século XVII a meados do século XVIII)*. Tese de doutoramento. 3 vols. Lisboa: Faculdade de de Letras da Universidade de Lisboa, 1988.

<sup>210</sup> Sobre a frequente reacção dos médicos de novecentos contra a prática ilegal da medicina veja-se CARVALHO, M. P. Henriques de – *A defesa da cirurgia e dos cirurgiões, ou o segundo brado e clamor contra os flagícios, ignorancia e imposturas dos charlatães e curandeiros, dos seus protectores e apaixonados*. Lisboa: 1840, e *idem – O clamor contra os flagícios, audacia e impostura dos charlatães e dos curandeiros: modo de os poder conter, reprimir e aniquillar*. Lisboa: Typografia de V. J. de Castro & Irmão, 1848.

<sup>211</sup> *Gazeta de Lisboa*. N.º 40 (1819), [s.p.].

<sup>212</sup> *Gazeta de Lisboa*. N.º 43 (1832), p. 222.

*Desgraçadamente é grande a inclinação do espírito humano para os prodígios e maravilhas, e por isso a sciencia falsa, o charlatanismo e a impostura hão-de sempre achar gente crédula que se deixe enganar sem dificuldade<sup>213</sup>. (...) Os remédios infalliveis para tratar as úlceras cancrosas que d'antes eram sómente conhecidos de curandeiros obscuros, e de que apenas se ocupavam pessoas ignorantes e sem illustração, prendem agora a attenção das classes mais elevadas e instruídas da sociedade. (...) Diz-se que Londres é o paraízo dos charlatães, mas Paris a capital da França, o foco das Luzes, o centro das sciencias, parece aspirar também na actualidade ao mesmo epíteto<sup>214</sup>.*

Este caso foi igualmente mencionado noutros periódicos da época como foi o caso do *Archivo Universal*, que na sua secção intitulada «Revista Médica», também não deixou de o apontar. Mesmo assim, se é de admitir que a medicalização progressiva das populações conduziu a um recurso cada vez menor dos serviços destes charlatães<sup>215</sup>, eles mantiveram-se como parte não menosprezável das opções do público pelo adentrar do século XX, como se pode depreender das palavras do médico José de Pádua, deputado no Senado em 1911. Citando um caso da sua prática clínica, mostrava da seguinte maneira o seu desagrado pela falta de controlo estatal relativamente ao exercício ilegal da medicina:

*Há tempos foi consultar-me uma pobre criatura tendo 3 quartos da lingua devorada por um cancro, que se tinha já propagado ao pescoço onde formava um tumor das dimensões de uma maçã. Um mês antes tinha dado por uma pequena ferida na lingua; foi consultar um distintissimo cirurgião que lhe propôs a operação do cancro, por estar muito no início e localizado a uma pequena porção da lingua. A doente aterrou-se com a ideia da operação e teve a infelicidade de cair nas mãos de um curandeiro, que no fim de um mês, a pôs no estado em que a vi, e em que só tinha a esperar a morte pela impossibilidade de a operar então. Aqui está um curandeiro que num mês deu à doença uma rapidez de evolução, que ela não teria, abandonada a si mesma<sup>216</sup>.*

Aparte o evidente antagonismo da classe médica para com os praticantes ilegais da arte de esculápio, problema que sempre acompanhou a prática médica e que persistiria durante a I.<sup>a</sup> República, facilmente se infere a percepção clínica sobre a natureza terrífica da doença, e ainda do profundo impacto psicológico que a acompanhava. Apesar do afastamento progressivo das populações face ao curandeirismo confirmar a aceitação do carácter científico da medicina moderna, as respostas desta última eram ainda insuficientes ou quase nulas nos estados oncológicos avançados.

<sup>213</sup> SIMÕES, A. Filipe – «Juízo definitivo de Vriés e do tratamento secreto do cancro». In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 26. (Apesar de datado de 1860, o volume 8 compila os números referentes aos periódicos publicados em 1859).

<sup>214</sup> SIMÕES, A. Filipe – «Noticiario. Ainda o tratamento do cancro». In *O Instituto, Jornal Científico e Literario*. Vol. 8. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1860, p. 61-62.

<sup>215</sup> Cf. a biobibliografia de médicos, curandeiros, charlatães e boticários que se dedicaram em Portugal à prática médica in CARVALHO, Augusto da Silva – *Médicos e curandeiros*. Lisboa: Tipographia Adolpho de Mendonça, 1917.

<sup>216</sup> *Diário do Senado*. Sessão n.º 18, de 29 de Novembro de 1911, p. 13-14.

De facto, a mobilização social até finais do século XIX manteve-se praticamente a mesma que sempre foi perante qualquer doença de natureza não epidémica. Se algum interesse houve, foi proveniente de alguns cirurgiões, o que mostra bem o seu protagonismo na única terapêutica anticancerosa realmente eficaz. A verdadeira tomada de consciência do perigo canceroso ainda não surgira no horizonte das preocupações sanitárias das sociedades, ou pelo menos ainda não lhes fora adequadamente instilada. Neste contexto, era a tuberculose que guardava ainda uma posição de predomínio quase absoluto no conjunto das preocupações sanitárias da medicina e da sociedade, expressa de forma bem viva nas diferentes e numerosas dissertações inaugurais das escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto, onde era tema predominante, quase impossível de não ser abordado todos os anos por uma parte considerável dos finalistas.

Seria necessário esperar pelas vozes de alarme dos profissionais de saúde e pelos investimentos em novos instrumentos tecnológicos de combate às neoplasias. Aguardar, pois, pelo dealbar da centúria seguinte, para assistirmos a uma mudança de tempo histórico onde a profissão médica se visse devedora de novos progressos tecnológicos, estudos estatísticos e de oncologia experimental, capazes de introduzir mudanças significativas no tratamento dos doentes cancerosos, e, claro está, de colocar a luta contra o cancro numa perspectiva social e colectiva.

## 5. O RISCO ONCOLÓGICO: UMA CATEGORIA CIENTÍFICA E POLÍTICA NA INTERNACIONALIZAÇÃO DA LUTA CONTRA O CANCRO

*Falemos sem cessar em cancer. Baudeline, nos seus dois monumentais volumes sobre a luta internacional do cancer, chega a esse desespero justificado: «vencer o cancer não é apenas uma conquista científica, mas a salvação do mundo»<sup>217</sup>.*

AFRÂNIO PEIXOTO, 1935

Pensar a oncologia enquanto objecto de investigação histórica, analisar o modo como foi compreendida, exercida e disseminada, requer necessariamente a compreensão do pensamento médico enquanto saber cientificamente elaborado. O estudo de representações sociais ao longo de um determinado tempo histórico, pressupõe não só uma análise do

<sup>217</sup> PEIXOTO, Afrânio – «Luta contra o cancro». *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série) Ano LIII, n.º 25 (23 de Junho de 1935), p. 200.

contexto em que são criadas, bem como da formação do mesmo, uma vez que as representações se constroem através de uma realidade pré-existente.

Por antigo que fosse o seu conhecimento, o cancro não partilhava as características das doenças contagiosas: não se manifestava como uma epidemia, não aparecia directamente ligada a nenhum ilícito moral ou de comportamento, incidindo sobretudo sobre a população adulta mais idosa, se bem que se sabia que podia sobrevir em qualquer idade e/ou condição social.

Mesmo assim, parece claro que está ausente das preocupações sanitárias dominantes na mente das populações, bem longe do peso que as epidemias tradicionalmente ocupavam no imaginário social de novecentos<sup>218</sup>. Contudo, a partir de meados do século XIX, a apreensão relativa à sua aparente progressão foi reforçada por um conjunto de novos dados estatísticos que faziam pensar que a taxa de mortalidade pela doença estava a aumentar nas nações ditas civilizadas. Restava saber se este aumento seria a tradução viva de uma realidade patológica em expansão, ou devido apenas a um diagnóstico mais preciso.

A publicação dos primeiros periódicos médicos dedicados ao cancro começa a realizar-se numa base regular desde o final do século XIX, contribuindo para lançar estas e outras dúvidas, mas também para voltar o olhar de médicos e não médicos sobre a doença. A influência destas revistas no tecido médico português seria determinante para a galvanização de um pequeno conjunto de médicos, particularmente daqueles ligados às áreas da cirurgia, anatomia patológica e investigação. Uma delas seria a *Revue des Maladies Cancéreuses*, publicação que desde 1895 se tornou presença habitual nos estabelecimentos de ensino médico e nos principais hospitais do país.

Apesar das múltiplas incertezas ainda existentes, aos olhos de muitos parecia ser uma doença nascida no seio da civilização, um fenómeno patológico capaz de afectar a todos de igual forma, se bem que o grau de resposta das diferentes sociedades na luta contra a doença dependesse do grau de desenvolvimento de cada uma. Ao contrário da febre-amarela, varíola e peste, que segundo os sanitaristas expressavam acima de tudo o proverbial atraso nacional, o cancro era visto como doença própria da civilização, não pela civilização em si, mas por um processo de crescimento e melhoria geral das condições de vida da sociedade.

Independentemente dos esforços esparsos e mais ou menos incipientes referidos no capítulo anterior, será apenas no século XX que começa realmente a era da verdadeira luta contra o cancro, pelo menos dentro dos padrões metódicos de prevenção, investigação e tratamento que actualmente nos servem de referência. Atrevemo-nos mesmo a afirmar é apenas nessa altura que se passa a introduzir a noção de risco do cancro, denotando a sua transformação em «categoria» científica e política. Entenda-se por «categoria» um con-

---

<sup>218</sup> Cf. SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da – «O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX». *Lusíada*. Série II, n.º 1 (2004), p. 95-125.

ceito muito geral que exprime as diversas relações que podemos estabelecer entre as ideias e os factos, isto é, entre as ideias sobre a doença e os factos do seu efeito real e/ou potencial na saúde das populações.

Se bem que esta noção sociológica de risco é decididamente transversal às ciências biomédicas, está particularmente relacionada com a doença oncológica quanto se verifica que a emergente cancerologia está assente no paradigma da medicina experimental e positivista de novecentos.

Quando os trabalhos de Louis Pasteur revelaram a natureza infecciosa de uma multiplicidade de doenças, como a do carbúnculo, da tuberculose, da febre tifóide, da lepra, e outras, também se pensou na hipotética origem microbiológica do cancro. Reapareceram antigas ideias de transmissão, de Sydenham e Van Switen, ressurgindo as teorias parasitárias. De facto, desde que se pensou ter demonstrado que os tumores de natureza tuberculosa e sifilítica tinham uma origem microbiana, surgiu de imediato a ideia que o cancro podia ser igualmente devido à presença e desenvolvimento de microrganismos infecciosos. Chegou a acreditar-se piamente na contagiosidade da doença, tendo-se-lhe apontado toda uma série de agentes microbianos eventualmente causadores da nefasta enfermidade.

Realizaram-se inúmeros estudos baseados nesta possibilidade. Assentes sobretudo na observação clínica e na infecção progressiva dos organismos doentes por uma espécie de cultura ao longo do trajecto dos vasos sanguíneos e linfáticos, bem como na eventual transmissão hereditária da doença, nenhum deles acabou por descobrir um agente microbiano inequivocamente responsável pela patologia oncológica.

O impacto de Pasteur e da microbiologia nos meios médicos e científicos portugueses foi enorme, determinando e balizando a orientação microbiológica dos trabalhos entretanto realizados sobre o carácter parasitário do cancro. Nos seus discursos, alguns dos renovadores da ciência médica portuguesa como eram Miguel Bombarda ou Sousa Martins, não tinham quaisquer dúvidas em colocar Pasteur e a sua teoria no vértice da revolução médica do seu tempo<sup>219</sup>. O mesmo sucedia com Ricardo Jorge, que também não se escusou de ver no cientista francês a pedra basilar da medicina moderna<sup>220</sup>.

Aqueles poucos médicos portugueses que por esta altura se dedicaram a esta doença, partilhavam da verosimilhança da teoria microbiológica, também designada por parasitária, sem que no entanto detectassem o agente causador. Isso não impediu que se afirmasse e sustentasse com toda a fé que «A heteromorfia determinando o parasitismo, é a causa da

<sup>219</sup> Cf. BOMBARDA, Miguel – «Pasteur». *A Medicina Contemporânea*. (I.ª Série) Ano XIII, n.º 40 (1895), p. 313-323, e MARTINS, J. T. de Sousa – *Comemoração de Louis Pasteur – Discurso feito na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em sessão de 12 de Outubro de 1895*. Lisboa: Tipografia Castro Irmão, 1895. Este último pode também consultar-se em «Discurso comemorativo de Louis Pasteur, pronunciado na sessão inaugural da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, em 12 de Outubro de 1895». *A Medicina Contemporânea*. (I.ª Série) Ano XIII. (1895), p. 349-351.

<sup>220</sup> Cf. JORGE, Ricardo – *A propósito de Pasteur: discurso proferido em comemoração do centenário pastoriano na Faculdade de Medicina de Lisboa, aos 25 de Abril de 1923*. Lisboa: Portugalia, 1923.

malignidade»<sup>221</sup>, ou ainda, como Silva Carvalho pretendeu demonstrar, que era «(...) perfeita a analogia da infecção cancerosa com as doenças chamadas infecciosas, que por outras razões muito diferentes chegamos, supomos nós, a provar»<sup>222</sup>.

Fazendo uso de técnicas experimentais em voga na Alemanha e em França, o médico brasileiro Domingos Freire também o pretendeu demonstrar em 1887, ao ensaiar a natureza microbiana do cancro. Baseado nas hemoculturas de uma mulher cancerosa, pretendeu encontrar o micróbio específico do cancro num conjunto de «(...) pequenos bacilos aglomerados (...)» no seio da amálgama de bactérias isoladas. Inoculando de seguida as culturas em porquinhos-da-índia, desenvolveu-se um tumor, o que seria consentâneo com a natureza microbiana da doença. O mesmo investigador referiu ainda «(...) ter conseguido atenuar o vírus canceroso fazendo-o passar por uma série de aves, e os animais vacinados com este vírus atenuado, adquiriram a imunidade para o vírus forte»<sup>223</sup>. Vista como uma concepção legítima, e que se pensava vir a ser comprovada a curto ou médio prazo, a ideia da «diathese» neoplásica ser de natureza parasitária ficaria deste modo demonstrada, o que reduziria a prevenção do cancro a uma questão de tempo e de inoculação.

Na Alemanha, em comunicação lida na Sociedade de Medicina de Berlim em 1887, Scheurlen também concluía da existência de um bacilo sempre presente nos tumores cancerosos, assim como da presença de esporos do mesmo em todas as preparações microscópicas dessas afecções. Com base nas experiências que realizou em cães, a inoculação das culturas do dito bacilo daria lugar à produção de tumores cancerosos, pelo que existiria uma relação de causa e efeito entre este agente microbiano e o próprio cancro<sup>224</sup>.

De facto, na mente e no discurso científico de muitas eminências médicas de finais do século XIX e início do século XX, como seja o caso de Miguel Bombarda ou do higienista Ricardo Jorge<sup>225</sup>, permanecia um certo sentido de expectativa no progresso da medicina inaugurada pela revolução pasteuriana, fruto lógico de uma fé aparentemente inabalável na bacteriologia e na possibilidade real de desenvolver uma vacina capaz de eliminar o risco de contrair essa doença ainda mal estudada, mas certamente passível de resolução, caso houvesse um forte investimento na investigação científica. Imbuídos das teorias micro-

<sup>221</sup> D. António de Lencastre cit. por Silva Carvalho, in *A Medicina Contemporânea*. (I.ª Série) Ano V, n.º 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51.

<sup>222</sup> Cf. CARVALHO, Silva – «A infecção cancerosa». *A Medicina Contemporânea*. (I.ª Série) Ano V, n.º 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51 e seguintes.

<sup>223</sup> «O microbio do câncer». (I.ª Série) Ano V. *A Medicina Contemporânea*. (1887), p. 86-87.

<sup>224</sup> Cf. «Os microbios dos tumores malignos». (I.ª Série) Ano V. *A Medicina Contemporânea*. (1887), p. 403-404.

<sup>225</sup> Médico higienista portuense, é justamente considerado o pioneiro da saúde pública em Portugal. Em 1885 publicou um famoso tratado onde define a política higienista a implementar em Portugal. Inaugurava-se dessa maneira uma nova era da saúde pública no país, mais de quarenta anos depois de Edwin Chadwick (1800-1890), médico inglês, publicar o *Relatório sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora na Grã-Bretanha*, documento que lançara as bases do movimento sanitário inglês. Cf. JORGE, Ricardo – *Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa*. Conferências de 1884. (A Higiene em Portugal, A evolução da sepultura, Inhumação e cemitérios. A cremação) 1885.

bianas e dos relatos e estudos que nos finais do século XIX faziam pensar e acreditar na origem infecciosa do cancro, a opinião de vários médicos portugueses sobre a altamente provável origem microbiológica da doença, incluindo a de Carlos França<sup>226</sup> ou do bacteriologista Câmara Pestana, era inicialmente consentânea com a de outros especialistas europeus coevos, sobretudo franceses e alemães.

O entusiasmo e inspiração de vários dos professores da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, incluindo Sousa Martins, Silva Amado e Miguel Bombarda, levaram Câmara Pestana a proclamar em 1889 a esperança proporcionada pelos estudos microbiológicos na sua dissertação inaugural, intitulada *O micróbio do carcinoma*:

*O micróbio! Haverá nada de mais fecundo, de maior alcance, do que o estudo destes infinitamente pequenos? Quando comparamos a cirurgia de hoje à cirurgia de ontem, quando vemos o poder da Higiene e da profilaxia, é que compreendemos o altíssimo valor dos trabalhos modernos*<sup>227</sup>.

Mas este exemplo não era único no panorama do ensino médico português. Muitos outros documentos coevos permitem igualmente aquilatar do forte impacto da teoria microbiana ou parasitária entre nós, testemunhando uma aceitação relativamente generalizada no seio universitário, se bem que ainda algo reticente em vários aspectos de pormenor. Mesmo assim, foi uma teoria dominante e promotora de uma forma muito própria de encarar a doença oncológica na sua etiologia. Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, os reflexos deste modo de pensar, bem como dos argumentos em prol ou contra esta teoria, estão bem patentes em muitas das dissertações dedicadas a temas oncológicos, não só na última década do século XIX, mas também nos primeiros anos do século XX. Um desses exemplos pode ser encontrado na dissertação inaugural de José da Rocha, datada de 1904:

*Emfim, para mim, é crença que a bacteriologia decidirá em breve que o primun movens d'esta affecção, esse mysterioso factor que determina tumefacções enormes e persistentes, não pode deixar de ser um organismo vivo inimigo, única força que eu julgo capaz de enterter, durante tanto tempo, essa lucta ingente de extermínio*<sup>228</sup>.

Este eventual carácter germinal, de transmissibilidade, e até mesmo de endemismo do cancro, encontra reflexos em periódicos médicos nacionais de inícios do século, onde se chegava a pedir aos clínicos que relatassem casos semelhantes aos descritos em periódicos

<sup>226</sup> Cf. a investigação de Carlos França sobre o cancro no seu artigo de 1918, devidamente explanado em MIRA, M. B. Ferreira de – *Notice sur l'oeuvre de Carlos França*. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1927.

<sup>227</sup> PESTANA, Luiz da Câmara – *O micróbio do carcinoma*. Dissertação inaugural apresentada e defendida perante a Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa. Lisboa: Typographia de Eduardo Roza, 1889, p. 2.

<sup>228</sup> ROCHA, José da – *Breve estudo sobre lymphadenoma*. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904, p. 50.

médicos franceses<sup>229</sup>. Um dos que mais acerrimamente defendeu esta ideia foi o médico francês Alfred Filassier, que sustentava a ideia de as casas impregnadas pelo germe causador da doença serem os responsáveis pela elevada frequência de doenças cancerosas dos que nelas habitavam<sup>230</sup>.

Também o médico norte-americano Roswell Park lançara desde 1899 o alarme, ao invocar o carácter infeccioso do cancro, com o que conseguiu pouco depois ver fundado o New York Skin and Cancer Hospital, ao que se seguiram, poucos anos depois, o Cancer Department do Rockefeller Institute e a George Crocker Special Research Fund da Universidade de Columbia.

Em 1904, no XVII Congresso francês de cirurgia discutiram-se sobejamente as ideias parasitárias de Doyen sobre a etiologia e tratamento do cancro, que o próprio atribuía a um micróbio que denominou *micrococcus neoformans*, e para o qual elaborou uma suposta vacina anticancerosa<sup>231</sup>. Postas em causa por todos os oradores do congresso, a seu tempo as doutrinas de Doyen acabariam por ser rejeitadas, pelo simples facto de apenas o próprio conseguir observar o pretendido agente tumoral. Mesmo assim, a questão Doyen prolongou-se por alguns anos, com provas e contra-provas, passando pelo crivo de diferentes comissões de avaliação. Provocou violentas discussões no seio da opinião pública e na própria imprensa política de Paris, fruto de um duplo interesse despertado junto da sociedade e da comunidade médica, não só pela doença oncológica em si, mas também pela eventual possibilidade profilática de uma vacina.

Os ecos da questão Doyen chegaram a Portugal, caso acompanhado com algum interesse pela imprensa, que dele fez actualizações sucessivas, chegando mesmo a justificar artigos de alguns médicos portugueses mais interessados no desenrolar do episódio<sup>232</sup>. Em 1906, no XV Congresso Internacional de Medicina realizado em Lisboa, os resultados da imunização contra o agora denominado *micrococcus Doyeni*, nos casos de neoplasmas malignos, mostrou a sua ineficiência em 90% dos casos tratados<sup>233</sup>, pressagiando o fim da vacina anticancerosa preconizada por Doyen, mas não a ideia global que presidia à hipótese da teoria parasitária.

Com efeito, foram muitos os médicos e cientistas que acreditaram na teoria parasitária e que dela fizeram profissão de fé até ao fim. Da Europa às Américas, esta crença colheu numerosos e convictos seguidores, que nalguns casos só muito tarde a abandonaram, o que em alguns deles nunca chegou sequer a acontecer. Como Marck Athias constataria em

<sup>229</sup> Cf. «Haverá casas cancerosas?» *Porto Médico*. 4.º Ano, n.º 11 (1907), p. 352.

<sup>230</sup> FILASSIER, A. – «Y a-t-il des maisons cancéreuses?» *Gazette médicale de Paris*. (15 août 1907), p. 1.

<sup>231</sup> Cf. «XVII Congresso francez de Cirurgia». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 8 (1904) p. 303-304.

<sup>232</sup> Cf. MATTOS, Álvaro – «Contribuição para o estudo do microbio de Doyen». *Movimento Médico*. (1 de Abril de 1905).

<sup>233</sup> Cf. KARWACKI, Léon – *Résultats de l'immunisation active contre le micrococcus Doyeni dans le cas de néoplasmes malins*. In *Porto Médico*. 3.º Ano, n.º 4 (1906), p. 127.

1929, alguns dos seguidores desta corrente mantiveram perene a confiança na descoberta do dito agente microscópico:

*O Prof. Blumenthal não abandonou de todo a velha hipótese parasitária dos tumores, que tem tradições na Alemanha. Foi partindo da ideia de que o cancro era devido a agentes microbianos que von Leiden, antecessor de Blumenthal e um dos fundadores, em 1900, do Deutsches Komitee für Krebsforschung, instituiu a luta anti-cancerosa, depois de ter feito no seu país um recenseamento dos cancerosos referente ao ano anterior<sup>234</sup>.*

O assunto transcendeu a barreira da ciência para chegar mesmo à barra dos tribunais portugueses num exemplo que atesta a crença na mera possibilidade de contágio: em 1925, a Direcção Geral dos Hospitais Civis de Lisboa foi condenada a pagar uma pensão à família de um enfermeiro que falecera devido a um tumor maligno de origem contagiosa, adquirido no exercício da profissão<sup>235</sup>.

Tão duradouros foram os resquícios da teoria parasitária, que em 1950 ainda existiam defensores da origem microbiana do cancro, mesmo quando essa possibilidade estava quase totalmente morta e enterrada<sup>236</sup>. A existência de tumores em alguns animais directamente provocados por vírus, manteve intermitente e residual a possibilidade remota de uma origem microbiológica do cancro nos seres humanos<sup>237</sup>.

As teorias infecciosas (ou parasitárias) do cancro tiveram, pois, um importante papel no desencadear de uma espécie de receio, ou mesmo de angústia colectiva face ao cancro nas primeiras duas décadas do século. Estas teorias, que eram o derivado da omnipresença de um qualquer micróbio patogénico ainda por identificar, colocam o cancro no mesmo plano infeccioso e transmissível da tuberculose. É nos EUA e na Alemanha que estas ideias se mostram na base do que poderíamos denominar como o início da luta social contra o cancro, pelo facto de colocarem a doença no registo das patologias passíveis de serem prevenidas e/ou evitadas pelo recurso a medidas de cariz higienista.

Com efeito, vários investigadores como Roswell Park, Leyden, Paul Ehrlich, Vincenz Czerny ou o microbiologista Metchnikoff, entre outros, todos sugeriam teorias infecciosas

<sup>234</sup> ATHIAS, M.; RAMOS, C. – «Os meios de luta contra o cancro em alguns países europeus. Relatório de Viagem – Fevereiro-Abril de 1929». *Arquivo de Patologia*. Vol. 2, n.º 1 (1930), p. 106-107.

<sup>235</sup> Cf. a sentença proferida pelo Tribunal de Acidentes de Trabalho de Lisboa em «Doença profissionais. Tumor maligno». *Arquivo do Enfermeiro*. N.º 4 (Janeiro de 1926), p. 55-56.

<sup>236</sup> Cf. a hipóteses de um «ultra-micróbio» causador do cancro era defendida pelo médico francês Darmendrail, in *Boletim do IPO*. Vol. 17, n.º 4 (1950), p. 4.

<sup>237</sup> De facto, a questão parecia arrumada, mas é certo que desde que Peyton Rous descobriu em 1910 um vírus causador de um tumor nas galinhas, que outros tipos de tumores ocorridos em aves e animais puderam igualmente ser atribuídos à acção de vírus. Desde a década de 50 e sobretudo na de 60, a hipótese dos vírus oncogénicos assumiu um novo fôlego, tornando-se a questão do momento, muito discutida desde 1962 nos EUA e na URSS. Cf. DIAS, M. T. Furtado – «A Questão do Momento. A propósito do Congresso Internacional do cancro em Moscovo» *Boletim do IPO*. Vol. 29, n.º 9 (1962), p. 3-5.

sobre o cancro. No congresso internacional de cirurgia de Bruxelas em 1908, Roswell Park afirmava sem reboço que o cancro devia «(...) ser tratado como uma doença infecciosa, sobretudo quando ulcerada. A cremação é preferível à inumação. Os pensos e ligaduras sujas, as secreções devem ser destruídas pelo fogo. As habitações (dos doentes) devem ser desinfectadas a fundo, no curso da doença e após a morte»<sup>238</sup>.

Entretanto, Claudius Regaud<sup>239</sup>, num inquérito de numerosos casos de cancerosos, leprosos, promíscuos, não logrou apurar, entre variadíssimos hospitais, um único caso de transmissão entre doentes nem a pessoas saudáveis. Por seu lado, em 15 anos de trabalho no Institut du Cancer de Villejuif, Gustave Roussy nunca constatou nenhum caso que permitisse sequer suspeitar de contagiosidade.

De facto, tardaria até que a incapacidade em detectar um agente patogénico específico deitasse por terra as teorias e experiências que pretendiam mostrar o carácter infeccioso da doença. No entanto, esta convicção permaneceu bem viva no discurso científico de alguns dos seus mais eminentes defensores. A própria ideia subliminar do germen canceroso não se esvaiu tão depressa da mentalidade colectiva, mais ainda quando em 1911 o norte-americano Peyton Rous<sup>240</sup> demonstrou a existência de um vírus responsável por vários cancros do tecido conjuntivo de uma espécie de galinhas, e quando o dinamarquês Johanes Fibiger recebe o Prémio Nobel da Medicina em 1926, por um estudo sobre a influência cancerígena da *spiroptera neoplasica* nos ratos<sup>241</sup>. Em 1930, no decurso de uma hipótese estabelecida sobre um conjunto de factos de ordem experimental e clínica, Léon

<sup>238</sup> PARK, Roswell – *The nature of Cancerous Process*. II Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles: 1908, p. 321-328. Não deixa de ser interessante revermos nestas palavras algumas práticas seculares presentes em Portugal em 1839, desta feita quando morria algum tuberculoso: «É antigo costume nesta capital ordenar-se, pelas autoridades competentes, que os objectos de uso dos falecidos de tísica pulmonar sejam queimados, nem poucas vezes se tem visto estes espectáculos públicos, entretanto a experiência tem mostrado que no maior número de casos são os mandados das autoridades iludidos e só se queimam os trastes inúteis ou de pouco valor, e que os outros, sem a devida beneficiação, vão servir aos sãos e pôr assim em risco a sua saúde e comprometer as suas vidas». Cf. *Anais do Conselho Superior de Saúde Pública*. T. III. 1839, cit. in MIRA, M. B. Ferreira de – *História da medicina portuguesa*. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1947.

<sup>239</sup> Claudius Regaud, médico francês inicialmente voltado para o estudo da histofisiologia, posteriormente fez dos trabalhos experimentais sobre a radiosensibilidade celular a sua área de eleição, tornando-se uma referência internacional na área da investigação experimental do cancro com raios X. Foi director do Institut du Radium em Paris, entidade que em 1922 se juntaria à Fondation Curie para dar corpo ao primeiro estabelecimento francês de tratamento e pesquisa especializada na luta contra o cancro. Para uma biografia daquele que foi um dos mais marcantes cientistas franceses, veja-se a biografia escrita pelo filho do próprio: REGAUD, Jean – *Claudius Regaud*. Paris: Maloine, 1982.

<sup>240</sup> Investigador do Instituto Rockefeller em Nova Iorque, mostrou em 1911 que um filtrado livre de células cancerosas podia transmitir o sarcoma de uma galinha a outra. Sobre os trabalhos de Peyton Rous veja-se BÉCLÈRE, Antoine – «Le cancer est-il une maladie virulente?» *La Presse Médicale*. (8 mai 1935), p. 737-739.

<sup>241</sup> Sobre os trabalhos de Johanes Andreea Gibb Fibiger, veja-se MAISIN, J. – *Cancer, Radiations, Virus, Environnement*. T. II. Paris: 1949, p. 105-106. Fibiger dedicou-se a provar a existência de um agente neoplásico desde que em 1913 descreveu neoplasias do estômago de murganhos que comeram baratas infectadas com *Gongylonema neoplasticum*. A reprodução dos seus trabalhos nos EUA não se mostrou conclusiva, mas mesmo assim foi-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1926 por este estudo.

Bouveret apoiava a existência de um vírus canceroso, cuja origem não seria exógena, mas sim um produto da própria célula cancerosa, em consequência de um estado infeccioso anterior<sup>242</sup>.

Se a validade da teoria e dos resultados de Rous ainda hoje se mantêm, a de Fibiger caiu por terra ao fim de quarenta anos de cátedra. Contudo, as observações de Rous não catapultaram de imediato o entusiasmo da maioria dos especialistas sobre o cancro, que apesar de tudo se mostravam algo reticentes a aceitar uma eventual origem infecciosa.

Apesar disso, rapidamente se firmava a ideia que esta doença representava uma séria ameaça à sociedade e ao género humano, fruto da sua incidência crescente. Era a incógnita de uma equação que mostrava ser um permanente desafio. Os termos mais comuns empregues pelos médicos ao referirem-se-lhe são sobejamente belicosos, resultado de uma convicção profunda sobre a sua inexorabilidade, largamente inculcada pelo discurso científico coevo. Tanto a imprensa médica portuguesa como a estrangeira fervilhavam de terminologia militar e religiosa, de tal modo que alguns termos são claramente reciclados a partir de outras patologias, mormente da tuberculose. Tornam-se habituais na definição do que passa a ser visto como a personificação patológica do «mal», a «praga», a «doença traiçoeira», o «flagelo» ou o «flagelo social», apenas debelável por um esforço colectivo que não é mais do que uma «cruzada», «cruzada santa», «luta», «combate», «guerra», feita com recurso a terapêuticas que não são senão «armas» ou «armas modernas». São a metáfora que resulta da necessidade de mobilização colectiva face a uma ameaça directa à vida humana, do mesmo modo que se apelava ao combate aos micróbios no discurso afecto à saúde pública, tão comum nos higienistas portugueses como por toda a classe médica internacional. Nesse sentido, os discursos coevos de bacteriologistas como Câmara Pestana e sanitaristas como Ricardo Jorge na sua luta contra os micróbios, de José Braga contra as moscas<sup>243</sup>, ou até de Joaquim Urbano na sua «guerra aos ratos», espelham bem o uso deste tipo de linguagem.

Ao mesmo tempo que «A sífilis vai invadindo a sociedade, derruindo e desorganizando gerações sucessivas, esfacelando a sólida organização dos lares»<sup>244</sup>, também a tuberculose continuava a manter a sua egrégia letalidade. Mas era o cancro, aquele que se tornaria o maior desafio de todos. Numa altura em que começam a pesar as preocupações relacionadas com o bem-estar das populações, e não apenas as condições patológicas em si, o principal problema da saúde pública passava pelo controlo das patologias sociais. Em meados dos anos 20, já ninguém duvidava que a «sífilis é uma doença

<sup>242</sup> Cf. BOUVERET, Léon – *Essai sur la pathogénie du cancer*. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1930.

<sup>243</sup> Cf. BRAGA, José M. – *As moscas: uma ameaça grave para a saúde, obrigação de as destruir, processos de exterminação*. Porto: Liga Portuguesa de Profilaxia Social, 1900. Esta pequena brochura era uma das várias impressas pela Liga Portuguesa de Profilaxia Social, onde se versavam outros problemas sanitários, como eram a tuberculose, a sífilis, as doenças mentais e inclusive o saneamento público.

<sup>244</sup> CLÍMACO, Carlos – *A luta anti-venérea*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1924, p. 22.

social»<sup>245</sup>, que tal como a tuberculose e o cancro, constituíam «os três grandes flagelos da humanidade»<sup>246</sup>.

Se a «luta social» se fazia contra a tuberculose, contra as doenças venéreas, contra ratos e moscas, e até contra a alienação, inserir o cancro sob o mesmo tecto parecia fazer todo o sentido. A justificação das campanhas que se desenhavam, faziam sempre finca-pé da dimensão catastrófica da situação para a sociedade, dimensão habitualmente sublinhada pelo carácter de inevitabilidade que o discurso médico conferia às condições de morbilidade determinantes da eventual situação cancerosa.

A sua caracterização como problema social fez-se a partir do momento em que se tornou mais claro o incremento da incidência, do impacto em faixas etárias mais produtivas e dos défices assistenciais existentes, tudo isto agravado por factores demográficos e pelo tenebroso significado psicológico da doença, elementos cientificamente suportados pelas teorias etiológicas do momento. É sobretudo a compreensão de um risco, o risco de contrair uma doença, transmitido cada vez mais pela fria força dos números de uma cada vez mais apurada e fiável estatística. Esta noção do risco é o derivado directo da execução de estudos epidemiológicos dirigidos à mortalidade e morbilidade inerente à doença oncológica.

Pelos finais de oitocentos, a estatística torna-se num dos elementos de uma nova abordagem das doenças, que passa agora pelo estabelecimento de relações entre as mesmas e os factores de natureza geográfica, demográfica, geológica, orográfica e humana. O recenseamento das causas de morte, por si só, era encarado como o alicerce de toda a estatística sanitária, por ser, nas palavras de Ricardo Jorge, o «Compasso da vida social (...) biómetro sensível, que peza e doseia o mal commum»<sup>247</sup>.

Esta abordagem estrutural e analítica da saúde pública, que ainda hoje mantém a sua actualidade, procurava descortinar de forma científica as relações entre as epidemias, ou surtos de doenças, e os factores geográficos específicos das áreas onde surgiam. Para que o cancro assumisse visibilidade como problema social, foi necessário dispor de dados sobre a incidência relativa das diferentes causas de morte. Neste sentido, pode-se dizer que o reconhecimento da dimensão social do cancro passou pelas instituições de registo estatístico desenvolvidas pelos Estados modernos no decurso do século XIX.

No dever da preocupação médica, os primeiros estudos epidemiológicos de fôlego sobre a morbilidade e mortalidade do cancro repetem-se um pouco por todo o mundo. Desde 1890 que o problema oncológico começa a ser colocado em termos estatísticos, tendo-se-lhe dedicado numerosíssimos estudos, muitos deles com dados incompletos e parcelares, outros assentes cada vez mais numa estatística que entretanto se revela mais

---

<sup>245</sup> TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 19.

<sup>246</sup> TRINCÃO, Mário – *O aspecto médico-social da sífilis*. Coimbra: Tese de doutoramento, 1926, p. 20.

<sup>247</sup> JORGE, Ricardo – *Demographia e Hygiene da cidade do Porto. Clima, população, mortalidade. Com quadros e graphics referentes a Lisboa, Porto e Reino, e confrontos internacionais*. Porto: Repartição de Saúde e Hygiene da Câmara do Porto, 1899, p. 295.

coerente e fiável, que incluíam mesmo os achados patológicos que resultavam das autópsias efectuadas. Da Europa aos EUA, passando pela América do Sul e Japão, mostrava-se e apregoava-se, por vezes de forma desproporcionada, o desenhar de uma tendência mundial comum, tecida em consonância com um problema de saúde de natureza aparentemente global. A quantidade de países em que estes relatórios se publicaram é francamente alargada, tendo-nos sido possível verificar a existência de estudos muito semelhantes, tanto nos métodos como nos objectivos, na Alemanha, Brasil<sup>248</sup>, Espanha, EUA, Hungria, Holanda, Inglaterra, Irlanda, Portugal e Suécia.

Em certa medida, a classe médica utilizou o poder das estatísticas e a plausibilidade biológica destes métodos de análise matemática, no sentido de transmitir aos seus colegas, ao público e ao poder político as preocupações sobre uma doença já antiga, mas emergente e de frequência inusitada nos tempos modernos. Mais do que promover um amplo debate científico sobre a validade destes estudos, assistiu-se à firme tomada de consciência de um problema sanitário novo, incontornável, que ameaçava a própria civilização. A sua disseminação representava um entrave ao desenvolvimento económico e social do mundo auto-denominado civilizado, levando a uma intervenção dos poderes públicos e dos médicos para a descoberta de uma cura. Foi nesse sentido que se potenciaram os estudos sobre a sua etiologia, profilaxia e tratamento, estimulados pela prática e pela pesquisa clínica.

Se bem que existissem evidências estatísticas sobre a mortalidade por cancro ao longo do século XIX, os primeiros estudos de amplitude mundial saíram da pena de Frederick Hoffman, de acordo com um trabalho realizado entre 1912 e 1914, posteriormente publicado em 1915 e com edições posteriores<sup>249</sup>. E se por um lado o estudo de Hoffman mostrava a ausência de homogeneidade na frequência do cancro a nível mundial, o continente mais exposto era claramente o europeu, com uma mortalidade anual de 76,6 por 100.000 habitantes, seguindo-se a Oceânia (73), a América do Norte (65,7), a Ásia (54,4) e a África (33,4). No seio da Europa, os números eram claramente mais elevados no norte e centro, do que no sul do continente. Neste extenso trabalho, Portugal ocupava um lugar relativamente confortável, mas nem por isso menos preocupante<sup>250</sup>. Não havia dúvidas que a frequência do cancro aumentava, estimando-se que fosse o responsável directo pelo aumento anual da mortalidade em 2%, o que representava cerca de 500.000 óbitos anuais nos países civilizados. Quando em 1923 é criado o Instituto Português para o Estudo do Cancro

<sup>248</sup> O caso brasileiro é praticamente coevo do português. Em 1904 é publicado o primeiro trabalho estatístico/epidemiológico sobre o cancro no Brasil. Abrangendo o período de 1894 a 1898, o autor procurou relacionar o clima com uma maior presença do cancro no extremo sul do país e a predominância do cancro uterino. É conhecido como a primeira manifestação a respeito do assunto no âmbito científico e académico brasileiro. Cf. SODRÉ, A. A. A. – «Frequência do câncer no Brasil». *Brasil Médico*. Vol. 18, n.º 3 (1904), p. 229-232.

<sup>249</sup> Cf. HOFFMAN, F. L. – *The Mortality from Cancer throughout the World*. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915.

<sup>250</sup> Cf. as tabelas onde figura Portugal in HOFFMAN, F. L. – *The Mortality from Cancer throughout the World*. Newark/New Jersey: The Prudential Press, 1915, p. 694-698.

(IPEC), esta estatística de Hoffman fará parte integrante da justificação científica que sustenta a criação legal do dito organismo.

Os múltiplos inquéritos entretanto emanados da Organização de Higiene (OH), estrutura sanitaria pertencente à Sociedade das Nações e que desde 1923 se dedicou à prevenção e combate de doenças que recaíam no âmbito do higienismo e saúde pública, permitiram a comparação de muitos dados epidemiológicos entretanto recolhidos em vários países. A comissão do cancro, subestrutura da OH especialmente encarregue para monitorizar o problema, dedicou-se com afã à recolha e tratamento de dados, dando origem a estas estatísticas comparadas. Para além de se ressaltarem frequências distintas para os diversos tipos de cancro, algumas variações significativas na sua repartição geográfica, antropológicas, étnicas, raciais e profissionais, desenhavam-se acima de tudo os traços de uma tendência nitidamente crescente, mais e mais preocupante nos países civilizados<sup>251</sup>.

Estes trabalhos estatísticos, a par de muitos outros que entretanto despontavam, sobretudo na Europa, tornaram-se o suporte científico de uma classe médica que em Portugal tomava frequentemente contacto com uma evidência que não necessitava de ser validada por confirmações estatísticas. A prática clínica demonstrava-o sobejamente. Referindo-se aos casos de cancro encontrados na sua prática clínica como médico no interior minhoto, dizia em 1904 Thiago de Almeida: «Se aos médicos que vivem a mourejar pela clinica das cidades e das aldeias lhes fosse possível, que nem sempre o é, registar todos os casos da sua observação, com a publicação das observações e reunião dos dados que pudessem recolher, constituir-se-ia a história pormenorizada n'um ramo importante da patologia nacional»<sup>252</sup>.

Em 1907, Oliveira Lima justapunha o cancro à tuberculose, assente na força da estatística, e fazendo-o em termos que não querendo apodar de alarmistas, eram, no mínimo, altamente preocupantes:

*O problema do cancro está mais do que nunca na ordem do dia. As estatísticas accusam um augmento enorme de mortalidade pelo cancro, augmento que, real ou aparente, a todos preocupa porque o cancro e a tuberculose são, indubitavelmente, os dois mais terriveis flagellos da humanidade. (...) Em Portugal, a mortalidade pelo cancro augmenta mais rapidamente do que a população. No triennio de 1902-1904 falleceram no reino 3.878 cancerosos! Em 1902 faleceram 22, 8 cancerosos por 100.000 habitantes; em 1904 – 23,7<sup>253</sup>.*

<sup>251</sup> Cf. SOCIÉTÉ DES NATIONS – *L'Organisation d'Hygiène*. Genève: Section d'information de L'Organisation d'Hygiène, 1931, p. 28-30, *idem* – *Bulletin de L'Organisation d'Hygiène. Bibliographie des travaux techniques de L'Organisation d'Hygiène de la Société des Nations. 1920-1945. Vol. XI*. Genève: 1945, p. 40-47.

<sup>252</sup> D'ALMEIDA, Thiago – «O cancro em Vianna do Castelo». *Porto Médico*. 1.º Ano, n.º 5 (1904), p. 196.

<sup>253</sup> LIMA, José de Oliveira – *O problema do cancro: etiologia e tratamento*. Tese de doutoramento. Porto: Typ. a vapor de Arthur José de Souza & Irmão, 1907, p. V.

Cerca de duas décadas mais tarde, a semântica do discurso médico mantinha-se inalterada, apesar das possibilidades terapêuticas entretanto aferidas se mostrarem promissoras. João Marques dos Santos reiterava esta ideia no relatório elaborado em 1923 para o Ministério da Instrução Pública, continuando a enfatizar a força dos números:

*A frequência dos casos vem mostrar-nos que é preciso impulsionar essa luta e condicionar mesmo um esforço social maior, pois que o cancro não nos ameaça tão ás claras como a tuberculose e como a sífilis e porque em regra o valor social dos que estão atingidos é maior também e ainda porque a terapêutica que podemos opor é bastante compensadora*<sup>254</sup>.

Nos anos 30, a propaganda organizada pelo Instituto Português de Oncologia estruturou a informação dirigida ao público, em termos que resvalavam sempre para o carácter tenebroso da afecção, inculcando de seguida uma dimensão profiláctica muito acentuada:

*O cancro, horrível fantasma, prende o homem nas suas malhas e faz, dia a dia, maiores estragos, aumentando sempre e sem cessar o número das suas vítimas, numa proporção aterradora. A ciência declarou guerra sem treguas ao cancro. Há-de vencê-lo, como venceu a varíola, a febre amarela, a difteria e tantas outras doenças que foram terríveis flagelos da humanidade*<sup>255</sup>.

Aparentemente, existia, pois, um novo perigo à condição humana, com consequências potencialmente amplas no domínio da saúde pública, dificilmente mensuráveis, o que cria na sociedade em geral e nos poderes públicos em particular, uma necessidade de promoção da investigação científica nesta matéria.

De um modo inicialmente descoordenado, mas tendo como referência o discurso da classe médica sobre um flagelo emergente, e o do carácter eventualmente infeccioso da doença, os diferentes Estados foram conferindo à classe médica os instrumentos que esta clamava para um trabalho que se mostrava moroso, continuado, mas essencial para a saúde pública: a luta contra o cancro. Se à infecciosa tuberculose se associava o indispensável e reconhecidamente higiénico sanatório, ao cancro corresponderia uma estrutura igualmente específica e de natureza semelhante: o centro anticanceroso.

A evolução do crescente interesse clínico, científico e terapêutico sobre a doença, resultou numa série de diferentes expressões institucionais, que se afirmavam como estruturas de tratamento especializadas. Quase ao mesmo tempo e um pouco por toda a Europa, América do Norte e Japão, criam-se centros anticancerosos, surgem diversas sociedades de investigadores e centros especializados de tratamento, organizam-se reuniões internacionais de médicos especialmente debruçados sobre esta nova e emergente área da medi-

<sup>254</sup> SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 19.

<sup>255</sup> *Boletim do IPO*. Vol. 1, n.º 1 (1934), p. 16.

cina. Em paridade, fundaram-se comissões particulares de luta anticancerosa, precursoras das diferentes ligas nacionais de luta contra o cancro.

Os exemplos são múltiplos e variados, atestando de sobremaneira a força de uma tendência francamente internacional: em 1900 é criado na Alemanha o *Deutsches Komitee für Krebsforschung*, e ainda os primeiros centros de tratamento do cancro; na Grã-Bretanha é fundado em 1902 o *Imperial Cancer Research Fund*; seguem-se em 1906 a Hungria e em 1908 a Ucrânia. Em 1909 surge em Espanha o *Comité Central para el estudio del Cáncer*. Na Suécia é criada a Sociedade sueca contra o cancro e o *Radiumhemmet* em 1910, e nos Países Baixos surge em 1913 o *The Netherlands Cancer Institute*. Nos EUA, é criada em 1907 a *American Association of Cancer Research*, no seguimento dos primeiros hospitais especializados na luta contra o cancro. No Japão, é fundado em 1908 a Fundação japonesa para a pesquisa sobre o cancro.

Com vários anos de atraso face a esta corrente internacional, mas ainda dentro da janela temporal do período cronológico de entre guerras, é criado em 1923 o *Instituto Português para o Estudo do Cancro*, com sede na capital, adstrito à Universidade de Lisboa e estabelecido com os objectivos de promover a investigação, o ensino médico e ainda a assistência directa aos doentes oncológicos (quadro 2).

**Quadro 2:** Algumas das primeiras instituições de pesquisa científica do cancro no mundo

Ano de fundação	Instituição	País
1900	<i>Deutsches Komitee für Krebsforschung</i>	Alemanha
1902	<i>Imperial Cancer Research Fund</i>	Grã-Bretanha
1907	<i>American Association of Cancer Research</i>	EUA
1908	<i>Fundação japonesa para a pesquisa sobre o cancro</i>	Japão
1909	<i>Comité Central para el Estudio del Cáncer</i>	Espanha
1910	<i>Sociedade sueca contra o cancro</i>	Suécia
1913	<i>The Netherlands Cancer Institute</i>	Holanda
1920	<i>Institut du Cancer (Paris)</i>	França
1923	<i>Instituto Português para o Estudo do Cancro</i>	Portugal
1925	<i>Institut du Cancer (Lovaina)</i>	Bélgica
1927	<i>Sociedade Jugoslava para Estudo do Cancro</i>	Jugoslávia
1929	<i>Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho</i>	Brasil

Ao mesmo tempo, e sob a iniciativa da Union Internationale des Peuples Contre le Cancer, começam-se a organizar encontros médicos internacionais com alguma regularidade, em Heidelberg em 1906, em Paris em 1910, e em 1913 em Bruxelas. Participados por

muitos médicos europeus, incluindo alguns portugueses, os trabalhos apresentados e as mais recentes ideias sobre a doença tiveram impacto nas esferas do saber médico de então.

Levantavam-se várias vozes, sobretudo da elite ligada à investigação, pedindo que se tomassem medidas no sentido de controlar a progressão desta nova calamidade social. A imprensa médica acompanhou esta tendência, ao publicar os resultados de estudos estatísticos realizados no território nacional a partir de 1904, bem como alguns artigos especificamente voltados para a temática da evolução da patologia oncológica entre nós. Na sessão de 7 de Fevereiro de 1914 da *Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, Ricardo Jorge também se ocupou do aumento da mortalidade urbana pelo cancro, trazendo de novo o tema para o púlpito da maior tribuna científica do país.

Mas não só o periodismo médico seguiu esta tendência. Também a imprensa generalista procedeu à publicação de artigos e entrevistas com vários médicos, sobretudo aqueles a quem se reconhecia uma particular autoridade na matéria, caso de João Marques dos Santos e Francisco Gentil. Numa dessas entrevistas publicadas pelo *Diário de Notícias* em 1921, Marques dos Santos revelava publicamente o atraso em matéria de luta anticancerosa, traçando um quadro deveras preocupante, ressaltando a inexistência de uma assistência organizada, a dispersão dos doentes por enfermarias gerais, a ausência de acção profilática, a inexistência de uma consulta externa organizada, e ainda a descoordenação dos processos ainda rudimentares de terapêutica<sup>256</sup>.

Um dos *slogans* que começaram a circular, e que teve grande impacto, foi o da importância do diagnóstico precoce, assunto que por longos anos enformou toda a política sanitária anticancerosa mundial, e que reteve a sua pertinência e actualidade desde o início. Na ausência de meios curativos capazes de debelar eficazmente a doença em fases avançadas, foi o único princípio unificador da profilaxia. Como referiu Henrique Bastos em 1933, «É triste reconhecer que depois de tantas actividades e milhões gastos nestes últimos anos no estudo e luta contra o cancro, só tenhamos, por assim dizer até agora, esse bom ensinamento colhido e lançado ou aceite como dogma pelos Institutos Especializados – um grito de alarme para ser ouvido por médicos e não médicos –; Diagnóstico precoce, cura possível»<sup>257</sup>.

Este conceito substituiu-se à antiga noção de incurabilidade do cancro, mal desconhecido, implacável e mortal, tornando-se progressivamente mais abordável e tratável com recurso a tecnologias que incrementavam as possibilidades de êxito curativo.

Se a intensidade das campanhas anticancerosa dirigida às massas se tornou particularmente visível na década de 30, há que notar que a permeabilidade dos políticos com res-

<sup>256</sup> Cf. *O papel da imprensa portuguesa na luta contra o cancro*, entrevista a João Marques dos Santos no *Diário da Notícias*, reproduzido em SANTOS, João Marques dos – *A Luta Anti-Cancerosa em Portugal*. (Conferência realizada em 26 de Fevereiro de 1925, na Associação dos Médicos do centro de Portugal). Coimbra: Imprensa da Universidade, 1925, p. 37-45.

<sup>257</sup> BASTOS, Henrique – «O cancro da próstata». *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série) Ano LI, n.º 13 (26 de Março de 1933), p. 83-84.

ponsabilidades na saúde pública foi anterior. Em meados dos anos 20, o discurso médico sobre o cancro tinha já penetrado nas preocupações dos países ditos civilizados, de tal modo que mesmo em Portugal os responsáveis políticos citavam os estudos coevos, referindo que «(...) se pode considerar o cancro uma séria ameaça para a saúde e a existência de todas as raças»<sup>258</sup>. Entre esses estudos estava também um da autoria de Ricardo Jorge, que apesar de não se ter dedicado particularmente ao estudo da doença, abordou-a epidemiologicamente, ao trabalhar estatisticamente a mortalidade por cancro entre os principais núcleos urbanos portugueses, estabelecendo um paralelismo entre os dados de Lisboa e Porto<sup>259</sup>. Neste sentido, o higienismo também perfilhava a luta contra o cancro no seio das suas premissas preventivas, que no seu âmbito, eram aplicáveis a praticamente todos os tipos de enfermidades conhecidas.

E é no seguimento deste discurso sanitário, mundialmente inequívoco na caracterização da doença oncológica como ameaça à saúde pública, que tem início a época das políticas concertadas de luta contra o cancro. Daí o surgimento das políticas de saúde pública anticancerosas, cujo objectivo é o de ajudar ao desenvolvimento de centros de tratamento especializados.

Não podemos deixar ainda de referir, que é após a Primeira Grande Guerra que se assiste a um renascer da importância do sector da saúde pública, altura em que as informações de natureza socioeconómica retomam lugar de destaque enquanto factores de risco para o *status quo* sanitário das populações. Nesse sentido, o ambiente do pós-guerra mostrou-se política e internacionalmente mais conciliador, feito já num contexto da Sociedade das Nações e da sua Organização de Higiene. Passava-se do tempo das doenças infecciosas para o tempo das doenças da civilização.

Com efeito, a temática da saúde tornou-se um tema central na Europa no período entre guerras: o trauma do conflito armado, a turbulência política e a crise económica exigiram cada vez mais das possibilidades da saúde pública. Os governos empenharam-se na política social num grau sem precedentes, estabelecendo novas estruturas e instituições sanitárias. As novas doutrinas científicas serviram para espalhar novas ideias, e no seu epicentro a saúde pública emanava vectores de actuação, entre os quais a luta contra o cancro.

A denominada «luta social» passava por três níveis de actuação, envolvendo os poderes públicos mas cada vez mais a iniciativa de cada um. Se no primeiro a profilaxia podia ser utilizada em alguns casos, como eram os cancros devidos a ocupações profissionais de risco ou hábitos como o uso do tabaco, a segunda era mais importante, passando pelo

<sup>258</sup> Frederick L. Hoffman, citado no Decreto n.º 9.333 do *Diário do Governo*. N.º 278, I.ª Série, de 29 de Dezembro de 1923.

<sup>259</sup> Cf. JORGE, Ricardo – «La Mortalité par le cancer à Lisbonne et à Porto. Parallèle interurbain». *Bulletin de l'Office d'Hygiène*. (1923). Este é o único trabalho sobre a temática do cancro que nos foi possível coligir da extensa bibliografia de Ricardo Jorge. Das 209 referências apontadas por Eduardo Coelho, um dos biógrafos de Ricardo Jorge, apenas uma delas corresponde à temática exclusiva do cancro. Cf. a bibliografia de Ricardo Jorge em COELHO, Eduardo – *O Professor Ricardo Jorge. Breve ensaio crítico*. Paris, Lisboa: Liv. Aillaud & Bertrand, 1929.

crivo mais fino do diagnóstico precoce e tratamento oportuno. O terceiro nível colocava-se na investigação científica, incluindo a etiopatogenia e tratamento das diferentes afecções cancerosas.

Se bem que o reconhecimento da dimensão social do cancro implicasse a existência de práticas de registo estatístico desenvolvidos ao longo do século XIX, a relação entre a produção de dados sobre a mortalidade por cancro e a emergência de preocupações sociais não foi automática. Outros factores se conjugam, desde logo o interesse dos médicos pela doença, o seu estudo, e a introdução de novos métodos de tratamento. A ideia de organizar a luta social contra o «perigo canceroso» começou a tomar forma nas diferentes sociedades de especialistas, onde se opera uma relação simbiótica entre a dimensão social e os campos científicos e terapêuticos que lhe estão na origem.

Solicitava-se uma propaganda social intensa, semelhante à realizada contra a tuberculose ou doença venérea, baseada no diagnóstico precoce, matéria que deveria ter lugar próprio de aprendizagem nos cursos de medicina. A criação de hospitais especializados, o estímulo monetário aos investigadores, o combate ao curandeirismo e a protecção dos mais vulneráveis ao cancro profissional através de seguros, todas estas recomendações faziam parte de um discurso médico que em alguns casos se cruzava com o discurso eugénico de apuramento racial.

Na década de 30, altura em que estas questões estavam no seu auge, vários foram os médicos que subscreveram estas premissas defensivas da raça face ao cancro. Nas conclusões que apresentou sobre a luta contra o cancro num congresso realizado em 1935, Victor Conill Montobio, da Faculdade de Medicina de Barcelona, apontava este aspecto como o mais significativo: «Uma cruzada a favor da vida austera, ponto este que é o mais importante para a profilaxia do cancro e para a criação de uma raça vigorosa»<sup>260</sup>. Ainda no programa do II.º Congresso Internacional de Luta Científica e Social Contra o Cancro, realizado em Bruxelas no ano de 1936, uma das subsecções existentes no item relativo à luta social contra o cancro intitulava-se «Cancro e raças», alusão directa à Eugenia, tema muito em voga nessa altura<sup>261</sup>.

O determinismo do discurso médico nas políticas anticancerosas é incontornável, e os exemplos são múltiplos e variados. As solicitações são feitas ao mais alto nível, principalmente em contexto de divulgação científica, fosse ela pela mão do periodismo estritamente médico, fosse pelo recurso a plateias de médicos como eram os congressos ou reuniões científicas. Nestas tribunas privilegiadas, onde a temática cancerosa se destacava pela quantidade crescente de comunicações, insistia-se no interesse que haveria em coordenar

<sup>260</sup> Vejam-se as conclusões do médico catalão in *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série) Ano LIII, n.º 22 (2 de Junho de 1935), p. 176.

<sup>261</sup> Cf. o programa deste congresso em «Congressos». *A Medicina Contemporânea*. (III.ª Série) Ano LIV, n.º 17 (26 de Abril de 1936), p. 135-136.

todos os esforços mundiais na luta contra a doença, lembrando a utilidade de um comité internacional<sup>262</sup>.

Apesar do destaque dado ao carácter universal e específico da doença como determinante no despertar dos poderes públicos<sup>263</sup>, foram as teorias parasitárias e os estudos estatísticos/demográficos que primeiramente catapultaram a doença para a ribalta das preocupações médicas e posteriormente para o poder político. Os governos de um número crescente de países entram em cena e em 1925 a Sociedade das Nações implica-se directamente na criação de uma Comissão do Cancro, com a ambição de coordenar os diferentes esforços entretanto desenvolvidos. As diversas ligas contra o cancro entretanto fundadas e dispersas um pouco por todo o mundo, decidem agrupar-se numa união internacional que em 1934 vê por fim a luz do dia: a União Internacional Contra o Cancro, reunindo as associações pertencentes a 34 países.

Assiste-se ao desenhar de dois patamares de intervenção, um assente no plano científico e outro no plano social. Se ao primeiro correspondia a investigação das causas e da génese do próprio cancro (feito em laboratórios e através da experimentação animal), ao segundo correspondia a organização da prevenção e aperfeiçoamento do diagnóstico precoce. Ainda no tocante à luta social, exigia-se ainda o estabelecimento de centros especializados para a hospitalização dos cancerosos, ou na pior das hipóteses, de secções hospitalares vocacionadas para o efeito.

Ao longo dos primeiros 30 anos do século XX foram várias os estabelecimentos criados e desenvolvidos de raiz para tratar o cancro, dando-se início à luta anticancerosa um pouco por todo o mundo. Neste contexto, é possível detectar algumas especificidades nacionais, como por exemplo o papel de organismos públicos em França e na Grã-Bretanha, o das fundações e associações nos EUA<sup>264</sup>, ou até mesmo o caso português, onde se assistiu à criação de organismos públicos e privados, dedicados a planos de acção diferente (científico ou filantrópico) mas convergentes nos objectivos estratégicos que os norteavam.

Se exceptuarmos o caso britânico, até finais do século XIX os serviços hospitalares reservados aos cancerosos eram inexistentes, mas começam a multiplicar-se a partir de

<sup>262</sup> A título de exemplo, veja-se a referência aos apelos de Vincenz Czerny no Congresso da Sociedade internacional de cirurgia que teve lugar na cidade de Bruxelas em Setembro de 1908. Cf. «Congresso de cirurgia». *Porto Médico*. 5.º Ano, n.º 9 (Setembro de 1908), p. 294-295.

<sup>263</sup> Hélder Raposo salientou que não foram tanto os critérios demográficos que estiveram na base da atenção particular atribuída pelos poderes públicos à doença oncológica (em competição directa com a tuberculose) mas antes o seu carácter específico e socialmente transversal, que a distinguia das restantes doenças, através de significativas alterações corporais que podia produzir em fases adiantadas e irreversíveis. Cf. RAPOSO, Hélder – «A luta contra o cancro em Portugal. Análise do processo de institucionalização do Instituto Português de Oncologia». *Fórum Sociológico*. N.º 11/12 (2004), p. 193.

<sup>264</sup> Os casos francês, britânico e norte-americano encontram-se estudados, respectivamente em: PINELL, P. – *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France (1890-1940)*. Paris: Éditions Métailié, 1992; AUSTOKER, Joan – *A History of the Imperial Cancer research Fund, 1902-1986*. Oxford: OUP, 1988; e ROSS, Walter S. – *Crusade: The Official History of the American Cancer Society*. New York: Arbor House, 1987.

1890, sobretudo para dar resposta à necessidade de organizar o esforço e a colaboração de radioterapeutas e cirurgiões. Em 1914 podiam-se já encontrar centros anticancerosos nos EUA (Nova Iorque, Filadélfia e Saint Louis), no Reino Unido (cinco em Inglaterra, um na Escócia e um na Irlanda), na Alemanha (Berlim, Heidelberg, Hanôver, Munique e Ludwigsburg), Rússia (Moscou), na Suécia e na Holanda.

Em certa medida, a luta científica e social contra o cancro desenhava-se à imagem daquela entretanto feita contra a tuberculose, isto é, com investimentos dirigidos à investigação específica da patologia e a criação de hospitais ou departamentos hospitalares particularmente vocacionados para o seu tratamento. Em Portugal, esta metodologia era bem conhecida, sendo aplicada na rede de sanatórios entretanto erguida e dispersa um pouco por todo o país. Contudo, e ao contrário da *peste branca*, cuja curabilidade estava estabelecida e era bem conhecida, encarava-se agora uma sonora realidade que fazia divergir a abordagem ante as duas doenças: ao invés da tuberculose, partia-se para o combate ao cancro sem o claro vislumbre de uma cura a curto ou médio prazo, e a braços com uma massa enorme de doentes incuráveis, para os quais as respostas médico-científicas eram quase nulas e mesmo assim tardavam em chegar. Mais ainda, se a tuberculose continuava a ser apanágio das classes baixas, a ameaça do cancro era transversal.

Em contraste directo com as doenças infecciosas, total ou parcialmente controláveis pelo recurso a medidas profiláticas, o cancro não cedia senão à cirurgia, quantas vezes radicalmente mutilante e na maioria dos casos ineficaz, ou então à radioterapia, terapêutica sobejamente encarada como altamente promissora, mas ainda de uso recente e dispendioso. Mas apesar disso, eram as armas mais eficazes e as únicas que se perfilavam no arsenal de possibilidades curativas então proposto, e que não deixavam de se aperfeiçoar continuamente.

A metodologia do higienismo vigente não parecia ter os mesmos efeitos imediatos sobre o cancro. Se as doenças infecto-contagiosas tinham como agente um microrganismo específico, bem caracterizado, muitas vezes isolado em ambiente laboratorial e capaz de propagar a doença, a experimentação, em complemento com a clínica, conseguiram destronar de modo aparentemente definitivo a ideia de contagiosidade longamente associada ao cancro.

Neste sentido, a luta contra esta doença criava uma situação sem equivalente histórico. Pela primeira vez, várias formações sociais elegiam como novo flagelo uma patologia que escapava largamente aos meios de acção «clássicos» de higiene social. Georg Wolff mostrava como o cancro era, de facto, um paradoxo da civilização sanitária: morria-se mais de cancro porque se vivia mais, ou seja, morria-se menos de outras doenças. Assim, atribuindo-se à higiene o aumento da esperança média de vida nos países ocidentais, existiriam mais pessoas idosas, e como tal, mais cancros e... mais mortes. Por sua vez, os agentes potencialmente cancerígenos eram também encarados como o resultado dos desmandos das sociedades modernas:

*A civilização, com as doenças e os vícios que a acompanham, cria as condições necessárias ao desencadeamento do cancro, e o tabaco – esse vício brando e inútil – traz, no cigarro ou no cachimbo, um dos importantes elementos de cancerização<sup>265</sup>.*

Urgia, pois, levantar os esforços de toda a sociedade em torno desta ameaça. Mas também se aguardava a todo o momento uma cura efectiva, sentimento materializado em palavras de esperança que surgiam repetidamente da boca dos higienistas um pouco por todo o mundo: «Há uma grande esperança por aí, aqui por perto... Que venha! Mas, se tardar, não cruzemos os braços. A tuberculose não foi reduzida por medicações específicas, mas pelas preocupações geraes de higiene... O cancer também será assim»<sup>266</sup>.

Mau grado esta esperança, o cancro parecia continuar a aumentar em todo o mundo, de acordo com os dados continuamente revistos e actualizados, disponibilizados anualmente pela estatística epidemiológica. O inimigo multiforme evocado na imagem estelar do caranguejo estava destinado a substituir no século XX a tuberculose, tanto nos tormentos quanto nas preocupações de saúde da humanidade.

Angústia, fobia, obsessão em alguns casos, são os novos/velhos sentimentos que renascem face ao cancro, engendrados por uma vasta campanha de propaganda profilática que em Portugal não mais parou de se intensificar, de 1923 até hoje. Esta campanha propagandística relativamente contínua, que se abordará num dos capítulos seguintes, desenvolveu-se no confluir de duas vertentes; por um lado, da influência crescente das preocupações sanitárias manifestadas por uma especialidade médica em fase de formação e afirmação, por outro, das preocupações de estratos sociais mais informados e abastados, muito permeáveis ao discurso médico e científico e dispostos a contribuir para a luta contra a doença num enquadramento filantrópico. Os seus elementos motrizes são a atenção extrema dos médicos às estatísticas, por um lado, e a percepção daquilo que podemos designar como uma doença-fantasma; ou seja, um fenómeno mórbido que ameaça genericamente a sociedade, mas que é mais pungente a título individual, sem que para isso esteja associada a qualquer factor predisponente de natureza socioeconómica ou moral.

De facto, na véspera da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, no seio dos países «civilizados», o cancro era reconhecido – ou estava prestes a sê-lo – como a doença mais preocupante do ponto de vista social, ao mesmo tempo que a prolongada obsessão das sociedades com patologias até então dominantes, como sejam o caso da tuberculose ou da sífilis, regredia de modo assinalável; mais ainda quando a era dourada dos antibióticos no pós-guerra marca de forma radical o combate às doenças infecto-contagiosas.

<sup>265</sup> GENTIL, Francisco – «O cancro e o tabaco» *A Saude*. N.º 27 (Fevereiro de 1932), p. 1-3.

<sup>266</sup> Palavras de Afrânio Peixoto em 1935, eminente higienista brasileiro. Cf. o artigo PEIXOTO, Afrânio – «Luta contra o cancro». *Archivos Brasileiros de Medicina* (Fevereiro de 1935) in *A Medicina Contemporânea*. (III.<sup>a</sup> Série) Ano LIII, n.º 25 (23 de Junho de 1935), p. 201.

A dinâmica criada entre vários elementos da sociedade pela exposição desta a um discurso médico muito intenso e prolongado, permitiu reunir e fazer convergir uma série de interesses díspares, concentrando-os num esforço comum. Dos higienistas aos reformistas da prática médico-científica, dos políticos aos cidadãos comuns, criou-se um movimento que congregou grupos sociais diferentes e com possibilidades de intervenção distintas, mas cada um deles com um papel próprio no desenrolar da luta contra o cancro.

