



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 25 • Junho 2013

ISSN 1646-6918

Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

A Cirurgia Geral e os Cirurgiões do Hospital de São José, em Lisboa no início do Século XX

The general surgery and the surgeons of the Hospital de São José at Lisbon in the beginning of XX century

Luiz Damas Mora

Ex-Director do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital do Desterro (HCL)
 Presidente da Comissão do Património Cultural do Centro Hospitalar de Lisboa Central
 Presidente do Capítulo de História da Cirurgia Portuguesa da Sociedade Portuguesa de Cirurgia

INTRODUÇÃO

O “Hospital de S. José e Anexos” e, mais tarde (1913), os Hospitais Cívicos de Lisboa, foram os grandes herdeiros da tradição cirúrgica da capital, que remontava aos tempos do Hospital de Todos-os-Santos, fundado por D. João II nos finais do Século XV. Embora com algum atraso em relação aos grandes centros cirúrgicos europeus, a cirurgia portuguesa foi acompanhando *pari passu* o que se fazia no estrangeiro.

No início do século XX estavam estabelecidas a anestesia, a anti-sépsia e a assépsia, o que permitiu aos cirurgiões a abordagem das grandes cavidades: – o abdómen, o tórax e o crânio, – mas, numa época em que ainda se estava longe do advento dos antibióticos, a morbidade e a mortalidade eram muito altas. Por outro lado as técnicas de reanimação ou de simples equilíbrio fisiológico e metabólico (soros, sangue, etc.) eram praticamente desconhecidas e o choque post-operatório nas grandes intervenções tornava-as temidas pelos cirurgiões e pelos doentes.

Na primeira década do século há um cirurgião que, com mão de ferro e a consequente eficácia, dirige o grupo hospitalar “S. José e Anexos”: o Prof. Curry Cabral (fig.1). Nomeado Enfermeiro-Mor em 1900,



Figura 1 – José Curry Câmara Cabral

é deposto com o 5 de Outubro de 1910. Para trás deixara um novo e importante *Regulamento Geral da Administração* e uma notável obra de reforma hospitalar. Note-se que, apesar do trabalho e da responsabilidade inerentes à administração do Hospital de S. José e Anexos, Curry Cabral continuou sempre a operar durante esse período, pelo menos, até 1914.

Uma das suas primeiras preocupações foi a criação de uma Repartição de Estatística Médica, que produziu trabalho cujos resultados, no que diz respeito às



intervenções cirúrgicas, foram pormenorizadamente registados entre meados de 1902 e meados de 1915.

Os quadros eram publicados quinzenalmente, e para cada acto cirúrgico eram considerados os seguintes dados: número do boletim clínico, moléstia, método e processo operatório, anestesia, sexo, idade (5 grupos etários), resultado (cura, melhora, mesmo estado, peora ou morte), as datas da operação e da saída (por alta ou morte) e o nome do operador.

A base do trabalho que agora apresentamos é precisamente esse enorme ficheiro estatístico, registado no “Boletim do Hospital de S. José e Anexos – Clínica, Estatística e Administração”, cujo primeiro número foi publicado em 1903, com dados referentes a 1902. Este primeiro número, de que nos foi oferecida uma fotocópia pelo nosso colega e amigo Jorge Penedo, levou-nos a procurar os restantes na Biblioteca do Hospital de S. José, um espaço mítico e um arquivo histórico riquíssimo (actualmente sob a direcção da Dra. Ana Quininha), onde recolhemos os dados entre Janeiro de 1903 e Dezembro de 1914 (os números de 1902 e 1915 estão incompletos).

O primeiro director do “Boletim” foi o Prof. José António Serrano (1851-1904), o grande anatomista, autor de uma densa “Osteologia” e, também ele, ci-

rurgião, tendo sido em Portugal o primeiro a executar uma histerectomia abdominal.

Seguiram-se-lhe, até 1914, Eduardo Motta, A. Schultz, Manuel Bordallo Pinheiro e Moraes Sarmiento.

OS CIRURGIÕES

No período abarcado pelo nosso trabalho, quem são os principais cirurgiões e que cirurgia praticam?

Antes de mais, vejamos como estava estruturada então a carreira hospitalar de Cirurgia Geral.

Os alunos do 4º ano da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa estavam autorizados a frequentar os serviços hospitalares. Eram os “externos”. De entre os do 5º ano, os “internos”, (assim designados, embora nunca tivesse havido um verdadeiro regime de internato), eram escolhidos os melhores para o primeiro lugar da carreira, o de cirurgião substituto do Banco. Esta fase inicial era muito rápida e ao fim de um ou dois anos já executavam a cirurgia corrente.

Quando havia vaga no quadro dos cirurgiões do Banco era aberto um concurso de provas práticas e assim se atingia este lugar, havendo uma escala de antiguidade que determinava a progressão na carreira.

Numero de ordem	Nomeações para o Banco ou Junta	Nomes
Cirurgiões do Banco		
1	4-3-97	João Nepomuceno Rodrigues Pinheiro (a)
2	10-1-901	Francisco Soares Branco Gentil
3	»	José Maria da Graça Soares e Sousa Junior.
4	»	Alfredo da França Doria (b)
5	»	Antonio Carlos Cart Ferraz de Macedo
6	»	Manoel Fernandes da Cruz.
7	»	Raul Ribeiro Abranches
8	»	Manoel Penteado (c)
9	»	Henrique Weiss de Oliveira
10	»	Henrique de Mello Archer e Silva
11	10-10-901	Guilherme de Oliveira Arriaga.
12	13-8-902	Carlos Barral Filipe (d)

Figura 3 – Lista de Cirurgiões de Banco



Os cirurgiões do Banco, por nomeação régia, passavam a Assistentes de Enfermaria, equivalente aos actuais Chefes de Serviço e, finalmente, também por nomeação régia, atingia-se o lugar de Director de Enfermaria, correspondente ao que até há pouco tempo se denominou Director de Serviço e, actualmente, é conhecido por Responsável (oficialmente com maiúscula?) pelo Serviço...

Lembremos que estamos na época em que a cirurgia era definida pela frase latina *cito, tuto et jucunde*, isto é, tratava-se de cirurgiões rápidos, que tudo operavam e faziam-no sem hesitações.

A figura do cirurgião era altamente prestigiada na sociedade e os concursos da carreira hospitalar eram notícia na imprensa de então como se pode comprovar por um suplemento de “O Século” de 10.2.1910 cuja primeira página traz o retrato do Dr. Fernando Pinto Coelho, classificado em primeiro lugar, e as páginas interiores as dos cirurgiões que, após concurso, tinham ocupado vaga:

João Paes de Vasconcellos, Weiss d’Oliveira, Martinho Rosado, Guilherme Arriaga, Alberto de Mendonça, Reynaldo dos Santos, Hermano de Medeiros, Futscher de Magalhães, Marçal da Silva, Silva Araújo, Artur Ricardo Jorge e Senna Pereira.

A imprensa lisboeta manteve esta prática de dar notícia, com direito a retrato, dos cirurgiões que ocupavam vaga, até ao início dos anos 70 do século XX.

As gerações dos cirurgiões – como as dos seres humanos – sucedem-se umas às outras, mas não têm fronteiras definidas, havendo no tempo períodos de sobreposição. É assim, que, quando já operavam Custódio Cabeça, Augusto Monjardino, João Paes de Vasconcellos e outros, vemos ainda em actividade, por exemplo, Gregório Fernandes e Alfredo da Costa, até 1904, Sabino Coelho, até 1905 e Oliveira Feijão até 1912.

Celestino da Costa designa por “Geração da transição do século” o grupo a seguir apresentado:

- Magalhães Coutinho (1815-1895)
- Alves Branco (1822-1885)
- Manuel Bento de Sousa (1835-1899)
- Curry Cabral (1844-1920)*



Figura 4 – A primeira página do Suplemento “O Século”

- Gregório Fernandes (1849-1906)*
 - Manuel Bordallo Pinheiro (1850-1925)*
 - Oliveira Feijão (1850-1918)*
 - Abílio Mascarenhas (1851-1898)
 - José António Serrano (1851-1904)
 - Sabino Coelho (1857-1938)*
 - Alfredo da Costa (1859-1910)*
- (* Ainda com actividade cirúrgica no período estudado)

A geração seguinte – “Geração da primeira metade do século”, segundo Celestino da Costa – tem como principais representantes:

- Custódio Cabeça (1866-1936)
- Manuel António Moreira Júnior (1866-1953)
- Augusto de Vasconcellos (1867-1921)





Figura 5 – Os Novos Cirurgiões do Banco em 1910 (Ao centro o Dr. Silva Araújo a operar um doente com varizes dos membros inferiores)

- José Gentil (1870-1941)
- Jaime Salazar de Sousa (1871-1940)
- Augusto Monjardino (1871-1941)
- Artur Ravara (1873-1937) – Urologista
- Henrique Bastos (1874-1937) – Urologista
- João Paes de Vasconcellos (1877-1958)
- Francisco Gentil (1878-1964)
- Reynaldo dos Santos (1880-1970)
- Alberto Mac-Bride (1886-1958)



Figura 6 – Cirurgiões da transição do Séc. XIX para o Séc. XX



aos quais nos parece de elementar justiça, uma vez que estamos a falar de cirurgiões do Hospital de São José, acrescentar:

- J. M. Damas Móra (1873-1942)
- Balbino Rêgo (1875-1937)
- Feye e Castro (1877-1937)
- Joaquim Silva Araújo
- Francisco Stromp
- Azevedo Gomes
- Torres Pereira
- Craveiro Lopes¹

Nenhum destes últimos seguiu a carreira académica, é certo, mas dedicaram a sua vida profissional ao Hospital de São José e Anexos e aos Hospitais Cíveis de Lisboa, incarnando o verdadeiro “espírito dos HCL”, e atingiram todos o lugar de Director de Serviço (“Enfermaria”). Feye e Castro é um caso singular, pois sendo um cirurgião altamente diferenciado (a segunda colecistectomia registada no período em estudo é por si executada, em 1905, muito antes da maioria dos consagrados) é nomeado, em 1904, Director do Gabinete de Radiologia, sendo mais tarde convidado por Francisco Gentil para o Hospital Escolar de Santa Marta onde foi organizar e dirigir o mesmo serviço, tendo morrido vítima das radiações.

Damas Móra, que se dedicou muito particularmente à Ginecologia e à Senologia (não considerada, então, como disciplina autónoma), nos últimos 8 anos da sua vida (1934-1942) acumulou o lugar de Director da Enfermaria de Santa Joana com o de Director do Banco, lugar de prestígio em que foi antecedido por José Gentil e sucedido por Armando Luzes.

¹ Procurámos obter os retratos dos cirurgiões tal como seriam no período em estudo, o que nem sempre foi possível. Também a qualidade se ressentiu da dificuldade da pesquisa, mas privilegiámos o valor documental. A maioria dos retratos foi extraída do suplemento de “O Século” a que fazemos referência.

ALGUNS FACTOS DISPERSOS

Podemos considerar que havia uma cirurgia específica da época em estudo, quer pelo tipo de patologia então frequente (osteomielites, tuberculose óssea ou articular, fibromiomas ou tumores do ovário de grandes dimensões, etc.), quer pelos conceitos fisiopatológicos correntes (por exemplo, tratamento das nefrites crónicas por capsulectomia renal ou das úlceras gástricas por gastro-enterostomia).

A cirurgia ginecológica precedeu a restante cirurgia abdominal, e quase todos os cirurgiões desta época são, simultaneamente, ginecologistas.

Mas se, em 1903, 66% das laparotomias são para acesso a intervenções ginecológicas, esta percentagem baixa para 55% em 1914, porque se alargou o espectro a outros campos da cirurgia.

A tuberculose é causa de muitas “doenças cirúrgicas”: osteítes, artrites, peritonites, etc., embora tenha havido uma baixa de intervenções cirúrgicas por patologia tuberculosa de 7% em 1903 para 4% em 1914, por razões que se nos escapam.

Outro conceito que hoje nos parece enigmático é o das ptoses orgânicas. Atravessámos toda a nossa vida cirúrgica sem ter visto operar uma só ptose de órgão. Mas, no período considerado, e muito para além dele, há fixações de rim, de baço (!) e até de fígado em casos de cirrose hepática.

Outra entidade que desapareceu (se é que alguma vez teve existência real!) foi a apendicite crónica, que, nos anos 60 ainda “existia”. Foi um dos básicos conceitos que nos transmitiu o nosso primeiro director, Dr. Jorge Silva Araújo (filho de Joaquim Silva Araújo, que é quem figura nos nossos quadros estatísticos): – “Não há apendicites crónicas!”.

Tudo isto é curioso, mas não é risível, pois que os homens que executavam estas operações eram profundamente inteligentes, cultos e informados. Os paradigmas da ciência é que mudam.

Antes de apresentarmos a casuística dos anos 1903 a 1914, que é o verdadeiro núcleo deste trabalho, alguns apontamentos sobre os dias de internamento.





Figura 7 – Cirurgiões do início do Séc. XX



Tabela 1 – Exemplos de demoras médias

Appendicite chronica	Appendicectomia (p. Mc Burney)	13.07 a 27.7.05 (14 dias)	Francisco Gentil
Hérnia inguinal esquerda	Cura radical (p. de Bassini)	26.07 a 6.8.05 (11 dias)	Custódio Cabeça
Hydrocele esquerdo	Reviramento da vaginal	1.8 a 15.8.05 (15 dias)	João Pinheiro
Ponta de hérnia inguinal direita	Cura radical (Bassini)	18.12.13 a 8.1.14 (20 dias)	Ricardo Jorge

Aqui, mais do que nós, são os gestores actuais que vão ficar chocados... Os doentes com a mais simples patologia ficavam internados 10 ou mais dias, e em muitos casos o internamento prolongava-se por semanas, meses ou, mesmo, anos...

NO BLOCO OPERATÓRIO

Por muita importância que tenham os cargos que um cirurgião desempenha, os seus pares avaliam-no principalmente pelo trabalho que realiza das portas do Bloco Operatório para dentro.

Nesta grande “fábrica” que é um hospital, as personalidades marcantes com obra médica ou de outra índole – Francisco Gentil, criador dos IPO, Augusto Monjardino, o “pai” da Maternidade Alfredo da Costa, Augusto Vasconcellos, ministro e representante de Portugal na Sociedade das Nações, Alberto Mac-Bride, historiador da Medicina e colecionador de Arte, Reynaldo dos Santos, investigador e historiador de Arte, ainda hoje respeitado no meio, e outros – foram apenas grandes líderes, condutores de homens, ou foram, também, “operários”, digamos, especializados?

Pois bem, como veremos, todos eles foram eminentes cirurgiões e praticaram, entre nós, a mais diferenciada cirurgia da época. Por exemplo Salazar de Sousa, de que temos memória como cirurgião pediatra, foi quem, em 1902, fez a primeira amputação abdomino-perineal do recto. Francisco Gentil, em 1909, tratou, pela primeira vez com êxito, uma ferida do coração, José Gentil fez, em 1902, uma gastrectomia total, etc.

Deixem-nos destacar Custódio Cabeça, mestre de muitos cirurgiões, que se notabilizou pela cirurgia “pesada” que praticava e pela grande capacidade de trabalho. Num “ranking” (passe o termo!) que ensaiámos, e de que desistimos porque, ao contrário do que muitos hoje pensam, quantidade em cirurgia não é o mesmo que qualidade, Custódio Cabeça, em 1903, com 37 anos, estava à frente de todos os cirurgiões com 218 intervenções, e, em 1914, aos 51 anos, mantinha a mesma posição, com 191 intervenções. Entre outros campos em que adquirira vasta experiência, operou 84 doentes por quistos hidáticos do fígado.

Numa recolha de dados tão extensa, com tantas variáveis, escolher um tema é um problema de imaginação (Aspectos cirúrgicos da tuberculose, Feridas por bala e sua relação com os períodos revolucionários, Casuística de Abdómen Agudo, etc.), em todo o caso subordinada ao interesse profissional, histórico ou social que o assunto possa ter.

Um pouco arbitrariamente vamos analisar:

- A anestesia
- As hérnias inguinais
- As gastrectomias
- O cancro do recto
- Mortalidade

A ANESTESIA

No dealbar do século XX a anestesia tinha pouco mais de 50 anos: em 1844 Horace Wells tinha descoberto o efeito anestésico do protóxido de azoto. Dois



anos mais tarde, William Morton aplicava com êxito o éter e, em 1847, o obstetra escocês Young Simpson anestesiava pela primeira vez com clorofórmio. Entre nós foram pioneiros, Bernardino António Gomes (filho) com o clorofórmio, em 1848, e, pela mesma época, o grande cirurgião do Hospital de São José, António Maria Barbosa, que, ainda estudante de Medicina, se auto-anestesiou com éter.

Durante mais de um século estas duas substâncias foram os anestésicos mais utilizados, mas, entre 1903 e 1914, a sua frequência relativa foi-se alterando como é bem evidente.

A razão desta alteração é a maior toxicidade (em especial hepatotoxicidade) e frequência de acidentes cardíacos do clorofórmio relativamente ao éter, para além de, com este, se obter uma melhor relaxação muscular.

Jaime Salazar de Sousa foi adepto do éter desde os primeiros tempos. Outros, neste campo mais conservadores, como Custódio Cabeça, mantiveram a sua preferência pelo clorofórmio, pelo menos no período em análise. Este anestésico era tão preponderante que os anestesistas (em geral cirurgiões) eram também conhecidos por “chlorofomisadores-ajudantes”.

O éter inicialmente era utilizado com máscara aberta pela técnica de gota-a-gota (do que resultava, por vezes, o próprio anestesista adormecer...), mas,



Figura 8 – Uso do clorofórmio e éter em 1903 e 1914

mais tarde, Francisco Gentil introduz o aparelho de Ombrédanne neste tipo de anestesia.

Alberto Mac Bride foi o maior impulsionador da raqui-anestesia, também denominada raqui-novocainização ou raqui-estovainização.

No que diz respeito à anestesia local, em 1914 já atingia uma percentagem considerável (8,6%) e, por exemplo, as hérnias eram na sua maioria operadas com esta técnica. Usava-se a novocaína ou a estovaína, com ou sem associação à adrenalina.

Damos alguns exemplos.

Como podemos verificar o internamento não se tornava mais curto pelo facto de se utilizar a anestesia local.

Tabela 2 – Uso de anestesia local em cirurgia geral

Hemorroidas	Laqueação na base	Anestesia local com novocaína e adrenalina	13 dias de internamento	Senna Pereira
Epiplocolo crural direito estrangulado. Lipoma pré-herniário	Kelotomia e cura radical; extirpação do lipoma	Anestesia local com novocaína	24 dias de internamento	Artur Ricardo Jorge
Bócio simples	Tiroidectomia parcial (P. de Kocher) ⁹	Anestesia local com novocaína a 0,5%	16 dias de internamento	Francisco Gentil
Sarcoma do maxilar superior direito	Ressecção do maxilar superior direito	Anestesia local com novocaína e adrenalina	33 dias de internamento	Azevedo Gomes
Carcinoma no piloro	Gastroenterostomia paliativa com botão de Murphy	Anestesia local com novocaína	13 dias de internamento	Alberto Mac-Bride



7	132-03-52	Kisto seroso do ovario direito e salpingite suppurada, etc.	Oophoro-salpingite direita abdominal.	Morphina e chloroformio	..	1	..	..
8	45-03-32	Degeneração sarcomatosa de ganglios do pescoço . . .	Extirpação	Chloroformio	1	..	..	..
9	129-03-20	Myomas uterinos (1:105 grammas)	Amputação supra-vaginal (Kelly).	Morphina e chloroformio	..	1	..	..
10	29-03-9	Peritonite ascítica, tuberculosa	Abertura média supra-umbilical.	Ether	..	1	..	1
11	118-03-18	Appendicite	Incisão.	Chloroformio	1	..	..	..
12	116-03-16	Peritonite por contusão, rutura do intestino delgado. .	Laparotomia	Sem anestesia	1	..	..	..
13	132-03-53	Salpingo-ovarites, suppurada á direita	Oophoro-salpipectomia dupla abdominal.	Morphina e chloroformio	..	1	..	..
14	94-03-31	Pleurisia purulenta esquerda	Pleurotomia por incisão intercostal.	Sem anestesia	1	..	..	..
15	121-03-48	Atresia, com esclerose, da urethra peniana	Urethrotomia interna, electrolyse	Sem anestesia	1	..	..	..
16	46-03-26	Papiloma da lingua.	Extirpação	Sem anestesia	1	..	..	..
17	75-03-85	Bulbo atrophico doloroso direito	Enucleação.	Chloroformio	..	1	..	..
18	33-03-32	Epididymite	Epididymectomia	Chloroformio	1	..	..	..
19	46-03-24	Lymphadenomas do pescoço, etc	Extirpação parcial.	Chloroformio	1	..	..	..
20	33-03-31	Tuberculose testicular esquerda	Castração em massa	Chloroformio	1	..	..	1
21	164-03-77	Fraetura comminutiva clavicular esquerda	Sutura ossea	Chloroformio	..	1	..	..
22	166-03-154	Ferida incisa anterior do pescoço, etc.	Tracheotomia	Sem anestesia	1	..	..	..
23	101-03-01	Ulcera testicular direita	Sutura metálica	Chloroformio	1	..	..	..

Figura 9 – Operações sem anestesia

O que nos é difícil de entender é o grupo de operações sem anestesia, mesmo invocando o velho argumento (um pouco cínico) da alteração da sensibilidade à dor com a evolução cultural. Por nos parecer quase inacreditável reproduzimos quatro exemplos a partir do original:

AS HÉRNIAS INGUINAIS

O caso das hérnias inguinais é curioso. Compreende-se facilmente que médicos mais competentes e doentes mais bem informados levem a um encaminhamento mais precoce destes últimos para a cirurgia. A relação numérica entre hérnias inguinais simples e estranguladas pode, assim, traduzir um fenómeno social.

Em 1903 foram operadas 30 hérnias inguinais simples e 35 estranguladas e, em 1914, ao lado das 30 últimas hérnias inguinais simples operadas aparece apenas 1 estrangulada!

Mentes mais politizadas e inclinadas a interpretar o progresso dos fenómenos como uma consequência da “ética republicana” veriam aqui a evidência da sua convicção, mas os números revelam que esta tendência para a diminuição dos casos de estrangulamento herniário já vinha de trás, pois às últimas 30 hérnias simples operadas antes do 5 de Outubro de 1910 corresponderam apenas 7 hérnias estranguladas, número muito distante das 35 do período inicial.

No que diz respeito aos dias de internamento em casos de hérnia inguinal, em 1903, a média atingia 20,2 dias (Máx.: 50; Min.: 4) e em 1914, 19,9 dias (Máx.: 53; Min.: 5). Não tinha havido, pois, neste campo qualquer progresso. Recordamos que quando dávamos os primeiros passos na carreira cirúrgica (anos 60 do século XX) os doentes submetidos a herniorrafia inguinal ficavam, ainda então, 10 dias (sagrados!) sem se poderem levantar.

Resta dizer que os cirurgiões do período em estudo dispunham, para o tratamento das hérnias, de numerosas técnicas com diversos epónimos: processo



de Bassini (o mais frequente), Kocher, Pilcher, Broca, Mayo, Judd, Ferrari, Wölfler, Doyen, Stenson, Delagenière, Lucas-Championnière, Berger, Duplay, Santucci, Andrews, Schwartz, etc., e que, apesar desta variedade que revelava a insuficiência de qualquer das técnicas, com grande optimismo antepunham quase sempre a este epónimo o termo “Cura radical”.

AS GASTRECTOMIAS

A operação padrão no tratamento da úlcera ou do carcinoma do estômago era a gastro-enterostomia posterior transmesocólica na grande maioria dos casos pelo processo de Von Hacker (anastomose latero-lateral), mas por vezes pelo de Roux, com uma ansa em Y.

Há apenas 12 gastrectomias efectuadas no período 1903-1914. Onze por carcinoma gástrico e 1 por úlcera da pequena curvatura do estômago, com a seguinte distribuição:

- Francisco Gentil – 4
- Custódio Cabeça – 2
- José Gentil – 2
- Reynaldo dos Santos -1
- Craveiro Lopes – 1
- João Paes de Vasconcellos – 1
- Jaime Salazar de Sousa – 1

Morreram 7 doentes, 4 no pós-operatório imediato (33%) e 3 provavelmente pela evolução natural da doença.

Note-se que, em 1902, antes do período em análise, Augusto de Vasconcellos tinha feito uma gastrectomia sub-total e José Gentil uma gastrectomia total (a primeira realizada em Portugal?), ambas por cancro do estômago e ambas seguidas da morte do doente no pós-operatório imediato.

O CANCRO DO RECTO

Dos 22.560 doentes operados no Hospital de S. José entre 1903 e 1914, 34 eram portadores de cancro do recto (CR), o que dá uma percentagem de 0,15%.

O tratamento cirúrgico do CR era na altura acompanhado de grande mortalidade. No período em estudo, no Hospital de São José, dos 34 doentes operados 8 morreram, ou seja 23,5%.

Curiosamente nos 17 casos de ressecção há 3 mortes e nos restantes 17 casos em que se recorreu a uma ostomia (“ânus ilíaco” na terminologia da época), morrem 8 doentes, isto, provavelmente, porque nos casos em que se recorria à colostomia se tratava de lesões mais avançadas ou de doentes em pior estado de saúde.

O ano em que se operam mais casos é 1908 (8 casos) e os cirurgiões mais activos neste campo, nos doze anos em estudo, são:

Custódio Cabeça – 8 casos

Jaime Salazar de Sousa – 6 casos

Francisco Gentil – 5 casos e

Augusto Vasconcellos – 4 casos

Note-se que Jaime Salazar de Sousa, que passou para a posteridade como cirurgião pediatra, era, na cirurgia dos adultos, um dos mais diferenciados, sendo o único que executou uma amputação abdomino-perineal.

Como curiosidade registre-se que um dos casos de colostomia foi um “ânus cecal” (Custódio Cabeça), e que o primeiro caso de 1903, um carcinoma do recto com fístula rectal, foi tratado por Gregório Fernandes, um cirurgião da geração anterior (pai de Alberto e Eugénio Mac Bride), com dilatação forçada do ânus. Mas, cura, aqui, não tem o significado que se lhe dá habitualmente. Como diz Custódio Cabeça a propósito de um dos seus casos: “cura da operação, mas não da moléstia”.

Nos registos de 1902, incompletos, (e por isso, não integrando o nosso período) a primeira operação por CR é executada por Francisco Stomp, em 22.04, sendo uma extirpação parcial do recto por via vaginal, com “cura” da doente. Mas, sabe-se que a cirurgia ablativa do recto já era praticada, entre nós, nos finais do século XIX, pois Magno Azedo na sua tese de licenciatura intitulada “O Methodo de Kraske”, refere-



-se a uma ressecção do recto com excisão do cóccix (método de Kocher) executada pelo, então jovem, Custódio Cabeça. Sempre ele...

MORTALIDADE

Aos olhos de hoje a mortalidade operatória do período 1903-1914 parece proibitiva, mas não ia além dos números internacionais.

Tabela 3 – Mortalidade (Período de 1903 a 1914)

Ano	Casos	Mortes	%
1904	949	82	8,65%
1904	1170	114	9,74%
1905	1185	118	9,96%
1906	1479	147	9,94%
1907	1640	142	8,66%
1908	1700	146	8,59%
1909	1832	150	8,19%
1910	2019	159	7,88%
1911	2793	210	7,52%
1912	2606	232	8,90%
1913	2607	215	8,25%
1914	2580	204	7,91%
Totais	22560	1919	8,51%



Figura 10 – Mortalidade (1903-1914)

CASUÍSTICA OPERATÓRIA

Sendo superior a 25.000 o número de operações no período estudado, após excluir a casuística de Urologia (Drs. Artur Ravara, Henrique Bastos e Elisiário Ferreira), Oftalmologia (Drs. Borges de Sousa e Xavier da Costa) e Otorrinolaringologia (Drs. Manuel Valladares, Sant'Ana Leite e Alberto Mendonça), restaram para a Cirurgia Geral 22560 operações, das quais seleccionámos as que nos pareceram mais interessantes, dando especial atenção aos anos 1903 e 1914, cuja distância temporal entre si permite tornar mais evidente o progresso alcançado. Por isso os apresentamos em primeiro lugar, seguindo-se os registos de 1904 a 1913.

Os quadros que se seguem são uma selecção dessas 22.560 operações tendo como critério a curiosidade (por vezes o insólito!) e a complexidade de cada uma delas. Por esta última razão, a mortalidade registada nestes casos seleccionados é muito mais alta do que a real.

Note-se, mais uma vez, que o termo cura significa muitas vezes cura da operação e não da doença ou... moléstia.

Abramos agora as portas do Bloco Operatório do Hospital de São José e participemos em algumas das operações que ali se realizaram entre 1903 e 1914, mas, antes de o fazer, é bom ter uma noção das condições em que os cirurgiões do princípio do século XX trabalhavam.

Recentemente o nosso colega urologista Dr. Manuel Mendes Silva organizou na Ordem dos Médicos uma exposição de fotografias de seu avô, o Dr. Jorge Marçal da Silva, também ele cirurgião do Hospital de São José no início do século XX, em que uma delas, tirada em 1908, mostra o que era o Bloco Operatório do Banco: uma pequena sala com uma porta de madeira ao fundo, paredes sujas, um lustre com quatro lâmpadas com "abat-jour", talvez uma bala de oxigénio no canto esquerdo, um lavatório vulgar e, ao meio, uma marquesa de ferro pintada de branco, semelhante às que existiam em qualquer consultório, coberta por uma manta alentejana... E era ali que se operava!



É, provavelmente, essa mesma manta, o cobertor térmico da época, que, na fotografia cobre o Prof. Miguel Bombarda antes de ser operado no Banco do Hospital de São José em 4 de Outubro de 1910 depois de ter sido atingido a tiro por um doente. E era assim que se operava!

Para quem não é cirurgião a leitura com pormenor dos quadros que se seguem pode ser penosa, mas temos a convicção de que os cirurgiões vão ali encontrar factos extremamente curiosos e que darão por bem empregue o tempo gasto.



Figura 11 – O Dr. Miguel Bombarda no Banco do Hospital de S. José (Fotografia extraída da *Ilustração Portuguesa* de 10/10/1910)

Tabela 4 – Casuística Operatória 1903

1903					
Moléstias	Operação	Resultado	Datas		Operador
			Operação	Saída (alta ou morte)	
Carcinoma do pyloro	Gastro-enterostomia posterior (p. de Von Hacker) ¹	Cura (da operação)	09.11.02	04.01.03	Feyo e Castro
Estenose pylorica	Gastro-enterostomia posterior (p. de Von Hacker)	Morte	20.02.03	20.02.03	Custódio Cabeça
Pleurisia purulenta esquerda (10 litros de pus)	Resecção de 6 costelas com pleura (p. de Schede)	Melhora	04.12.02	25.03.03	Augusto Vasconcellos
Carcinoma do recto com fístula rectal	Dilatação forçada do ânus	Mesmo estado	22.04.03	30.04.03	Gregório Fernandes
Retroversão uterina móvel, Kysto paraovárico esquerdo	Kystectomia e Hysteropexia abdominal	Cura	29.04.03	20.05.03	Custódio Cabeça
Peritonite tuberculosa generalizada (7 a 8 litros de líquido ascítico)	Laparotomia e fricção do peritoneu com compressas	Cura	18.04.03	10.05.03	Custódio Cabeça
Rectite ulcerosa; fístula recto-vulvar	Extirpação de 10 cm do recto ²	Cura	29.03.03	26.05.03	Augusto Monjardino
Cholecystite suppurada; fleimão intra-hepático	Incisão exploradora	Morte	27.05.03	28.05.03	Augusto Vasconcellos
Carcinoma do recto	Ânus ilíaco	Mesmo estado	09.05.03	02.07.03	Gregório Fernandes

¹ Trata-se de uma gastro-enterostomia posterior transmesocólica latero-lateral.

² Trata-se, provavelmente, de um caso de colite ulcerosa ou de doença de Crohn. Por esta época a cirurgia rectal era por via perineal (técnica de Kraske ou suas variantes).



Asphyxia symétrica das extremidades inferiores	Descolamento da face posterior do recto do tecido celular sagrado ³	Morte	01.06.03	05.07.03	Jaime Salazar de Sousa
Baço hypertrophico e caído na pelve	Esplenectomia ⁴	Cura	16.08.03	06.09.03	Custódio Cabeça
Nephrite esquerda	Descapsulação do rim (p. de Edebohls)	Cura	09.09.03	04.10.03	Francisco Gentil
Ferida da aurícula direita através da parede thoracica	Ressecção de cartilagens costaes esquerdas, sutura da aurícula, do pericárdio e da pleura ⁵	Cura	17.07.03.	03.11.03	Francisco Gentil
Carcinoma do estômago	Gastrectomia ⁶	Morte	10.11.03	03.12.03	José Gentil
Fractura parietal esquerda com encravamento	Trepanação; laqueação da meningeia média; sutura dural	Cura	09.11.03	10.12.03	Francisco Gentil
Gangrena pulmonar do lobo superior esquerdo	Pneumotomia, drenagem	Cura	13.10.03	10.12.03	Jaime Salazar de Sousa

³ Pretender-se-ia com esta dissecação fazer, de algum modo, uma desconexão dos plexos ou nervos simpáticos?

⁴ A grande maioria dos casos de esplenomegália tinha como causa o Paludismo, então endémico em Portugal.

⁵ Trata-se do primeiro caso de ferida do coração tratado com êxito em Portugal

⁶ Antes, em 1902, José Gentil tinha executado uma gastrectomia total por cancro, talvez a primeira em Portugal, com morte do doente.

Tabela 5 – Casuística Operatória 1914

1914 ¹					
Moléstias	Operação	Resultado	Datas		Operador
			Operação	Saída (alta ou morte)	
Fractura complexa do terço inferior da perna esquerda sem consolidação	Interposição livre de um fragmento de osso de 4 cm entre os dois topos ressecados	Cura	30.10.13	25.01.14	Reynaldo dos Santos
Fractura da perna esquerda, não consolidada, datando de 6 meses.	Avivamento dos topos ósseos, osteo-sintese com 3 placas de Lane	Cura	09.12.13	16.02.14	José M. Damas Móra
Peritonite generalizada por perfuração do pyloro. Tumor (benigno?) do pyloro	Laparotomia. Sutura do duodeno e do pequeno epiploon sobre a perfuração. Gastro-enterostomia posterior (p. de Mayo). Drenagem	Cura	15.11.13	06.03.14	João Paes de Vasconcellos
Carcinoma do pyloro. Metástases ganglionares	Gastrectomia	Cura	24.01.14	11.03.14	Custódio Cabeça

¹ Note-se que a partir de 1911 a ortografia se modernizou, como consequência do Acordo Ortográfico desse mesmo ano. Então, como hoje...



Cardio-espasmo e pyloro-espasmo	Gastrostomia. Processo de Senn	Cura	30.01.14	16.03.14	Custódio Cabeça
Colecistite calculosa (62 cálculos)	Colecistectomia. Drenagem ²	Cura	07.03.14	15.04.14	Custódio Cabeça
Abcesso sub-frênico. Apendicite. Peritonite por perfuração apendicular	1ª Ressecção das 8ª e 9ª costelas direitas. Incisão do abcesso e drenagem. 2ª Apendicectomia(p. de Roux)Drenagem peritoneal	Morte	17.04.14	19.04.14	Curry Cabral
Cancro do estômago	Gastrectomia sub-total	Morte	17.04.14	22.04.14	Jaime Salazar de Sousa
Enterocolite muco-membrosa ³	Êntero-sigmoido-anastomose	Cura	31.03.14	23.04.14	Silva Araújo
Aneurisma da carótida primitiva direita	Laqueação da carótida acima do músculo omo-hyoideo	Cura	13.04.14	02.05.14	João Paes de Vasconcellos
Estase intestinal	Ileo-sigmoidostomia (p. de Lane)	Cura	13.04.14	10.05.14	Fernando Pinto Coelho
Ferida incisiva no pescoço interessando a traqueia e a parede esquerda da faringe	Traqueorrafia e Faringorrafia, drenagem	Cura	13.04.14	10.05.14	Azevedo Gomes
Invaginação intestinal no cego. Peritonite por perfuração	Ressecção do cego, cólon ascendente, transverso e ponta do descendente. Ileo-sigmoidostomia	Morte	01.06.14	03.06.14	João Paes de Vasconcellos
Linfadenoma no pescoço aderente em toda a extensão à veia jugular interna	Extirpação com dissecação da jugular interna	Cura	29.05.14	06.06.14	Azevedo Gomes
Calculose do colédoco. Angio-colite. Abscessos múltiplos miliares do fígado	Coledocotomia. Extracção de cálculos. Drenagem do hepático.	Cura	24.04.14	11.06.14	Reynaldo dos Santos
Carcinoma no piloro	Gastro-enterostomia posterior trans-mesocólica.	Melhora	13.05.14	24.06.14	José M. Damas Móra
Bócio exoftálmico. <i>Intercorrente</i> : síncope respiratória e cardíaca (acidente de anestesia)	Estrumectomia (p. de Kocher)	Morte	26.06.14	26.06.14	Jaime Salazar de Sousa
Ferida incisa no punho com secção do nervo mediano	Libertação e sutura dos bordos do nervo, que foi depois envolvido numa bainha muscular	Cura (os sinais de secção do nervo mediano começaram a desaparecer)	21.5.14	28.06.14	Augusto Vasconcellos
Hematocele	Histerectomia abdominal total com extirpação dos anexos. <u>Transfusão de sangue no dia 15.04</u> ⁴	Cura	11.04.14	28.06.14	Reynaldo dos Santos

² A colecistectomia, que Cabeça em 1904, Feyo e Castro em 1905 e Monjardino em 1909 já tinham realizado, tornava-se cada vez mais frequente.

³ Colite ulcerosa?

⁴ É a primeira transfusão de sangue de que temos registo, pela mão de Reynaldo dos Santos, um cirurgião inovador. O Serviço de Transfusões de Sangue do Hospital de São José só viria a ser criado em 1941.



Angina de Ludwig	Desbridamento a termo-cautério, traqueotomia e injeção endo-venosa de Neo-Salvarsan (sem anestesia)	Morte	02.07.14	02.07.14	Azevedo Gomes
Ferida de 0.10m de extensão no epigastro, penetrante à cavidade abdominal, com hérnia do epiploon e do cólon transverso, interessando o fígado. Hemorragia interna. Peritonite aguda	Prolongamento da incisão, ressecção do epiploon, hepatorrafia. Óleo canforado. Injeção endo-venosa de soro	Morte	02.07.14	02.07.14	Azevedo Gomes
Obstrução intestinal devida a estenose fibrosa de todo o cólon transverso por periclite adesiva. Peri-hepatite e perigastrite crónicas adesivas, consecutivas a peritonite epigástrica por perfuração do estômago (vómitos fecaloides há 16 dias)	Íleo-sigmoidostomia iso-peristáltica	Morte	04.07.14	04.07.14	Azevedo Gomes
Kala-azar ⁵	Esplenectomia	Cura	01.06.14	05.07.14	Jaime Salazar de Sousa
Epitelioma glandular do piloro	Gastrectomia parcial. Gastro-enterostomia (p. de Mayo)	Cura	19.06.14	21.07.14	João Paes de Vasconcellos
Ferida incisa no espaço poplíteo esquerdo, interessando a artéria na extensão de 0,03m no sentido longitudinal e a veia em dois pontos na mesma extensão ⁶	Sutura das feridas arterial e venosa (p. de Carrel). Sutura da pele com crina e agrafes. Penso esterilizado	Cura	08.07.14	01.08.14	Alberto Mac Bride
Tumor mixto da parótida esquerda do tamanho de um punho (mioma, sarcoma e condroma)	Extirpação do tumor da glândula (o tumor era atravessado por vários ramos do nervo facial, sendo necessário cortar o ramo principal)	Cura	18.07.14	01.08.14	Custódio Cabeça
Carcinoma da região parotidiana esquerda. <i>Intercorrente</i> : hemorragia	Extirpação com ressecção da artéria carótida primitiva, veia jugular e nervo pneumogástrico	Morte	21.4.14 11.06.14	11.08.14	Reynaldo dos Santos ⁷
Quisto hidático do fígado	Hepatotomia e marsupialização do quisto ⁸	Cura	26.05.14	15.08.14	José M. Damas Móra
Sarcoma do maxilar superior direito	Ressecção do maxilar superior direito	Cura	23.07.14	26.08.14	Azevedo Gomes
Cancro no extremo do S ilíaco	Laparotomia. Extirpação do tumor. Enterorrafia termino-terminal	Cura	11.08.14	30.08.14	José Gentil

⁵ Leishmaniose visceral a que Salazar de Sousa dedicou especial interesse.

⁶ Foi neste mesmo ano objecto de um artigo publicado no Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

⁷ Atendendo às datas, a operação foi realizada em dois tempos e a morte deve ter sido devida à evolução da doença

⁸ A hidatidose era então muito frequente em Portugal e a marsupialização dos quistos era a operação padrão.



Cicatriz queiloide do dorso da mão esquerda, consecutiva a queimadura datando de dez meses	Autoplastia com retalho cutâneo do abdómen (p. de Doyen). Afastamento da pele abdominal por descolamento à Morestin	Cura	17.08.14	30.08.14	Alberto Mac Bride
Perigastrite adesiva. Gastralgias. <i>Intercorrente</i> : Melena 9 dias depois de operado	Gastrólise	Melhora. Curado da operação (alta a pedido).	17.08.14	01.09.14	Senna Pereira
Colecistite calculosa. Bócio parenquimatoso	1ª Colectomia 2ª Extirpação do lobo direito do corpo tireoideo	Cura	03.07.14 20.08.14	12.09.14	Reynaldo dos Santos
Sarcoma da axila invadindo a veia axilar	Extirpação do tumor e ressecção da veia axilar	Morte (evolução da doença)	25.07.14	14.09.14	João Paes de Vasconcellos
Carcinoma do piloro e da pequena curvatura do estômago. <i>Intercorrente</i> : choque operatório	Gastrectomia parcial seguida de gastro-enterostomia anterior	Morte	20.09.14	20.09.14	Craveiro Lopes
Endotelioma do véu palatino	Extirpação do tumor. Radioterapia.	Cura	14.07.14	29.09.14	Francisco Gentil
Quisto hidático na face inferior do fígado com aderência ao cólon transversal	Extirpação com ressecção parcial do fígado e reconstrução da parede do cólon.	Cura	03.10.14	02.12.14	José Gentil
Anemia esplénica infantil	Esplenectomia (p. do operador)	Cura	24.11.14	14.12.14	Jaime Salazar de Sousa

Tabela 6 – Casuística Operatória 1904-1913

1904 a 1913					
Moléstias	Operação	Resultado	Datas		Operador
			Operação	Saída (alta ou morte)	
Fleimão do ligamento largo esquerdo, pyosalpinx duplo	Oophoro-salpingectomia bilateral, esvaziamento do ligamento	Morte por choque operatório	01.03.04	03.03.04	Sabino Coelho
Doença de Basedow	Sympathectomia superior bilateral	Morte	28.07.04	28.07.04	Jaime Salazar de Sousa
Cálculo biliar encravado no canal cystico	Cholecystectomy quasi total	Cura	01.12.04	22.12.04	Custódio Cabeça
Calculose da vesícula biliar. Obliteração do canal cystico	Cholecystectomy	Cura	05.09.05	26.09.05	Feyo e Castro
Cancro do recto	Extirpação de 15 cm do recto sem ressecção óssea	Cura	30.08.05	15.10.05	Francisco Stromp
Baço flutuante	Esplenectomia	Cura	06.08.05	11.10.05	José Gentil



Cirrose do fígado	Laparotomia. Fixação do fígado e do baço ¹	Mesmo estado	21.01.06	26.01.06	José Gentil
Hérnia umbilical. Ruptura do intestino delgado por mortificação.	Resecção da parte mortificada do intestino e botão de Murphy ²	Morte	17.03.06	19.03.06	José M. Damas Móra
Salpingo-ovarite dupla	Hysterectomia abdominal total	Cura	22.04.06	20.05.06	Jonnesco
Salpingo-ovarite dupla	Oophoro-salpingectomia e amputação supra vaginal (hemisecção uterina)	Cura	23.04.06	20.05.06	J. L. Faure ³
Kysto hidático do fígado. Tuberculose hepática.	Marsupialização, drenagem e extirpação de massas tuberculosas	Cura	07.09.05	21.05.06	Feyo e Castro
Ferida por arma de fogo penetrante à cavidade abdominal no epigastro. Ferida no fígado (A bala atravessou o fígado, cravando-se na massa lombar).	Laparotomia supra-umbilical corte transversal do recto direito. Sutura do fígado a cat-gut.	Cura	26.05.06	28.06.06	João Paes de Vasconcellos
Kysto colloide do peritoneu (15 litros de líquido espesso amarelo-escuro) ⁴	Laparotomia e esvaziamento	Mesmo estado. Cura operatória	21.05.06	08.07.06	Custódio Cabeça
Obstrução calculosa do choledoco, cystico e hepático. Cholecysto-angio-colite e pancreatite chronicas	Cholecystostomia e cysticostomia. Drenagem do choledoco	Morte	20.07.06	21.07.06	Francisco Gentil
Ferida do coração penetrante ao ventrículo esquerdo	Sutura e drenagem	Cura	05.03.06	02.08.06	José Gentil
Compressão do encephalo, estase papilar, cegueira do olho direito por atrophia do nervo óptico, cephalalgias intensas	Craniectomia frontal (p. de Doyen)	Melhora	06.07.06	15.08.06	Francisco Gentil
Paralysis facial por ferida de arma de fogo no ouvido direito	Anastomose espinho-facial	Melhora	25.08.06	26.09.06	Craveiro Lopes
Esclerose do pâncreas. Hypertrophia hepática	Cholecysto-enterostomia	Morte	13.10.06	14.10.06	Custódio Cabeça
Doença de Paget (mamma direita)	Amputação total e esvaziamento ⁵	Cura	13.11.06	06.12.06	Custódio Cabeça
Icterícia calculosa	Cholecystostomia e drenagem	Cura	23.09.06	16.12.06	Jaime Salazar de Sousa
Carcinoma do estômago	Gastrectomia sub-total	Cura	24.04.07	21.06.07	José Gentil

¹ Uma técnica difícil de entender...

² Há alguns anos reapareceu esta técnica, mas, agora, com material reabsorvível (Valtrac), tendo tido vida efémera.

³ Jonnesco (Bucaresta) e J. L. Faure (Paris) são duas grandes figuras da cirurgia, e estavam em Lisboa como congressistas do XV Congresso Internacional de Medicina.

⁴ Cistadenoma (carcinoma?) do ovário? Pseudomixoma?

⁵ Nos tumores malignos da mama a operação padrão era a mastectomia radical de Halsted, com esvaziamento axilar.



Peritonite tuberculosa. Ascite	Laparotomia e arejamento ⁶	Melhora	11.06.07	10.09.07	José M. Damas Móra
Carcinoma do estômago	Gastrectomia sub-total	Cura	24.04.07	21.06.07	José Gentil
Cancro do recto junto ao S ílaco	Ânus ílaco	Cura	07.09.07	07.11.07	M. Bordallo Pinheiro
Kysto hidático suppurado do rim esquerdo	Incisão e drenagem (via transpleural). Ressecção da 10 ^a costela.	Melhora	04.02.07	01.03.07	Jaime Salazar de Sousa
Genu valgum direito	Osteotomia (p. de McEwen)	Cura	01.02.07	12.07.07	João Paes de Vasconcellos
Cálculos da vesícula biliar	Cholecystostomia e extracção de cálculos ⁷	Cura	12.02.08	05.04.08	José M. Damas Móra
Carcinoma cirrroso da mamma direita	Amputação e esvaziamento	Cura	18.04.08	17.05.08	José M. Damas Móra
Obstrucção do canal hepático por esclerose peri-canalicular. Cirrhose biliar.	Desbridamento do tecido escleroso em volta do canal hepático. Cholecystectomy. Drenagem	Melhora	?	23.08.08	Reynaldo dos Santos
Pancreatite	Cholecystectomy com mobilização do duodeno	Melhora	27.02.09	17.03.09	Augusto Monjardino
Corpo estranho no esophago	Esophagotomia cervical lateral esquerda	Cura	10.05.09	31.05.09	Jorge Marçal da Silva
Pancreatite crónica	Extirpação da vesícula biliar. Drenagem do coledoco	Cura	18.04.09	06.06.09	José Gentil
Epithelioma do recto	Extirpação abdomino-perineal do recto. Ânus ílaco ⁸	Cura	27.09.09	28.11.09	Jaime Salazar de Sousa
Doença de Banti ⁹	Esplenectomia	Cura	20.02.10	05.03.10	José Gentil
Grande papiloma da pelle do terço inferior e posterior do antebraço direito	Extirpação por excisão de toda a pelle da região, seguida de autoplastia	Cura	27.01.10	11.05.10	José M. Damas Móra
Epithelioma da lingua	Extirpação parcial da língua, dos gânglios sub-maxilares e glândulas sub-lingual e sub-maxillar esquerda.	Cura	21.05.10	06.06.10	José M. Damas Móra
Rectite blenorragica e aperto fibroso do recto	Resecção do recto (p. de Hartmann)	Morte	18.06.10	27.06.10	Jaime Salazar de Sousa
Cirrhose atrophica do fígado. Ascite	Anastomose das safenas internas ao peritoneu ¹⁰	Mesmo estado	02.08.10	09.09.10	Augusto Monjardino
Úlcera do estômago da pequena curvatura	Gastrectomia parcial (ressecção do terço médio do estômago)	Morte	07.10.10	22.10.10	Reynaldo dos Santos

⁶ Era uma técnica então utilizada por todos os cirurgiões no tratamento das peritonites tuberculosas, mas cujo fundamento para nós não é claro, tanto mais que o bacilo de Koch é aeróbio...

⁷ Ainda era muito frequente esta técnica, cuja única vantagem era a de não ser praticamente acompanhada de morbilidade.

⁸ Provavelmente a primeira amputação abdomino-perineal do recto realizada em Portugal.

⁹ Doença, então considerada primitiva, com esplenomegália acompanhada de pancitopénia. Veio depois a ser interpretada como secundária a hipertensão portal.

¹⁰ Difícil de conceber os fundamentos e a técnica.



Sarcoma do delgado aderente ao cólon transversal	Ressecção intestinal e enterorrafia topo-a-topo	Cura	27.12.10	12.01.11	Reynaldo dos Santos
Fístulas rectoperineais em feradura, consecutivas a abscesso da fossa isquio-rectal	Mobilização e descida da mucosa rectal acima do orifício rectal da fístula, desbridamento e raspagem dos trajectos.	Cura	18.01.12	20.03.12	Augusto Monjardino
Tumor do cérebro (Papiloma? Endotelioma?) da zona rolândica direita	Craniectomia com retalho osteoplastico (em 2 tempos)	Melhora	19.12.11	17.04.12	Reynaldo dos Santos
Angioma pulsátil ulcerado, ocupando toda a nádega direita. Fortes hemorragias pelo tumor	1ª Laqueação da artéria hipogástrica direita 2ª Extirpação do tumor com ressecção da nádega	Morte	26.04.12 21.05.12	21.05.12	Azevedo Gomes
Recidiva da doença de Basedow	Laqueação da artéria tiroideia superior esquerda	Cura	02.08.12	14.08.12	José Gentil
Cirrose hipertrófica com retenção mecânica por pancreatite crónica e adenite do pedículo	Pancreatectomia, duodenoctomia, gastroenterostomia	Morte	28.08.12	03.09.12	Reynaldo dos Santos
Ferida por arma de fogo (pistola Browning) ao nível da 7ª costela direita. Feridas nas faces superior e inferior do fígado. Ferida no rim direito.	Laparotomia de Sprengel. Sutura das feridas do fígado. Tamponamento do rim.	Cura	02.09.12	06.11.12	Alberto Mac Bride
Fractura do frontal com encravamento e ferida das meninges	Trepanação, desencravamento, sutura da ferida das meninges. Tamponamento (p. de Lanz) e sutura completa	Melhora	18.10.12	27.11.12	Alberto Mac Bride ¹¹
Hidrocefalia	Operação de Antone	Melhora	21.01.13	11.02.13	Reynaldo dos Santos
Hipertrofia do baço. Intercorrente post-operatória: tétano	Esplenectomia	Morte	05.04.13	12.04.13	José Gentil
Bócio	Tiroidectomia total	Cura	09.06.13	24.06.13	José M. Damas Móra
Carcinoma do recto	Extirpação de 10 cm do recto	Cura	02.07.13	20.07.13	Custódio Cabeça
Exoftalmia pulsátil	Laqueação da carótida primitiva direita	Cura	23.05.13	14.08.13	Custódio Cabeça
Cancro do colo uterino, inoperável	Laqueação das artérias uterinas e útero-ovarianas	Mesmo estado	25.08.13	12.09.13	Torres Pereira
Linfosarcoma do pescoço aderente à veia jugular interna esquerda	Extirpação do tumor. Ressecção de 0,05m de jugular	Cura	10.09.13	08.10.13	Augusto Monjardino

¹¹ Alberto Mac Bride tem, nesta época, a maior casuística de tratamento cirúrgico de traumatismos crânio-encefálicos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensamos com esta pesquisa ter ajudado a conhecer o tipo de cirurgia que se praticava entre nós no início do século XX e a objectivar a qualidade dos cirurgiões do Hospital de São José e Annexos e dos Hospitais Cívicos de Lisboa no mesmo período, à maioria dos quais o termo Cirurgião Geral se aplicava com justeza, percebendo, assim, a razão de os seus nomes se terem projectado ao longo de 100 anos, chegando sonantes aos dias de hoje.

Julgamos que Lisboa era, então, o principal centro cirúrgico do país, mas não temos dados que nos permitam fazer a comparação com os hospitais do Porto e de Coimbra.

A mortalidade era alta (numa das datas, ao mesmo cirurgião morreram-lhe dois doentes...), o que se deve a várias razões: os doentes (que ainda não eram chamados utentes) apresentavam-se muitas vezes com doenças em estado avançado, a anestesia não tinha a segurança que tem actualmente (ainda hoje persiste a ideia: “eu tenho medo é da anestesia...”), a reanimação era praticamente inexistente e para se combater a infecção só se podia contar com as defesas naturais do organismo, em doentes muitas vezes subnutridos.

Para anular ou atenuar estes factores o cirurgião tinha que ser decidido no carácter e rápido na execução, e assim se criava o conjunto de atributos que en-

formavam a “personalidade do cirurgião”, a que não era alheia uma certa rudeza.

Em todas as gerações (e a nossa não foge à regra!) há um grupo de cirurgiões que se distinguem, ou pelas suas qualidades de trabalho ou pelo seu espírito inovador. Não fazendo referência aos da “Geração da Transição do Século”, porque no período em análise estavam em fim de carreira, e não é possível fazer juízos de valor com fundamento em dados escassos, na “Geração do Início do Século XX” é justo salientar: Custódio Cabeça, Augusto de Vasconcellos, os irmãos José e Francisco Gentil, Jaime Salazar de Sousa, Augusto Monjardino, João Paes de Vasconcellos, Reynaldo dos Santos e Alberto Mac Bride, isto sem esquecer todos os outros mencionados neste trabalho a quem milhares de doentes ficaram a dever a saúde e, muitas vezes, a vida, e que muito ilustraram a instituição a que pertenceram: os Hospitais Cívicos de Lisboa.

AGRADECIMENTOS

À Luiza pela paciente ajuda na pesquisa de dados.

À Manuela Ricoca Nunes e ao António Couto por, mais uma vez, terem arcado com todo o trabalho informático, e pela boa-vontade com que o fizeram.

Ao Jorge Penedo pela amizade e pela confiança que deposita no que escrevo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boletim do Hospital de S. José e Anexos – Clínica, Estatística e Administração 1903-1914.

“O Século” – Suplemento ilustrado – 10.2.1910

Ilustração Portuguesa, nº 242 – 10.X.1910.

Clínica, Higiene e Hidrologia – Homenagem à memória do Prof. Custódio Cabeça – AAVV Ano II – nº 12 – Dezembro de 1936.

Celestino da Costa, J. – Evolução da Cirurgia em Portugal no século XX (in História e Desenvolvimento da Ciência em Portugal no Séc. XX – Ed. da Academia das Ciências de Lisboa – 1992)

Leone, J. – Subsídios para a História dos Hospitais Cíveis de Lisboa e da Medicina Portuguesa. Ed. da Comissão Organizadora do V Centenário da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos (Coord. Luis Silveira Botelho e Barros Veloso) – 1993

Correspondência:

LUIZ DAMAS MORA

e-mail: sec.adm.capuchos@chlc.min-saude.pt



Luiz Damas Mora

