

**JOAQUIM BASTOS**

Assistente de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina do Pôrto

# RELATÓRIO

DOS TRABALHOS EFECTUADOS DURANTE  
O ESTÁGIO NO INSTITUTO DO CANCRO  
(Outubro 1938 — Julho 1939) E NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE MILÃO (Fevereiro-  
-Julho 1939), COMO BOLSEIRO DO  
INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA

1940

IMPRESA MODERNA, LIMITADA  
RUA DA FÁBRICA, 80 — PÔRTO



## RELATÓRIO

DOS TRABALHOS EFECTUADOS DURANTE  
O ESTÁGIO NO INSTITUTO DO CANCRO  
(Outubro 1938—Julho 1939) E NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE MILÃO (Fevereiro-  
-Julho 1939) COMO BOLSEIRO DO  
INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA



JOAQUIM BASTOS

Assistente de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina do Pôrto

---

# RELATÓRIO

DOS TRABALHOS EFECTUADOS DURANTE  
O ESTÁGIO NO INSTITUTO DO CANCRO  
(Outubro 1938 — Julho 1939) E NA CLÍNICA  
CIRÚRGICA DE MILÃO (Fevereiro-  
-Julho 1939), COMO BOLSEIRO DO  
INSTITUTO PARA A ALTA CULTURA



INSTITUTO DE CULTURA E ARTE  
RUBENS DE CARVALHO

RC  
MNCI  
GLB  
BAS

1940

IMPRESA MODERNA, LIMITADA  
RUA DA FÁBRICA, 80 — PÔRTO



A preparação seguida durante cinco anos de estudo como assistente de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina do Porto e quatro anos de trabalho voluntário no Laboratório de Cirurgia Experimental da mesma Faculdade, permitiram-me requerer e obter do «Instituto para a Alta Cultura» uma bolsa de estudo fora do País pelo prazo de um ano. A escolha da cidade de Milão e do Serviço de Cirurgia dirigido pelo PROF. MÁRIO DONATI, segundo as indicações do PROF. FRANCISCO GENTIL, prestava-se muito bem à aprendizagem de ordem geral e à continuação de investigações por mim iniciadas, visto que a índole de parte dos trabalhos publicados por aquêlê Serviço demonstrava orientação idêntica à que eu escolhera.

As pesquisas efectuadas nos dois Serviços, onde tenho a honra de trabalhar, revelaram-me alguns factos novos, ordenados na minha dissertação de doutoramento *Desperdício biliar*. A extensão e complexidade do problema não consentiram uma investigação total do assunto, de maneira que, ao requerer o estágio em Itália, propunha-me continuar os estudos sôbre os efeitos da perda de bile. Os resultados obtidos deixavam caracterizar algumas das mutações sanguíneas ocasionadas pelo desvio da bile para o exterior, bem como o grau do sofrimento do sistema ósseo em tais circunstâncias. Em outra série de experiências, determinei o papel respectivo da falta de bile ou do seu desperdício na eclosão da doença e, applicando à clínica os resultados da experimentação, demonstrei o auxílio fornecido pelo exame de certas variações hemáticas no diagnóstico de alguns padecimentos da via biliar comum.

Entre as modificações encontradas nas autópsias dos animais que haviam sofrido, em vida, uma prolongada perda de bile, observava-se, freqüentemente, um aumento variável do volume das glândulas paratiroides; por outro lado, a comparação do quadro sanguíneo provocado pelo desperdício biliar com as variações identificadas no decurso de outras alterações ósseas fazia suspeitar o papel desempenhado pela vitamina *D* na patogenia e tratamento da doença. As investigações a este respeito apenas se tinham iniciado, de modo que, no programa de estudo em Milão, apresentado ao «Instituto para a Alta Cultura», mencionava as diferentes investigações a que entendia dever proceder para esclarecer, no todo ou em parte, estes dois aspectos do problema.

Os trabalhos publicados pelo Serviço de Clínica Cirúrgica dirigido pelo PROF. DONATI, muitos dos quais referentes à fisiopatologia das glândulas paratiroides e às desordens provocadas pelo desperdício biliar, deixavam-me acalentar a esperança de encontrar as melhores condições de trabalho para levar a bom termo a tarefa sobre cirurgia experimental das vias biliares. A estadia em Milão permitir-me-ia também, dado o enorme movimento diário de cirurgia geral no Serviço, enriquecer os conhecimentos necessários para o desempenho do lugar de assistente de Clínica Cirúrgica.

Circunstâncias especiais, ocorridas entre a data da concessão da bolsa de estudo e a minha chegada a Itália, determinaram o afastamento do PROF. MÁRIO DONATI da cátedra de Clínica Cirúrgica, que tão proficientemente ocupava. A deferência com que me recebeu o ilustre professor (a quem entreguei a carta de apresentação que amavelmente me dera o PROF. FRANCISCO GENTIL, ao qual muito grato me confesso) não escondia a mágoa por não poder orientar os meus trabalhos na Clínica, informando-me de que a falta de nomeação do seu substituto não me garantia um aproveitamento suficiente. Ofereceu-me o PROF. DONATI as melhores condições de estudo no «Instituto do Cancro de Milão», onde nessa mesma manhã comecei a trabalhar, e a assistência, primeiro, a cooperação, depois, nos diversos actos cirúrgicos por êle realizados na sua numerosa clínica particular.

Ao examinar os trabalhos publicados e o programa de estudo que apresentei, levou ao meu conhecimento a impossibilidade de



realizar investigações de cirurgia experimental no Serviço de Clínica Cirúrgica, porquanto uma infeliz reclamação dos habitantes de Milão, fundada no incómodo causado pelo latir dos cães, obrigou a afastá-los da Clínica, terminando assim tôda a experimentação cirúrgica.

Em face da impossibilidade de empregar o tempo de estágio segundo as directrizes prèviamente delineadas, officiei ao «Instituto para a Alta Cultura», a participar o sucedido e submetendo ao seu alto critério a modificação do programa primitivo.

Consoante as instruções recebidas, trabalhei num primeiro período — Outubro de 1938 a Fevereiro de 1939 — nas secções de cirurgia e biologia do «Instituto do Cancro», na última das quais, com a aprovação do PROF. RONDONI, Director do Instituto e da Secção, continuei as pesquisas iniciadas no Pôrto sôbre as variações da fosfataseia nos cancros dos ossos; numa segunda fase — depois do PROF. GIAN MARIA FASIANI assumir a direcção do Serviço de Clínica Cirúrgica — dividi a minha actividade pelos dois centros de estudo, continuando as anteriores investigações e iniciando novos trabalhos.

A estadia em Itália forneceu-me ocasião para tomar parte no «IV Congresso Internacional de Patologia Comparada» e para visitar alguns Institutos e Clínicas de Roma. É da aprendizagem feita, trabalhos efectuados e visitas realizadas que venho agora dar relato, visto que o recomêço do estágio em Itália, interrompido em Julho último pelo início das férias, se encontra prejudicado pelas actuais condições internacionais.

\*

*O Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro*, fundado em Milão no ano de 1928 com o auxílio de muitas e generosas dádivas, integrado no conjunto da obra de luta anticancerosa, tem aumentado a sua actividade a-par e passo, no duplo campo da investigação científica e da prática terapêutica. Igual atenção mereceram aos seus dirigentes os dois motivos da sua instituição, pois se como elemento social o Instituto se distingue, naturalmente, pelos resultados clínicos na tentativa da cura neoplásica, a sua existência justifica-se melhor pela

necessidade de estudar pormenorizadamente os problemas de biologia da célula tumoral e das diversas acções terapêuticas.

Situado no meio da cidade universitária, embora só em parte sirva a organização escolar, o «Instituto do Cancro» possui, devido a esta vizinhança com as diversas secções de algumas Faculdades, uma maior possibilidade de trabalho, aproveitando as condições materiais dos Institutos Universitários.

O edifício onde está instalado o I. V. E. III, construído para o fim a que se destina, compõe-se dum corpo central,



INSTITUTO DO CANCRO DE MILÃO

em três pavimentos, onde se encontra a administração, consulta externa, biblioteca, sala de aulas e conferências, laboratórios de Anatomia Patológica, Biologia e Radiologia e Secção operatória, e de duas grandes salas laterais, igualmente em três pisos, para alojamento de doentes; nas caves estão colocados os serviços de cozinha, rouparia, desinfecção, lavandaria, depósito de material e casa mortuária.

Segundo a sua organização, funciona o «Instituto do Cancro» com cinco secções distintas e de direcção autónoma, mas em íntima e permanente colaboração.

A *secção biológica*, com cinco laboratórios nos quais se destaca a instalação para cultura de tecidos «in vitro», ocupa

quási tóda a parte anterior do andar intermédio do edificio. Beneficia muito esta secção do facto do seu director, PROF. RONDONI, dirigir também o «Instituto de Patologia Geral», o que permite a utilização de todos os aparelhos e livros de que o estabelecimento universitário está amplamente fornecido.

Nos laboratórios da secção biológica realizam-se não só as investigações puramente científicas, como também tódas as análises necessárias ao estudo dos doentes internados nas enfermarias ou examinados na Policlínica, as quais no fim do ano atingem número elevado.

A *secção médico-cirúrgica*, sob a direcção do PROF. DONATI até Janeiro de 1939, debaixo da chefia do PROF. PIETRO BUCALOSI depois desta data, desempenha o papel social mais importante, dada a terminação da secção médica há dois anos. Compõe-se esta secção de duas divisões — homens e mulheres — e dum serviço de consulta externa. Por acôrdo especial entre a Administração Provincial de Milão, a Liga Italiana da luta contra os tumores e a administração do «Instituto do Cancro», funciona na consulta externa, desde 1936, a *Policlinica Provinciale di accertamento diagnostico dei tumori*, instituição onde são enviados, para juízo diagnóstico, com o auxílio de todos os meios que o Instituto possui, os doentes suspeitos de formações neoplásicas. Nos casos em que a existência da massa tumoral parece não oferecer dúvidas à face da clínica, é dada entrada imediata ao doente, fazendo-se o seu estudo complementar depois do internamento; quando a doença apenas se suspeita, os exames auxiliares fazem-se com o doente fora do Instituto, relegando-se a admissão para depois de apurados os resultados.

Tem o Instituto a possibilidade de albergar para cima de 200 doentes, mas, em regra, a média diária de 140-150 internados não é ultrapassada, existindo, assim, uma larga margem para entradas urgentes de casos em que a demora pode ocasionar graves prejuízos. Afluem às enfermarias muitos enfermos com cancros avançados, incuráveis, sem possibilidade de grandes benefícios terapêuticos, o que sobrecarrega muito a mortalidade geral do Instituto e aumenta a média de permanência, a qual atinge 28 dias para cada doente. Os cancerosos incuráveis, mais de metade dos internados, são separados dos que seguem trata-

mento presumivelmente curativo, collocando-se os primeiros nos leitos do andar intermédio, enquanto que os doentes curáveis se distribuem pelas enfermarias do pavimento térreo e os pensionistas se alojam nos quartos particulares do andar superior; evita-se dêste modo, a promiscuidade social entre doentes descrentes e esperançados na cura.

Colocado entre as duas alas, em frente à secção radiológica, o bloco operatório é formado por uma sala grande para operações,

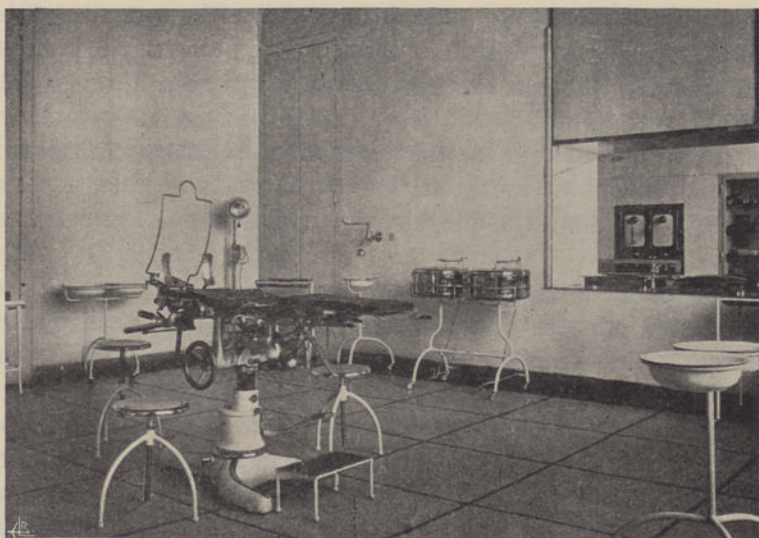


INSTITUTO DO CANCRO DE MILÃO — *Enfermaria*

sala de esterilizações, quarto de preparação e anestesia do doente, — o qual serve também para as operações sépticas — lavabos e vestiário com quarto de banho.

A existência duma só sala de operações para as duas divisões de homens e mulheres, em serviço ainda da secção ginecológica, e o elevado número de doentes internados fora dos limites da acção cirúrgica, explicam que o movimento operatório não seja muito grande, embora em aumento progressivo, pois de 297 intervenções em 1937 subiu a mais de 400 no ano de 1938. Mais que o número, têm valor a natureza, variedade e resultados

das operações praticadas, destacando-se, pela sua freqüência, a cirurgia gástrica e da glândula mamária e o tratamento cirúrgico dos gânglios cervicais nos doentes com processos tumorais do *cavum* oral. É certo que é ainda muito grande a desproporção entre a quantidade de cancros externos e o de lesões neoplásicas de órgãos internos, mas, pouco-a-pouco, a freqüência dos blastomas viscerais vai aumentando, como resultado da acção da Policlínica Provincial e dos múltiplos meios de luta anticancerosa. Atendendo



INSTITUTO DO CANCRO DE MILÃO — Sala de operações

à gravidade das intervenções operatórias e à idade dos doentes não é grande a mortalidade, a qual atingiu 1,5 % no ano de 1938.

Para tornar mais perfeita a colaboração entre o Instituto e os médicos assistentes, os doentes são portadores, quando saem da enfermaria, dum pequeno relatório, onde se mencionam os exames realizados, diagnóstico, tratamento seguido e razões da sua escolha. Além disso, todo o doente operado ou sujeito a cura física é periodicamente revisto, primeiro com intervalos de um a dois meses e depois, passados cinco anos, a espessos de tempo mais largos. A revisão dos doentes já tratados ocupa parte do tempo

da consulta externa, pois o número de tais exames chegou ao milhar em 1938 e aumenta, naturalmente, em cada ano.

O pessoal médico da secção compõe-se, além dos PROFS. DONATI e BUCALOSI, director e auxiliar, de dois assistentes efectivos e dois voluntários. Em regra, começávamos o serviço de enfermaria às 9 horas, pela visita aos doentes passada pelo assistente da divisão, seguida de vários exames e curativos sempre praticados por médicos. A consulta externa iniciara-se entretanto às 10 horas, procedendo o assistente médico junto da secção cirúrgica ao exame geral dos doentes e à elaboração das fichas clínicas até que, terminado o serviço de enfermaria, o professor auxiliar completava a sua observação e procedia à revisão dos doentes operados.

Nos dias em que se efectuavam intervenções cirúrgicas, o trabalho principiava entre as 7 e 8 horas, acabando a sessão operatória ao meio-dia, depois da realização de várias intervenções.

Da parte de tarde, após nova consulta externa, anotavam-se as histórias clínicas e acompanhávamos o PROF. BUCALOSI em nova visita aos doentes, observando e discutindo os casos mais interessantes.

Equiparado a assistente, tive ocasião de tomar parte em todo o género de trabalhos. Freqüentando primeiramente as enfermarias, a consulta e a sala de operações, foram-me depois entregues vários doentes para examinar e tratar e consentiram-me colaboração cirúrgica amiüdada, como primeiro ajudante dos PROFS. DONATI e BUCALOSI. Mais tarde, pratiquei muitas intervenções operatórias e substituí os assistentes efectivos no seu trabalho diário, mesmo na consulta externa, a qual algumas vezes efectuei sozinho. Nas horas deixadas livres pelo serviço da secção cirúrgica procedia, na secção biológica, às pesquisas acima mencionadas.

Junto da secção médico-cirúrgica, ocupando metade do andar intermediário duma das alas laterais, existe uma pequena *secção de ginecologia* dirigida pelo PROF. ALFIERI, com cerca de trinta leitos ocupados. É muito pequeno o movimento operatório, porque o estado avançado em que, no geral, aparecem as doentes com epitelomas uterinos mais aconselha a radioterapia que a exérese cirúrgica. A consulta externa privativa desta secção organiza-se

nos mesmos moldes da anterior, com idêntico sistema de revisão dos enfermos operados ou tratados com Raios X ou Rádio.

A *secção de radiologia* é, ao mesmo tempo, sede do Instituto de Radiologia da Universidade, constituindo, dêste modo, a única parte do *Istituto Vittorio Emanuele III* ligada ao ensino médico. É grande a sua actividade no campo biológico, diagnóstico e terapêutico, bem como nos diversos graus de ensino, tanto mais que a sua situação especial permite-lhe ter, além do seu Director, PROF. PERUSSIA, dois professores auxiliares e dois assistentes efectivos, do Instituto e da Faculdade e, ainda, alguns assistentes voluntários.

A *secção* é formada por três subsecções — diagnóstico, radioterapia, curieterapia —, instaladas as duas últimas no pavimento térreo e a primeira no andar intermédio. Contrasta bastante, pelo seu valor, a instalação de radioterapia com a de radiodiagnóstico, pois, enquanto aquela se encontra muito bem fornecida de aparelhagem, a segunda apenas se pode considerar suficiente para o serviço diário.

Na sala de diagnóstico existem duas mesas, que servem simultaneamente para radioscopia e radiografia e as outras dependências da subsecção são ocupadas pelas salas de consulta, biblioteca, fotografia, arquivo, demonstrações, revelação e secagem, leitura de radiografias, gabinetes do Director e assistentes.

As instalações de radioterapia dispõem de três geradoras de 200.000 *volts* cada uma, as quais alimentam cinco aparelhos de radioterapia, uma outra geradora de 400.000 *volts* e um aparelho de plesioradioterapia, o que permite tratar, ao mesmo tempo, sete doentes. No ano findo receberam tratamento 395 novos doentes, com o total de 10.157 sessões de radioterapia profunda e semi-profunda e 1.194 sessões de plesioterapia, mas qualquer dêstes números encontra-se abaixo dos valores reais, pois, para cada doente, é apenas estabelecida uma ficha, de tal modo que, se há necessidade de completar ou refazer uma cura física depois do doente sair do Instituto, as sessões já não se encontram mencionadas no total. É grande também o movimento em radiodiagnóstico, pois a *secção* recebe para exame não só os doentes internados nas enfermarias mas também os enviados da Policlínica e ainda os que directamente procuram o auxílio dos raios *Röntgen*; durante

o ano de 1938 foram examinados 938 doentes que necessitaram de 2.544 chapas radiográficas.

A subsecção de curieterapia ocupa várias dependências, com salas de consulta, preparação de doentes, confecção de aparelhos, aplicações, medidas e divisão de rádio, caixa forte, etc. Possui grama e meio de rádio, o que permite tratar 450 doentes por ano, número que constitue, segundo a opinião do seu Director, o limite máximo possível, dada a quantidade de rádio disponível.

Tal como na consulta externa, os doentes tratados com rádio ou raios X são metódica e constantemente revistos, de modo que um enfermo que sofreu tratamento misto, cirúrgico e pelas radiações, é vigiado pelas duas secções, podendo combater-se a possível recidiva logo após o seu comêço.

Nos boletins de radiodiagnóstico ou de terapia fica sempre anotada, além das indicações referentes ao exame radiológico ou à cura física, uma sùmula da observação clínica, para o que os doentes enviados a esclarecimento diagnóstico ou a tratamento pelas radiações se acompanham sempre da respectiva ficha clínica; depois do acto operatório, nos casos em que êste se efectua, arquivam-se ainda as lesões encontradas, a técnica usada e o resultado do exame histo-patológico.

A *secção anátomo-patológica*, dirigida pelo PROF. PEPERE, na parte anterior do pavimento térreo, possui três laboratórios de histologia patológica e uma sala de autópsias, além das indispensáveis instalações para fotografia e microfotografia e para preparação de peças. Durante o ano de 1938 fizeram-se 88 necropsias de doentes falecidos no Instituto e efectuaram-se 773 análises histológicas de órgãos internos, 122 de órgãos externos e 292 hemogramas. Muitos exames histológicos foram praticados durante o acto operatório, para informe diagnóstico, segundo o método de congelação. Possui a secção um regular museu de anatomia patológica, em parte prejudicado pela insuficiente dotação, um arquivo de fotografias de peças anatómicas de maior valor demonstrativo e outro de preparações histológicas, onde se contam mais de 6.000 exames.

A actividade didáctica do Instituto exterioriza-se de diversas formas. Além das lições aos alunos do curso geral de Radiologia e do de especialização radiológica que, todos os anos, seguem o



seu funcionamento normal, tem-se organizado no Instituto e na Academia Médica Lombarda séries de prelecções sôbre tumores, dadas por professores e assistentes. Na sala de conferências reünem-se, a espaços de tempo variáveis, os médicos do Instituto, para comunicarem os resultados das suas investigações. Recebem ainda as diversas secções alguns alunos do último ano do curso médico, que aí estagiam como internos ou preparam a tese final.

A revista *Tumori*, fundada pelo PROF. FICHERA, tornou-se propriedade do Instituto e funciona quasi como seu órgão oficial,



INSTITUTO DO CANCRO DE MILÃO — *Lab. de Hist. Patológica*

pois segundo as normas estabelecidas a-quando da sua organização, a revista deve, em primeiro lugar, publicar as investigações do pessoal do Instituto, qualquer que seja o seu tema, no campo experimental, biológico ou clínico, só depois inserirá os trabalhos de autores italianos de outras escolas e de alguns estrangeiros, terminando por uma notícia das publicações aparecidas em diversas revistas estrangeiras, principalmente no respeitante aos diversos problemas suscitados no estudo dos tumores.

A existência do arquivo *Tumori* permite o intercâmbio com numerosas revistas italianas e estrangeiras, de tal forma que dos

97 periódicos que o Instituto recebe só dois são pagos, todos os outros advindo por troca, o que dá à Biblioteca a possibilidade de ter uma boa colecção de revistas, em especial de cancerologia.

Os trabalhos de professores ou assistentes, publicados em *Tumori* ou outras revistas, reünem-se em volumes «Trabalhos do Instituto», dos quais já foram organizados alguns números. Atingem grande quantidade e distinguem-se pelo alto valor de algumas, as publicações do pessoal médico do Instituto, sôbre assuntos de índoles muito diferentes.

\*

Dentro do *Ospedale Maggiore*, no pavilhão *Zonda*, encontra-se instalado o Serviço de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Milão. As variadas dependências ressentem-se muito da antiguidade do edifício, mas terminou-se já um novo hospital moderno, pertença também da vasta organização «*Istituti Ospedalieri di Milano*», onde serão talvez albergadas as clínicas escolares.

O pavilhão *Zonda* compõe-se de várias secções distribuídas pelas caves e por quatro outros pavimentos. No andar colocado abaixo do nível do terreno, dispõem-se as salas de cirurgia experimental, hoje sem qualquer actividade, os alojamentos dos pequenos animais de laboratório e as indispensáveis secções ao funcionamento da Clínica.

O rés-do-chão do edifício é ocupado pelos gabinetes do Director e dos professores auxiliares, vestiários, um grande anfiteatro, consulta externa, secção operatória, serviço de electroterapia e raios X e diversos laboratórios. A secção operatória compõe-se de duas salas para intervenções assépticas, uma antiga, parecendo uma simples adaptação, e outra, mais moderna, coberta de uma clarabóia de vidro, de maneira que alunos e assistentes, colocados fora da sala, podem seguir as operações sem risco de dificultar o trabalho cirúrgico ou infectar os doentes; ao lado de cada sala existe um quarto para desinfecção dos cirurgiões e esterilizações de ferros, e, entre as duas, um largo corredor serve de sala de preparação dos doentes, lá se realizando as diversas anestésias, enquanto o operador termina a antecedente intervenção. Dêste

modo, e com a contínua desinfecção de ferros por fervura, consegue-se, como adiante se verá, um enorme movimento cirúrgico.

O serviço privativo de electroterapia e raios X possui uma sala de radiodiagnóstico, dotada de regular instrumental, um aparelho de radioterapia com uma potência de 200.000 volts, quarto para revelação de fotografias e radiografias, sala para aplicações de diatermia, raios ultra-violeta e infra-vermelho, gabinete de leitura das chapas radiográficas e gabinete do chefe de serviço, PROF. MUCCHI.



MILÃO — *Novo Ospedale Maggiore*

Quatro laboratórios de química biológica, bacteriologia e anatomia patológica facilitam a realização das análises necessárias ao estudo dos doentes e às investigações em curso. À parte as pesquisas mais vulgares, da competência das senhoras filiadas na benemérita Cruz Vermelha Italiana, tôdas as outras análises são efectuadas pelos assistentes das enfermarias encarregados do estudo completo dos doentes, pois os laboratórios não têm pessoal próprio, nem mesmo serventes em número suficiente.

Por cada um dos três restantes pavimentos distribuem-se duas enfermarias, de cirurgia asséptica no primeiro (salas I e II), de cirurgia asséptica e traumatologia no segundo (III e IV), de doentes infectados no terceiro (V e VI), com um total de 150-160

leitos. As quatro enfermarias do primeiro e segundo andares revestem uma disposição uniforme: três pequenos quartos com quatro camas cada um, uma sala grande com 18 a 20 leitos, um quarto de exames e curativos, lavatórios e sala de banho. Na parte posterior do primeiro pavimento vêem-se ainda salas para medidas de metabolismo basal, gabinete de urologia, vestiário de assistentes, arquivo da Clínica e biblioteca, alojada em três pequenas divisões. O PROF. FASIANI, dada a sua especialização em intervenções sobre o sistema nervoso central, resolveu adaptar a neuro-cirurgia uma das salas da biblioteca, a qual já em tempos funcionara como quarto de operações; os serviços de arquivo e biblioteca foram então transferidos para os gabinetes dos professores auxiliares, numa solução meramente provisória.

Situada entre as enfermarias de traumatologia existe uma sala para redução de fracturas e confecção de aparelhos gessados, as primeiras efectuadas sempre com ajuda dum aparelho portátil de radiodiagnóstico.

As enfermarias para doentes infectados são mais pequenas, alojando o máximo de quinze enfermos cada uma. Anexos à enfermaria há uma sala para operações sépticas e um quarto de exames e curativos.

Trabalhava no Serviço de Clínica Cirúrgica uma grande quantidade de pessoal médico e de enfermagem. Além do assistente-chefe, contavam-se, em cada enfermaria, quatro ou cinco assistentes voluntários e um ou dois internos, alunos do último ano do curso médico; os 28 assistentes que tinha a Clínica alternavam-se no serviço das várias enfermarias, permanecendo seis meses seguidos em cada uma. O pessoal de enfermagem compunha-se, em cada sala, de uma irmã de Caridade, de uma senhora da Cruz Vermelha, de um enfermeiro e de duas criadas, os quais apenas realizavam o serviço da sua enfermaria, pois a secção operatória tinha pessoal privativo.

A gentileza do PROF. FASIANI colocou-me, logo após a minha chegada à Clínica, como assistente voluntário nas salas de cirurgia asséptica, onde segui durante cinco meses os trabalhos do serviço. A visita matinal aos doentes começava às 8 horas, dirigida pelo assistente-chefe da sala acompanhado dos voluntários ou, na falta daquele, pelo mais antigo dos últimos. Depois da

visita procedíamos a tratamentos e curativos, sempre realizados por médicos e nunca por pessoal de enfermagem. O restante do tempo livre da manhã ocupávamo-lo na prática de várias análises e investigações ou assistíamos às lições de Clínica Cirúrgica, proferidas pelo PROF. FASIANI. O serviço interrompido ao meio-dia era retomado às 17 horas, por uma nova e rápida visita aos doentes, a pouco mais se resumindo a actividade da parte de tarde.



MILÃO — Novo Ospedale Maggiore

A circunstância do pavilhão *Zonda* estar integrado no funcionamento do *Ospedale Maggiore* regulava a entrada dos doentes nas enfermarias. O internamento dos enfermos efectuava-se apenas de três em três dias, sendo os doentes enviados pelo pavilhão de Aceitação à Clínica, a qual gozava do privilégio de recusar a sua admissão se entendesse que tal ramo de patologia não interessava, de momento, ao ensino. Nos dias de entrada de doentes os assistentes permaneciam mais tempo na Clínica; logo após a sua chegada, os enfermos eram examinados pelos diferentes assistentes voluntários que imediatamente redigiam a história clínica, de modo que, ao passar a visita da tarde e de posse de tôdas as informações, o chefe de sala indicava os meios auxiliares de diagnóstico a utilizar nos dias imediatos,

O ritmo intenso e organizado de trabalho dava lugar a um grande movimento de doentes, como consta dos números seguintes, referentes aos seis anos de direcção do PROF. DONATI:

ANOS	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Totais parciais
SALA I HOMENS	557	702	741	845	838	905	4.588
SALA II MULHERES	421	555	638	742	764	807	3.927
SALA III MULHERES	554	590	650	656	732	794	3.976
SALA IV HOMENS	722	907	1.080	1.008	1.004	1.101	5.822
SALA V MULHERES	170	190	171	177	197	321	1.226
SALA VI HOMENS	125	215	204	235	262	359	1.400
TOTAIS	2.549	3.159	3.484	3.663	3.797	4.287	20.939

As sessões operatórias ocupavam, em regra, as manhãs dos dias em que não se efectuavam lições de Clínica Cirúrgica ou, quando a necessidade a tal obrigava, as intervenções tinham lugar depois das aulas. O PROF. FASIANI fazia-se ajudar dos assistentes efectivos e voluntários das enfermarias a que pertenciam os doentes e executava várias intervenções a seguir, nas duas salas de que é dotada a Clínica. Os actos cirúrgicos de menor responsabilidade eram confiados aos assistentes efectivos e voluntários, os quais, revezando-se por turnos no serviço da sala de operações, tinham todos ocasião de praticar, durante o ano, variadas intervenções. Dentro da sala de operações permanecia sempre, além do cirurgião e seus ajudantes, um assistente voluntário ou um aluno interno, encarregado de anotar com minúcia as lesões verificadas durante a intervenção e os diferentes tempos da técnica cirúrgica adoptada.

A grande quantidade de assistentes, as possibilidades de alojamento de doentes na Clínica, a boa organização da sala de operações e a excelência do seu pessoal auxiliar, permitiam levar a cabo muitas intervenções em cada manhã, num ritmo de intenso trabalho, de que é prova o quadro junto, onde se anotam as operações efectuadas nos últimos seis anos.

ANOS	1933	1934	1935	1936	1937	1938	Totais parciais
SALA I HOMENS	409	520	585	623	667	714	3.518
SALA II MULHERES	315	437	525	594	621	656	3.148
SALA III MULHERES	210	298	324	367	355	377	1.931
SALA IV HOMENS	262	351	327	306	293	401	1.940
SALA V MULHERES	111	137	142	174	144	214	922
SALA VI HOMENS	99	157	162	171	187	280	1.056
TOTAIS	1.406	1.900	2.065	2.235	2.267	2.642	12.515

Como consequência da diversidade de doentes internados nas seis enfermarias varia bastante a natureza das operações efectuadas, não tanto, todavia, quanto o seu número deixaria pressupor. A circunstância da Clínica depender do conjunto do *Ospedale Maggiore* justifica, em parte, a falta de intervenções de determinado género, pois os portadores de doenças urológicas, ginecológicas, etc., são conduzidos aos respectivos pavilhões da especialidade. Uma outra lacuna — e esta de maior vulto — existe no funcionamento da Clínica — a falta de um serviço de urgência. Todos os doentes necessitados de socorro cirúrgico imediato são tratados no pavilhão de Aceitação, onde funciona, a cargo dum corpo médico privativo, o

único serviço de urgência do *Ospedale Maggiore*. Dêste modo, era-nos impossível observar na Clínica muitas das difíceis e interessantes operações de urgência, apenas a uma ou outra se assistindo quando o acidente agudo atingia um doente internado.

O PROF. GIAN MARIA FASIANI orientava o curso de Clínica Cirúrgica aos alunos do 6.º ano (1) através de aulas teórico-práticas efectuadas três vezes por semana. Em cada proveitosa lição apresentava dois ou mais doentes, discutia o seu problema clínico e, a-propósito de determinada patologia, lembrava rapidamente as condições etio-patogénicas, a sintomatologia clínica e as directrizes de tratamento. Ao contrário do regulado na organização de ensino nas nossas Clínicas, não se efectuavam sessões de trabalhos práticos aos alunos de Clínica Cirúrgica. Os estudantes limitavam-se a seguir as prelecções, examinando apenas os doentes no anfiteatro quando o PROF. FASIANI os convidava a tomar parte na discussão de diagnóstico. Para compensar esta falta de contacto com os doentes, tinham os alunos do 6.º ano obrigação de estagiar como internos nos mais variados hospitais ou Institutos Clínicos, sujeitando-se, desta maneira, a um ensino pouco uniforme.

Sobem já a algumas centenas as publicações científicas da Clínica, a demonstrar uma grande actividade de professores e assistentes. Trabalhos de Clínica, Cirurgia Experimental, Bacteriologia, Anatomia Patológica, encontram-se esparsos por quasi tôdas as revistas italianas e por numerosas estrangeiras.

\*

O estágio de dez meses em Milão, no Instituto do Cancro e em Clínica Cirúrgica, e a frequência das Casas de Saúde de *Quadronno*, *Villa Aegle* e *Princesa Yolanda*, a acompanhar e ajudar o PROF. DONATI, permitiram-me observar ou praticar as mais variadas intervenções cirúrgicas. À medida que se prolongava a estadia no Instituto e na Clínica, confiavam-me a realização de actos cirúrgicos de maior responsabilidade; tive assim ocasião de executar ablações de tumores cutâneos ou subcutâneos, desarti-

---

(1) O curso médico em Itália é formado por seis anos de estudo, mas não é precedido de preparatórios na Faculdade de Ciências.



culações, exérese de tumores benignos do seio, amputações do seio com esvaziamento ganglionar da axila, esvaziamentos ganglionares submandibulares, esvaziamento alargado do pescoço com ablação da veia jugular interna e dos músculos esterno-cleido-mastoideu, omo-hioideu, estilo-hioideu, e ventre posterior do digástrico, cura de hérnias, gangliectomia lombar, etc. Além disso, assisti ou cooperei, sempre como 1.º ajudante, nas seguintes intervenções cirúrgicas:

### CIRURGIA DO CRÂNIO E FACE

Exérese de cistos sebáceos do couro cabeludo. Trepanações descompressivas. Ablação de tumores cerebrais ou meníngeos. Secção de aderências peri-quiásmáticas.

Diatermo-exérese de tumores da face. Extirpação de tumores mistos da glândula parótida. Amputação do pavilhão auricular. Ressecções parciais dos lábios e da língua. Autoplastia dos lábios e da orelha. Ablação de tumores das gengivas, das amídalas e da mucosa geral. Trepanação do maxilar superior e inferior. Ressecção parcial do maxilar inferior.

### CIRURGIA DO PESCOÇO

Laqueação da carótida interna por aneurisma artério-venoso intracraniano. Enervação do seio carotídeo. Laqueação das artérias tiroideias. Tiroidectomias extra e intracapsulares. Ressecção de metástases de cancro tiroideu. Enucleação de bócios. Ablação da glândula submaxilar por submaxilite calculosa.

Esvaziamento ganglionar das regiões submaxilar, carotídea e supra-clavicular (uni e bilaterais). Esvaziamento extenso do pescoço, segundo *Roux-Berger*, com ressecção da veia jugular interna e dos músculos esterno-cleido-mastoideu, omo-hioideu e ventre posterior do digástrico. Exérese dum tumor cervical, de origem embrionária.

Traqueotomia. Simpaticectomia cervical. Estelectomia.

### CIRURGIA DO TÓRAX E RÁQUIS

Exérese de tumores benignos cutâneos e subcutâneos. Esvaziamento ganglionar das regiões axilar e infra-escapular.

Ressecções parciais da glândula mamária por lesões benignas (nódulos de mastite crónica, mastite fibrocística e tuberculose, cisto solitário e adenoma). Mastectomias totais por mastite fibrocística e epiteloma dendrítico. Amputação do seio com esvaziamento ganglionar da axila, segundo *Danis*. Extirpação de recidivas de epitelomas mamários. Autoplastia do seio.

Pleurotomia. Ressecção de costelas. Toracoplastia lateral. Ablação, em dois tempos, de cisto hidático do pulmão.

Laminectomia descompressiva. Ablação de exostoses e condromas da coluna vertebral.

## CIRURGIA DO ABDÓMEN

### *Parede abdominal:*

Extirpação de lipomas e fibromas. Lipectomia por ventre pendulo. Cura cirúrgica de hérnias inguinais, crurais e umbilicais. Cura de eventração post-operatória. Laparotomias exploradoras (cancro de estômago, fibro-sarcoma retro-peritoneal, metástases gânglio-lombares de epitelioma do cego, cancro da ansa sigmoideia).

### *Estômago e intestinos:*

Gastrostomia. Gastrorrafia por úlcera perfurada. Gastro-entero-anastomoses anteriores e posteriores, verticais, horizontais e oblíquas. Ressecções gastro-duodenais por úlcera gástrica ou duodenal e por cancro de estômago (técnicas de *Reichel-Polya*, *Hofmeister-Finsterer* e *Donati*). Ressecção gástrica por exclusão. Degastro-enterostomia. Cura cirúrgica da úlcera péptica consecutiva a gastro-enterostomia ou a gastrectomia.

Enterectomia. Entero-entero anastomose término-terminal ou latero-lateral. Íleo-transversostomia e íleo-sigmoidostomia.

Apendicectomia (por apendicite aguda, sub-aguda ou crónica). Abertura de abcesso apendicular. Cura cirúrgica de fístula estercoral consecutiva a perfuração de apêndice retro-cecal. Reposição e fixação da região íleo-cecal por cego invertido (técnica de *Donati*). Colostomia esquerda. Colectomia parcial. Hemi-colectomia direita. Cura de fístula gastro-jejuno-cólica (ressecção gastro-duodenal, ressecção da ansa anastomótica, colectomia parcial do transverso).

### *Ânus e recto:*

Amputação abdómino-perineal do recto. Amputação perineal do recto, com e sem abaixamento do cólon. Dilatação forçada do ânus. Extrição e ablação de tumefacções hemorroidárias.

### *Vias biliares:*

Colecistostomia. Colecistectomia.

### *Rins e vias urindrias:*

Incisão de fleimão peri-renal. Nefrectomia. Uretero-nefrectomia. Cistostomia supra-púbica. Ablação trans-vesical de tumor epitelial da bexiga.

*Órgãos genitais femininos:*

Ovariectomia. Salpingectomia. Anexectomia. Miomectomia. Histerectomia sub-total e total. Operação de *Wertheim*. Cura cirúrgica de prolapso uterino (colporrafia, colpo-perineorrafia).

*Órgãos genitais masculinos:*

Ablação de cistos do funículo ou do epidídimo. Ressecção de varicocele do cordão espermático. Inversão da vaginal por hidrocele. Orquidopexia (técnica de *Ombredanne*). Castração unilateral. Circuncisão. Amputação do pênis, com ou sem esvaziamento ganglionar das virilhas.

**CIRURGIA VASCULAR**

Ablação de angiomas. Laqueação de artérias. Sutura de feridas vasculares. Arteriectomia segmentar. Ressecção de varizes do cordão espermático, de vasos hemorroidários e das veias safenas.

**CIRURGIA DO SISTEMA SIMPÁTICO**

Simpaticectomia cervical. Enervação do seio carotídeo. Estelectomia. Gangliectomia lombar por via extra-peritoneal. Ramiseção lombar. Simpaticectomia peri-arterial.

**CIRURGIA DOS MEMBROS**

Regularização e sutura de feridas. Abertura de panarícios, teno-sinovites e fleimões da mão. Abertura de abscessos e fleimões do braço e coxa.

Exérese de lipomas, epitelomas calcificados e tumefacções parasitárias dos membros. Ablação de cistos das sinoviais tendinosas da mão. Tenorrafia dos tendões extensores da mão. Tenorrafia do tendão de Aquiles. Safenectomias totais e parciais. Esvaziamento ganglionar da região ínguino-crural.

Redução sangrenta de fracturas. Trepanação óssea. Sequestrectomia. Trepanação seguida de enxerto ósseo, por cisto solitário do calcâneo. Artrotomias. Amputações e desarticulações de vários segmentos dos membros.

Merecem especial referência, pelas técnicas cirúrgicas usadas e pelos resultados terapêuticos obtidos, alguns dos capítulos mencionados no índice operatório acima anotado.

É grande a frequência de doentes portadores de tumores malignos do *cavum* oral que afluem diariamente ao Instituto do Cancro de Milão, o que consente já hoje, pela experiência colhida em alguns anos de investigação clínica, a organização dum plano de combate a tais neoplasias. A colaboração entre o cirurgião e o rádio-terapeuta torna-se dia-a-dia mais perfeita e todo o doente atingido por um cancro da bôca é examinado sucessivamente nas secções cirúrgica e radiológica, dependendo a decisão escolhida do juízo de conjunto.

No combate à neoplasia atende-se à lesão primitiva local e ao departamento ganglionar regional, não só quando a clínica evidencia já a lesão metastática mas também nos casos em que a organização tumoral ganglionar permanece latente. A longa controvérsia, a respeito da ablação das cadeias ganglionares não atingidas pela metástase dum epiteloma primitivo do *cavum* oral, parece terminar hoje dando razão aos autores que afirmam ser não só inofensiva mas até necessária a exérese dos gânglios indemnes, pois a percentagem de invasão da barreira linfática não individualizada pela clínica é motivo mais que suficiente para praticar a sua ablação.

A sede e a natureza histo-patológica do tumor, indicam, naturalmente, a escolha do tratamento e o grau da mutilação cirúrgica, ordenada pela disposição habitual da anatomia linfática regional. Em regra, o plano terapêutico realiza-se em três tempos. Numa primeira fase, identificado pelo microscópio o tipo anátomo-patológico, procede-se ao tratamento da lesão local, utilizando-se a plesiorradioterapia nos cancros da parte externa dos lábios e o rádio, sob a forma de *ago-infissione*, nos epitelomas da mucosa genal e nos tumores da língua e das amídalas. Quando a tumefacção atinge um maior volume o bisturi intervém antes da irradiação, preparando, pela exérese de parte da neoplasia, uma maior possibilidade de acção do rádio, sem dar lugar a extensas zonas de necrose.

Depois de tratada a lesão local e acabada a reacção provocada pela cura física, realiza-se o tempo cirúrgico, o qual consiste na ablação em bloco de todos os gânglios em relação com a sede do tumor e do tecido celular que os cerca. A localização da neoplasia condiciona o grau de sacrifício operatório. Não é esta a

ocasião de analisar, em pormenor, este problema; dêle darei, apenas, resumida notícia.

Os tumores do lábio inferior, situados na superfície mucosa não mediana, obrigam a esvaziamento ganglionar submaxilar e infra-mentoniano, com ablação da glândula submaxilar e de todo o tecido conjuntivo compreendido entre o músculo esterno-cleido-mastoideu do lado da lesão e o ventre anterior do digástrico do lado oposto. As localizações medianas mucosas e as cutâneas conduzem a uma intervenção mais larga, onde se pratica a exérese bilateral das formações ganglionares, glândulas submaxilares e ventres anteriores dos músculos digástricos.

Nos cancros da língua e das amídalas efectua-se uma intervenção cirúrgica mais extensa, dado o caminho habitual dos colectores linfáticos daqueles órgãos. A operação, embora não conduza à exérese de todos os gânglios *possivelmente* atingidos, visto que as formações retro-faríngeas escapam ao bisturi, permite extirpar o maior número de linfo-glândulas de que a lesão lingual ou amidalina é tributada. O esvaziamento ganglionar praticado segundo a técnica de ROUX-BERGER, corresponde a uma difícil e demorada operação, pois obriga a ressecar em bloco os gânglios infra-mentonianos, submaxilares, jústulo-carotídeos e da base do crânio, o que só é possível com a ablação dos músculos esterno-cleido-mastoideu, omo-hioideu, estilo-hioideu e ventre posterior do digástrico, bem como o da veia jugular interna desde a base do crânio até à sua entrada no tórax. A-pesar-de um tão grande descalabro, a operação cota-se duma mortalidade mínima, beneficiando da circunstância de ser sempre realizada sob anestesia loco-regional, por infiltração para-vertebral dos nervos cervicais, anestesia mais que suficiente durante as duas horas necessárias para praticar a operação.

A escolha do método operatório torna-se muito mais difícil nos casos de cancro da mucosa genal, pois só o critério clínico e a experiência pessoal podem determinar a escolha do grau de esvaziamento ganglionar limitado, sub-mandibular, ou alargado, segundo ROUX-BERGER. Como regra, pode reter-se a ideia que a primeira operação convém aos pequenos epitelomas localizados, enquanto que o grande esvaziamento do pescoço se deve realizar quando a invasão epiteliomatosa ataca já a gengiva ou se acerca dos pilares anteriores.

O terceiro tempo do combate ao tumor pertence, de novo, às radiações. Decorridos 12-18 dias do acto-operatório, cicatrizada a brecha cirúrgica, aplica-se sôbre o local do esvaziamento um aparelho externo de rádio, para determinar a morte de tóda a célula neoplásica que, porventura, houvesse escapado à acção do bisturi.

As diversas fases de actuação terapêutica sucedem-se, no geral, pela ordem em que foram apresentadas, excepto nos casos em que diferentes factores ditam outra seriação de tratamentos. Se a neoplasia primitiva se apresenta limitada e, pelo contrário, a metástase ganglionar toma grandes proporções, dentro ainda das possibilidades cirúrgicas, o tempo operatório ocupa o primeiro lugar na sucessão das acções terapêuticas, relegando-se para mais tarde a cura física da lesão inicial; nestes casos, assim como quando existe uma grande necrose à volta do epiteloma bucal, parece mais lógico agredir a adenopatia antes da sua fixação aos planos profundos, tanto mais que os accidentes inflamatórios ao redor do tumor, agravados pelas radiações, reflectir-se-iam, malêficamente, na evolução da metástase gânglio-cervical.

É ainda cedo para afirmar os bons resultados desta colaboração rádio-cirúrgica nos tumores buco-faríngeos, visto as actuais directrizes de tratamento terem sido apenas instituídas no Instituto de Milão em 1935. Parece, contudo, pela revisão metódica dos doentes tratados, ser a atitude terapêutica altamente benéfica perante enfermidade que tão alta mortalidade causa, pois conduz à cura em muitos casos e prolonga a sobrevida em muitos outros.

O cancro do seio ocupa também lugar de relêvo no movimento diário do *Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III*. Observa-se ainda aqui uma íntima colaboração entre o rádio-terapeuta e o cirurgião, pois tóda a amputação da glândula mamária é seguida de um ou mais ciclos de radioterapia complementar; a prática, seguida em alguns centros de cancerologia, de aplicar as radiações antes da intervenção, não encontra nenhum defensor dentro do Instituto do Cancro de Milão.

A técnica cirúrgica adoptada é a preconizada por DANIS, de Bruxelas, com ablação dos dois músculos peitorais e esvaziamento

ganglionar depois de aberta à aponevrose clavi-peitoral; a dissecação realiza-se junto da veia, não respeitando muitas vezes a integridade da adventícia, o que pode, talvez, explicar os acentuados edemas do membro superior, persistindo ainda alguns meses depois da intervenção.

Não pára a acção terapêutica diante da recidiva local ou ganglionar; levantada a menor suspeita na observação periódica dos doentes operados logo acode a cirurgia e o rádio a pretenderem frenar a marcha invasora da recidiva carcinomatosa. As reproduções são assim perseguidas e torna-se freqüente observar doentes operados várias vezes. Existe um conjunto de doentes — em percentagem já hoje muito reduzida — que procuram a consulta do Instituto com cancros mamários em estado muito avançado, longe das possibilidades da cirurgia simples; não vi usar nestes casos a electro-cirurgia, parecendo que tal modalidade da terapêutica no cancro do seio é desconhecida naquele centro de estudo.

A cirurgia gastro-intestinal fornece, igualmente, alguns pormenores dignos de divulgação. A grande experiência dos operadores italianos nas doenças cirúrgicas do estômago e dos cólons consentelhes opinião própria e autorizada em questões de oportunidade operatória, escolha de intervenção e minúcias de técnica. Partidários, na sua quási totalidade, da ressecção gastro-duodenal na úlcera do estômago e do duodeno, realizam esta operação sempre que as condições locais da doença permitem o desenvolver dos diferentes tempos cirúrgicos. Aberto o abdómen, atendem muito mais às dificuldades encontradas do lado do duodeno que do lado da pequena curvatura gástrica, abstando-se, freqüentemente, de praticar a ressecção gastro-duodenal quando o duodeno não é mobilizável. Em tais casos, a gastrectomia cede o lugar à gastro-entero-anastomose ou, se a curva secretória acentua o alto grau de acidez estomacal, à gastrectomia por exclusão segundo a técnica de FINSTERER.

Tôdas as operações gastro-duodenais são realizadas sob anestesia local, após prévia administração duma injeção de escopolamina-morfina. Na sua maioria, os cirurgiões italianos adoptam a técnica de REICHEL-POLYA para efectuarem a ressecção

gastro-duodenal; existe, porém, uma série de pormenores que divergem com os cirurgiões, alguns elevando o acto cirúrgico a uma modalidade técnica própria. O PROF. MÁRIO DONATI pratica a cirurgia gástrica com uma perfeição, rapidez e aparência de simplicidade que impressiona profundamente. A sua extraordinária habilidade técnica, o profundo conhecimento da anatomia regional e a muita experiência da ressecção gastro-duodenal permitem-lhe terminar de forma perfeita e em curto espaço de tempo esta intervenção. Na técnica que habitualmente segue, modificação da clássica POLYA, efectua o tempo duodenal e as suturas gástricas com métodos por êle ideados, já conhecidos de leitura mas que ainda não havia visto pôr em prática. A pinça de DONATI-MARELLI, devida à sua inteligência, simplifica muito o tempo duodenal da operação, reduzindo-o a uns escassos três minutos, pois o côto duodenal é invaginado como se fôra um apêndice íleo-cecal e a peritonização secundária com o folheto pre-pancreático torna-se fácil devido à primeira manobra. Do mesmo modo, a sutura extra-mucosa, concebida por DONATI é, além de mais rápida, mais hemostática que a sutura total na anastomose gastro-jejunal. Trabalhos experimentais dum assistente da Clínica Cirúrgica de Milão demonstram não só o menor perigo de hemorragia secundária quando os vasos da camada sub-mucosa são apanhados obliquamente e o fio não corta a mucosa, mas até a cicatrização mais rápida ao nível da junção gastro-jejunal. Tive ocasião de realizar, no período post-operatório, em doentes gastrectomizados, vários esvaziamentos gástricos com a sonda de EINHORN e observei a não existência de líquido dentro do estômago nos ressecados segundo a técnica de DONATI, ao passo que nos operados em que se tinha realizado suturas totais a quantidade de líquido sanguinolento atingia 300 a 500 cc.; a repetição da exsudação sanguínea intra-gástrica obrigava a repetir a sondagem duas vezes por dia nos dias seguintes, a despeito de, com o intuito de evitar a hemorragia secundária, se efectuar a hemóstase preventiva dos vasos da sub-mucosa pela técnica de VON HABERER, manobra condenada pelos partidários da sutura extra-mucosa, que a acusam de provocar um grande edema, resultante dos numerosos pedículos de laqueação.

Não se segue, presentemente, na Clínica Cirúrgica de Milão a técnica idealizada por DONATI. O PROF. FASIANI, actual director



da Clínica, adopta a modalidade cirúrgica tipo REICHEL-POLYA, com leves modificações. Tôdas as laqueações são efectuadas com fio de sêda, os pedículos do grande e pequeno epíploon sem pontos de apoio, a extricção das artérias pilórica e gastro-epiplóica direita fixa à parede externa do duodeno; não realiza FASIANI a infiltração anestésica da base dos mesos, nem emprega a simples e engenhosa pinça duodenal; na anastomose gastro-jejunal adopta o método das suturas totais com hemóstase preventiva à maneira de VON HABERER e freqüentemente corta as paredes gástricas e intestinais com o bisturi diatérmico.

O período post-operatório dos doentes operados por qualquer das técnicas decorria, em geral, sem grandes acidentes, com uma mortalidade que deve orçar por 2-3%. O choque post-operatório era quási nulo, as complicações abdominais destacavam-se pela raridade e quási só os acidentes bronco-pulmonares causavam grande apreensão, explicando a maioria dos casos de morte.

As outras operações usadas na cirurgia da úlcera gastro-duodenal sofriam a acusação de não curar os doentes. A hemi-pilorectomia de JUDD, teve em Itália grande voga, atingindo, na estatística dos diversos operadores, uma alta percentagem, mas bem de-prensa caiu no esquecimento em face dos maus resultados obtidos com tal atitude operatória. A gastro-entero-anastomose era acusada de não obter regularmente o desaparecimento das perturbações em todos os pacientes, apontando FASIANI as cifras de 70% de casos completamente curados, 20% com perturbações dispépticas ligeiras e 10% com grandes perturbações, as quais, em 6% dos casos, deviam atribuir-se à úlcera péptica post-operatória. Impressionado por uma tão alta freqüência da ulceração da bôca anastomótica, principalmente quando comparada com a observada na nossa Clínica Cirúrgica do Pôrto, onde se pratica largamente a gastro-enterostomia, procurei explicar a divergência pelas desigualdades usadas na anastomose gastro-jejunal. Os resultados dêste estudo constituirão assunto dum trabalho a publicar, mas desde já posso acentuar que, na maioria dos doentes com úlcera péptica observados por mim, houve um êrro de técnica na realização de gastro-entero-anastomose. Além de que, embora a percentagem fôsse menor, encontrei várias úlceras pépticas em doentes que tinham sofrido uma extensa ressecção gastro-duodenal.



A cura operatória da úlcera péptica post-gastro-enterostomia ou post-gastrectomia constitue uma delicada operação que causa uma mortalidade mais elevada que a ressecção gastro-duodenal. As dificuldades técnicas encontram-se menos na realização das ressecções gástrica e jejunal que na fase de descoberta das lesões viscerais e da preparação dos órgãos para os tempos demolitivos. É quasi regra a extraordinária magma de aderências ao redor da anastomose gastro-jejunal, colocando em íntima coalescência o grande epíploon e o meso-cólon transverso e, em casos ainda mais complicados, sem que exista solução de continuidade do intestino grosso, pode o cólon transverso constituir o fundo da úlcera péptica. A libertação do cólon e respectivo meso-cólon torna-se o tempo mais delicado, seguindo-se-lhe, na ordem da dificuldade cirúrgica, a libertação do duodeno fixo, que, em anterior operação, não consentira a ressecção gastro-duodenal.

Isolado o duodeno e a bôca da anastomose a atitude operatória a seguir variava com o cirurgião. DONATI começava pelo tempo duodenal, passando depois ao tratamento da lesão da bôca anastomótica; ressecava a ansa intestinal, fazendo uma imediata entero-enterostomia término-terminal e, após introdução do segmento de jejuno no andar superior do ventre, realizava uma ressecção gástrica pela técnica habitual, terminando por uma anastomose gastro-jejunal a jusante da primitiva, em situação pré-cólica ou trans-meso-cólica, consoante o estado do meso-cólon transverso.

FASIANI procedia sempre em primeiro lugar ao isolamento da bôca de anastomose e transportava depois tóda a operação para o andar superior do ventre, onde efectuava a degastro-enterostomia, seguida da sutura transversal da brecha do jejuno e de nova anastomose abaixo desta costura, após larga ressecção gastro-jejunal.

A-pesar-de estas intervenções se apresentarem como radicais, assiste-se muitas vezes à recidiva da úlcera péptica no côto de amputação gástrica; a explicação torna-se difícil dado o desconhecimento de mecanismo patogénico da úlcera péptica, a menos que não se invoque, em face da falência da larga ressecção gastro-duodeno-jejunal, uma especial predisposição para a doença ulcerosa...

Num estado mais avançado, pode a úlcera péptica perfurar-se no cólon transverso, roendo as paredes cólicas e originando uma comunicação directa ou trans-jejunal do estômago com o intestino grosso, isto é, uma fístula gastro-jejuno-cólica. O tratamento cirúrgico desta doença, sem dúvida a maior operação realizada no andar superior do ventre, dá lugar a uma mortalidade de 10 a 15 %. Tal como a vi efectuar, a intervenção comporta, além dos tempos efectuados na cura da úlcera péptica, a ressecção dum segmento do cólon transverso e do respectivo meso-cólon. Ao contrário do preconizado por alguns cirurgiões que prendem os dois topos cólicos à parede abdominal anterior, DONATI realizava uma imediata anastomose latero-lateral, atitude perigosa pela grande fragilidade das costuras do intestino grosso.

São muito largas as indicações de exérese no cancro de estômago, partilhadas pelos cirurgiões italianos. O grande número de doentes com neoplasias gástricas sujeitos a intervenções demolitivas explica-se pela preferência dada à gastrectomia nas operações de tipo paliativo. Sempre que a cirurgia pretende ser curativa, a operação desenvolve-se na modalidade habitual da gastrectomia por cancro, com deslocamento colo-epiploico; mas, nos casos mais avançados, em que apenas uma solução de momento luta contra a estenose pilórica, a ressecção gastro-duodenal é preferida à simples derivação por gastro-entero-anastomose, invocando-se para defesa da preferência do método a fácil invasão da bôca anastomótica pela marcha alastrante da neoplasia.

Tôda a cirurgia do cólon direito realiza-se sob anestesia local, mesmo a ressecção por cancro. A hemi-colectomia direita pratica-se numa só sessão operatória, onde se efectua a ileo-transversostomia e a ressecção de metade do arco cólico e da última ansa ileal. Na cirurgia do cólon empregam, frequentemente, a pinça de BALDO ROSSI, predecessor de DONATI na cátedra de Milão, instrumento que permite a secção e sutura cólica com um mínimo perigo de infecção.

A inversão do cego associada a posição e fixação anómalas da última ansa do íleon constituiu motivo de estudos vários, etiopatogénicos e terapêuticos, na Clínica Cirúrgica de Milão. A técnica de correcção da anomalia e reposição da região íleo-cecal, devida ainda a DONATI, consiste na libertação da ansa ileal por secção da prega peritoneal que a fixa, colocação do fundo do cego no seu lugar habitual, apendicectomia e fixação do folheto peritoneal à fita póstero-externa do cego e ascendente.

A ressecção do cólon esquerdo e a amputação abdómino-perineal do recto apenas merecem notificação por se efectuarem numa só sessão operatória, sem colostomia prévia. Na amputação por via perineal existe a preocupação do abaixamento do intestino, medida cujos resultados parece não justificarem a preferência.

Com largo conhecimento do assunto, FASIANI dedica muita atenção à cirurgia de sistema nervoso central, a qual exige aprendizagem muito longa e difícil; as possibilidades, indicações e resultados das intervenções nos tumores do cérebro constituíram motivo da sua lição inaugural ao tomar conta do ensino de Clínica Cirúrgica na Universidade de Milão. Mercê duma técnica apurada e do já hoje grande número de doentes operados, consegue aquêlê professor atingir uma mortalidade relativamente baixa, um pouco distante, todavia, dos números apresentados pelo falecido CUSHING. A especialização no domínio da neuro-cirurgia conduziu-o ao Instituto de Neurologia, onde realiza a maioria das intervenções daquele género.

Na cirurgia do canal raquidiano, merece menção a técnica de laminectomia; dois escalpelos de lâmina larga, dobrados em ângulo recto, e uma pinça-goiva especial, uns e outra imaginados por DONATI, simplificam muito o demorado tempo de descoberta e corte das lâminas e apófises espinhosas.

\*

Durante o tempo que permaneci em Itália pude redigir ou preparar as publicações seguintes, resultantes umas de trabalhos

iniciados no Pôrto, devidas outras a pesquisas efectuadas no Instituto do Cancro ou na Clínica Cirúrgica de Milão:

- 1) Valor da fosfatase do plasma em algumas afecções pancreático-biliares. *Medicina Contemporânea*, n.º 44, de 30 de Outubro de 1938.
- 2) O Instituto do Cancro de Milão. *Medicina Contemporânea*, n.º 50, de 11 de Dezembro de 1938.
- 3) Ulceras gastro-duodenais experimentais por derivação da bile. *Imprensa Médica*, n.º 24, de 25 de Dezembro de 1938.
- 4) Il fattore eriditario nelle malattie osteogenetiche. Com. ao IV Congresso Internacional de Patologia Comparada. *Actas do Congresso e Imprensa Médica*, n.º 15, de 10 de Agosto de 1939.
- 5) Ipertrofia congénita dell'avanbraccio e mano destra. Ipertrofia congénita della gamba e piede sinistro con edema doloroso organizzato. Gangliectomia del simpatico lombar. (Em colaboração com o PROF. BUCALOSSI). Com. à *Academia Médica Lombarda*, sessão de 7-7-1939. *Actas das Sessões da Academia e Portugal Médico*, n.º 11, de 1939.
- 6) Su due casi de ferita chirurgica dell dotto toracico. (Em colaboração com o PROF. BUCALOSSI). Com. à *Academia Médica Lombarda*, sessão de 7-7-1939. *Actas das Sessões da Academia*.
- 7) O IV Congresso Internacional de Patologia Comparada. Roma, Maio de 1939. *Medicina Contemporânea*, n.º 11, de 1939.
- 8) Fosfatase plasmática e tumores ósseos. *A publicar na Revista Tumori*.
- 9) Doença osteogénica. Síndrome de compressão medular e periférica. Laminectomia. Morte. *Em preparação*.
- 10) Úlcera péptica post-operatória. *Em preparação*.

\*

Nos meses decorridos em Itália assisti às conferências realizadas no Instituto do Cancro e tomei parte nos trabalhos da Academia Médica Lombarda, onde apresentei duas comunicações e

discuti outras, bem como nos do IV Congresso Internacional de Patologia Comparada, no qual tive a honra de tomar parte, como delegado oficial do Governo Português, ao lado das delegações de vinte-e-três outros Estados. Compreende-se o grande número de Congressistas que tomaram parte nos trabalhos realizados e a diversidade de nações representadas, se se pensar que, pela sua estrutura geral, a reunião científica constituía motivo de interesse não só para médicos como também para veterinários e estudiosos do reino vegetal.

A esplêndida organização do Congresso merece o mais franco aplauso, já porque o programa científico se desenrolou de maneira perfeita, sem acidentes nem atrasos de qualquer natureza, já porque o espírito que presidiu à sua elaboração soube alternar com inteligência os trabalhos intelectuais e os prazeres do espírito, através dessa incomparável cidade de Roma, sem que a sucessão do estudo e dos divertimentos se tornasse fastidiosa. Há também que referir, por preito de justiça e gratidão, o modo fidalgo e os requintes de amabilidade com que os congressistas estrangeiros foram recebidos pelas autoridades romanas e pelos dirigentes do Congresso.

Organizado, demorada e pacientemente, por S. E. PIETRO RONDONI, seu Presidente e Director dos Institutos do Cancro e de Patologia Geral, em Milão, inaugurou-se na manhã de 15 de Maio de 1939 o IV Congresso Internacional de Patologia Comparada. A sessão de abertura, à qual não faltou a presença de Suas Majestades, os Reis de Itália, efectuou-se numa das salas do Palácio do *Campidoglio*, sob a presidência do Vice-Governador de Roma e com a assistência de alguns representantes diplomáticos dos países interessados na reunião. Depois do Vice-Governador ter aberto a sessão, com palavras de cumprimento para todos os estudiosos e nações representadas, tomou a palavra o PROF. ACHARD, Presidente do *Comité* permanente de Patologia Comparada, para saudar as autoridades italianas e os membros do Congresso.

Pronunciou, a seguir, o seu discurso o PROF. RONDONI, o qual, depois de historiar rapidamente as anteriores reuniões, definiu os fins e o significado da Patologia Comparada, marcando os seus limites de estudo e demonstrando os altos resultados a

esperar destes Congressos, onde médicos, veterinários e botânicos podiam discutir e relacionar as suas investigações, de modo a contribuir para a solução de difíceis problemas. Terminadas as palavras do PROF. RONDONI, o Sub-Secretário de Estado para as Obras Públicas declarou iniciados os trabalhos científicos, sob o alto patrocínio de Sua Majestade a Rainha Helena.

Finda a sessão inaugural dirigiram-se os congressistas, acompanhados dos delegados oficiais e das representações diplomáticas, ao monumento ao rei Vítor Manuel, onde, por uns e outros, foi prestada homenagem ao Soldado Desconhecido.

Na tarde desse mesmo dia organizou-se uma visita à cidade, em deliciosa peregrinação por igrejas, monumentos e ruínas, na contemplação dos quais se partilha o interesse pela beleza architectónica e pelo fragmento de história ligado à sua existência. A excursão terminou no *Palatino*, onde teve lugar uma recepção dada pelo Ministro da Educação Nacional.

Os trabalhos científicos começaram na manhã do dia seguinte, na moderna Cidade Universitária. Numa das elegantes e luxuosas salas da Faculdade de Letras, com a ordem e pontualidade observada em todo o Congresso, procedeu-se à leitura dos relatórios do primeiro argumento — *Doenças de ultra-vírus*.



O PROF. RONDONI na inauguração do Congresso

O PROF. HAAGEN, do Instituto *Robert Koch*, de Berlim, afirmou que a circunstância dos ultra-vírus se multiplicarem só em presença de seres vivos, explica o desenvolvimento de variados meios de estudo baseados na cultura de tecidos; illustrou, a seguir, alguns meios de cultura e disse a sua alta importância para a preparação de algumas vacinas, para os problemas immuno-biológicos, etc.

O chefe do serviço contra a raiva no Instituto Pasteur de Paris, LÉPINE, estudou a imunidade ligada às doenças de ultra-vírus, problema ainda muito obscuro, cujo mecanismo, em seu entender, deve ser de ordem mista, por um lado devido ao ataque tecidular e por outro função do desenvolvimento de anticorpos.

Num trabalho sobre a luta contra a febre aftosa, inumerou o PROF. WALDMANN os diferentes meios de combate, insistindo, particularmente, nos métodos de imunização, em especial na vacina de WALDMANN e KOBE, da qual esperava os melhores resultados desde que as diferentes nações adoptassem medidas comuns, considerando a doença como enfermidade continental.

Após a discussão dos relatórios, os Congressistas almoçaram na cantina dos estudantes, para recommencarem pouco depois os seus trabalhos, pela leitura de numerosas comunicações a respeito deste primeiro tema, para cada uma das quais se concedia o prazo máximo de dez minutos.

A manhã do dia 17 foi ocupada por uma demorada visita às instalações do Instituto Farmacológico SERONO e às interessantes ruínas da antiga cidade de ÓSTIA. A excursão terminou no LIDO de Roma, onde foi servido o almoço oferecido pelo PROF. CESARE SERONO, findo o qual os Congressistas regressaram à Cidade Universitária, a-fim-de assistirem à reunião da Secção de Fito-patologia. O argumento escolhido — *Processos regressivos nas plantas* — foi desenvolvido nos seguintes relatórios:

PROF. NEMEC (Praga) — *Die regressiven Vorgänge in der Pflanzenzelle.*

PROF. PETRI (Roma) — *Processi regressivi nelle piante.*

PROF. QUANJER — *Die Bedeutung der regressiven Gewebeveränderungen.*

*Fur die diagnosen der Bpflanzenkrankheiten.*



A discussão dêste tema e das comunicações da secção de Patologia Veterinária ocuparam a parte restante do dia.

Os dois últimos argumentos sujeitos a debate — *Hereditariedade em Patologia e função de antigénios associados* — deram motivo aos relatórios, sem sombra de dúvida, mais valiosos e onde mais se demonstrou o benefício colhido na cooperação de biólogos de três ramos diversos. As relações da hereditariedade patológica com as leis da genética e da biologia experimental foram evidenciadas pelo PROF. CAULLERY (Paris), o qual interpretou o



*Os Congressistas em Óstia Antica*

modo de transmissão na hereditariedade patológica da mesma forma que no indivíduo normal. Os estudos modernos mostraram o papel devido às glândulas endocrínicas na transmissão de características morfológicas e do funcionamento dos órgãos para a descendência sã, o que levou o relator a pensar ser, do mesmo modo, muito importante o papel dos humores na transmissão da hereditariedade patológica.

Depois do PROF. CHIARURGI (Pisa) falar a respeito da «*Eredità in Patologia Vegetale*», leu o seu relatório o PROF. CREW, de

Edimburgo, sobre «*Comparative genetics in its relation to comparative pathology*». Segundo a sua opinião, em Patologia Veterinária, as causas mórbidas devem ser separadas em constitucionais e extra-constitucionais; as modificações patológicas de origem genética podem ser classificadas em autosómicas dominantes, autosómicas recessivas, recessivas ligadas ao sexo e, emfim, poligénicas. As condições de hereditariedade patológica podem evitar-se, afirma-o o relator, afastando os animais que, embora não afectados, veiculam o gérmen mórbido, e o ensaio das características de animais desconhecidos pode ser feito mediante cruzamentos artificiais e análise do produto de concepção.

O PROF. HIRSZFELD, de Varsóvia, demorou-se a estudar as variações sorológicas no homem e nos animais, dizendo que os grupos sanguíneos representam uma das suas manifestações; depois de descrever as propriedades do grupo das iso-aglutininas e as propriedades grupais, só caracterizáveis com soros de animais de espécie diferente, fixou-se mais longamente nas características dos diversos grupos hemáticos.

Atingiram elevado número as comunicações apresentadas dentro deste tema pelas secções de Patologia Humana e Veterinária, na primeira das quais apresentei uma nótula sobre o factor hereditário na doença osteogénica, trabalho realizado no Instituto do Cancro de Milão.

Os quatro relatórios apresentados sobre o argumento *Funções de antigénios associados*, interessaram vivamente os Congressistas, sendo justo destacar pelo brilho e riqueza de pormenores a exposição de RAMON, o qual obteve até votação unânime em uma das conclusões do seu trabalho.

O PROF. MARRACK (Londres) estudou as relações entre anticorpos e antigénios, aventando as hipóteses que a reacção entre uns e outros dependia da afinidade de certos grupos moleculares do antigénio para certos grupos moleculares receptores do anticorpo e, por outro lado, que a especificidade era função de grupos atómicos electricamente apropriados.

Entende o PROF. LANFRANCHI (Bolonha) que as vacinas associadas adquiriram, nos animais, significado particular após a descoberta das associações ultra-vírus-bactérias. O seu emprêgo, baseado no conhecimento das infecções bacterianas secundárias no

decurso duma doença de ultra-vírus, tem dado excelentes resultados nas ultra-viroses dos porcos e frangos, na gripe do cavalo, etc.

O facto do doseamento de antitoxina diftérica no sôro de cavalos preparados revelar um título muito mais alto quando no ponto de injeção se formava um abcesso, levou RAMON a várias indagações, as quais lhe mostraram que a junção ao antigénio de tapioca, lanolina, cloreto de cálcio, etc., aumenta o valor da imunidade específica, pelo que aquelas substâncias receberam a denominação de adjuvantes ou estimulantes. As investigações prolongadas sôbre as propriedades destas substâncias permitiram chegar aos seguintes resultados práticos:

- 1) Obtenção rápida de soros específicos de título elevado, pela adição destas substâncias ao antigénio.
- 2) Vacinação dos animais domésticos contra o tétano graças ao complexo anatoxina-tapioca.
- 3) Prática de vacinações associadas, com reforço mútuo de imunidades provocadas por antigénios em sinergia e, assim, maior probabilidade de sucesso das vacinas.

RAMON focou, com cuidado, este último aspecto do problema, assinalando a grande necessidade dos diferentes cientistas promoverem uma campanha a favor das vacinações mistas contra a difteria e contra o tétano, proposição que mereceu o aplauso unânime do Congresso. O PROF. TOMCSIK levantou apenas uma objecção, pois entende difícil a prática das vacinações associadas, dado que a quantidade de anticorpos produzida por cada antigénio atinge o seu máximo em épocas diversas. À discussão dos relatórios seguiu-se, após descanso de algumas horas, a leitura das comunicações referentes ao mesmo argumento.

O programa científico do Congresso entremeou-se de vários divertimentos, desde o baile no Hotel *Ambasciatori* até à recepção dada pelo Vice-Governador de Roma no *Campidoglio*, onde os congressistas tiveram ocasião de admirar as artísticas salas do Palácio dos Senadores, as esculturas cobiçadas do Museu Mussolini e a beleza de Roma, vista do miradouro do jardim, nessa linda tarde de Maio.

Terminaram os trabalhos do IV Congresso Internacional de Patologia Comparada na manhã do dia 20. Após a reunião do *Comité* permanente, realizou-se uma sessão de conjunto presidida pelo PROF. PIETRO RONDONI, na qual este ilustre académico se congratulou pelos resultados obtidos nesta reunião, felicitou médicos, veterinários e botânicos, analisou os trabalhos das diferentes secções e participou, por fim, a realização do próximo Congresso em Estambul ou em Londres, caso o Governo turco declinasse o convite. Impressionou profundamente a facilidade com que o Presidente do Congresso falou em diferentes línguas, pronunciando, sucessivamente o seu discurso em italiano, alemão, francês e inglês, línguas oficiais do Congresso, além do espanhol. Em nome dos congressistas, felicitaram o PROF. RONDONI e agradeceram a hospitalidade recebida, os PROFS. GRUBER e FIESSINGER, chefes das delegações alemã e francesa.

Passou-se o resto do dia em visitas ao modelar Instituto *Carlo Forlanini* e aos Institutos Médico-Veterinário e Agrário de Roma, e numa recepção oferecida pela Academia Pontifícia na *Palazzina de Pio IV*, dentro da cidade do Vaticano.

O banquete de encerramento do Congresso efectuou-se no Grande Hotel, sob a presidência do PROF. RONDONI, rodeado pelas autoridades e delegados oficiais das diferentes nações. As belezas incomparáveis de Roma, a arte e o gosto italiano, a fidalga hospitalidade, o brilho do Congresso, as qualidades pessoais do seu Presidente, foram exaltadas no espirituoso brinde do PROF. ACHARD e nas palavras de saudação dos delegados oficiais da Alemanha, França, Inglaterra, Iugoslávia, Dinamarca, Suécia, Índia, Espanha, Holanda, Portugal e Hungria. A todos agradeceu o PROF. RONDONI, dizendo o seu reconhecimento pessoal e do Congresso pela cooperação prestada.

No dia imediato realizou-se uma excursão a *Littoria* e *Sa-  
baudia*, as novas cidades edificadas pela vontade de ferro e pelo engenho italiano em regiões pantanosas e infestadas de paludismo.

\*

Aproveitando a estada em Roma percorri alguns estabelecimentos hospitalares e científicos, em rápida visita aos serviços de

Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Patologia Médica e aos Institutos *Carlo Forlanini* e de Biotipologia Ortogenética.

As clínicas escolares, situadas no *Policlínico Umberto I*, não merecem descrição pormenorizada, dada a antiguidade e má instalação das suas dependências. A disposição é semelhante para todas elas, com grandes salas de enfermaria e pequenos quartos de 3-4 camas cada, para operados ou doentes de patologia especial. O Serviço de Clínica Médica, da direcção do PROF. FRUGONI, possui vários e excelentes laboratórios, onde, à semelhança do que sucede em Milão, os assistentes de enfermaria efectuem as análises necessárias ao estudo dos seus doentes.

Assisti, a convite do PROF. PAOLUCCI, Director do Instituto de Clínica Cirúrgica da Universidade de Roma, a algumas intervenções. No intuito de assegurar o maior movimento cirúrgico — dispondo de uma única e velha sala para intervenções — operava o PROF. PAOLUCCI no anfiteatro da aula, sujeito a todos os inconvenientes inerentes a tal prática. Das operações efectuadas — apendicectomia, gastro-enterostomia, ressecção gastro-duodenal por úlcera, colecistectomia, nefrectomia — merecem referência a rapidez e perfeição da ablação renal e a atitude seguida na anastomose gastro-jejunal depois da gastrectomia, onde o vi combinar a sutura extra-mucosa com a hemóstase preventiva dos vasos da sub-mucosa.

Junto com o Instituto de Patologia Médica, e também sob a direcção do PROF. NICOLA PENDE, funciona o Instituto de Biotipologia Ortogenética, em instalações provisórias enquanto não se termina o novo palácio construído para sua sede, cujo custo se orçamentou em 12 milhões de liras. Além das enfermarias para doentes de Patologia Médica existem pequenas outras salas para enfermos com endocrinopatias e salas especiais para o estudo de antropologia médica, psico-análise e aptidões físicas. Dentro do Serviço de Patologia Médica há ainda uma pequena sala de operações, onde se efectuem enxertos glandulares, em estudo, na altura da minha visita, nas hipotiroídias e nas hipoparatiroidias.

O modelar Instituto *Carlo Forlanini*, considerado um dos primeiros centros mundiais de tuberculologia, ocupa uma extensa área na periferia da cidade de Roma. No corpo central da

parte anterior do edifício dispõem-se os serviços administrativos, as salas de professores e de estatística, o anfiteatro da aula e êsses admiráveis museus, onde pude observar uma incomparável colecção de peças anatómicas de alto valor demonstrativo, desde os delgados cortes de órgãos até às finas e delicadas preparações de órgãos injectados ou corroídos. Junto dos museus anatómicos existe um mostruário de radiologia, com chapas radiográficas dispostas em série, o que permite avaliar de forma perfeita e rápida a evolução radiológica de cada caso clínico.



INSTITUTO CARLO FORLANINI

No 1.º e 2.º pavimentos do corpo central encontram-se as enfermarias de Clínica Médica e Cirúrgica, com 75 leitos cada uma, e laboratórios privativos, entre as secções de homens e mulheres. Flanqueando esta parte central situam-se as instalações de Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Oto-rino-laringologia, com 30 camas por especialidade.

Os grandes laboratórios científicos, em número de quatro — Histologia, Bacteriologia, Química e Sorologia — ocupam o hemisfério que une a parte anterior do Instituto aos Pavilhões-Sanatórios.

Estes pavilhões, em número de quatro — dois para homens e dois para mulheres —, com uma capacidade para mil doentes no total, são separados pelos refeitórios e por uma sala de teatro e cinema com 800 lugares. Divididos em quartos de seis camas cada um, possuem amplas varandas de cura, igualmente divididas, as quais podem, dêste modo, ser consideradas como prolongamento do próprio quarto. No fim de cada pavilhão, instalações especiais consentem o isolamento dos doentes que tal necessitam.

Pequenos laboratórios em cada pavilhão asseguram o serviço



INSTITUTO CARLO FORLANINI — *Galeria de cura*

diário de análises correntes; da mesma maneira, encontra-se junto de cada pavilhão um serviço de radioscopia para observações no decurso do tratamento, enquanto que numa grande e bem dotada secção de Radiologia se efectuam tôdas as radiografias necessárias.

Merece ainda notificação o serviço de preparação e de distribuição de alimentos. Numa grande cozinha central fazem-se tôdas as refeições, conduzidas por carros especiais de tracção eléctrica até quatro outras cozinhas mais pequenas, onde são de

novo aquecidas, e distribuídas, a seguir, pelo mesmo sistema, aos pavilhões e enfermarias.

Em tôdas as secções, nos mais pequenos pormenores, nota-se o poder inventivo do PROF. MORELLI, a quem, em grande parte, se deve êsse esplêndido e luxuoso Instituto *Carlo Forlanini*, cujas magníficas instalações e riqueza de museus mereciam mais que a rápida visita que pude efectuar.

\*

Antes de terminar, seja-me permitido agradecer ao « Instituto para a Alta Cultura » a concessão da bôlsa de estudo e a honrosa nomeação para delegado oficial do Govêrno Português ao IV Congresso Internacional de Patologia Comparada; ao Conselho da Faculdade de Medicina do Pôrto a permissão para realizar o estágio em Milão; aos PROFS. RONDONI, DONATI e BUCALOSI os ensinamentos contínuos, as inúmeras atenções recebidas, a amizade manifestada em todos os momentos; ao PROF. FASIANI e aos seus colaboradores as enormes facilidades concedidas e as amabilidades dispensadas durante o desempenho da minha missão.



## CERTIFICADOS

*Il sottoscritto, direttore generale dell'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura dei tumori in Milano, attesta che il Dott. Joaquim José Monteiro Bastos figlio di Álvaro Teixeira Bastos, di anni 29, assistente della Facoltà di Medicina di Oporto, ha frequentato questo Istituto con una borsa di studio dell'Istituto Portoghese per l'Alta Coltura, dall'ottobre 1938 fino ad oggi. Ha lavorato nella Sezione Chirurgica e nella Sezione Biologica di questo Istituto.*

*Egli ha potuto svolgere ricerche ed osservazioni originali, che hanno permesso la redazione dei seguenti lavori:*

*Il fattore ereditario nelle malattie osteogenetiche.*

*Doença osteogenética. Síndrome de compressão medular e periférica. Laminectomia. Morte.*

*Fosfatase plasmatica e tumores osseos.*

*Inoltre in collaborazione con il PROF. BUCALOSSÌ:*

*Ipertrofia congenita dell'avambraccio e mano destra. Iper-trofia congenita della gamba e piede sinistro con edema doloroso organizzato. Gangliectomia del simpatico lombare.*

*Su due casi di ferita chirurgica del dotto toracico.*

*Il Dott. Bastos ha preso parte al Congresso Internazionale di Patologia Comparata (maggio 1939 — Roma) come Delegato del Governo Portoghese, presentando una comunicazione nella Sezione di patologia umana. Ha preso parte ai lavori dell'Accademia Medica Lombarda, presentando due comunicazioni ed intervenendo nella discussione di altre.*

*Il Dott. Bastos si è rivelato giovane di larga cultura,*

*profondo senso critico, eccellenti attitudini tecniche; egli ha funzionato nell'Istituto come un vero assistente, prendendo parte con zelo ed intelligenza al lavoro clinico e scientifico; ed è stato per noi un apprezzato collaboratore. Il sottoscritto crede di potere preconizzare al Dott. Bastos una brillante carriera, della quale la sua serietà, il suo ingegno ed il suo amore alla scienza lo rendono veramente degno.*

Milano, 10-7-1939 — XVII.

PROF. PIETRO RONDONI

Accademico d'Italia.



Milano, 15 Luglio 1939 — XVII.

*Il sottoscritto dichiara che il Sig. Dott. Joaquim José Monteiro Bastos, di Oporto, che ha frequentato dall'Ottobre 1938 l'Istituto Naz. V. E. III per lo studio e la cura dei tumori in Milano con una borsa di studio dell'Istituto Portoghese per l'Alta Cultura, ha seguito con estrema diligenza e con molta passione i lavori della Sezione Chirurgica partecipando allo studio dei malati e assistendo agli atti operativi, nonchè eseguendo egli stesso con grande perizia ed esattezza interventi chirurgici vari.*

*Il Dott. Bastos ha anche seguito il lavoro chirurgico del sottoscritto nelle cliniche private, assistendo a numerosi atti operativi come aiuto diretto.*

*Durante tutto codesto periodo il Dott. Bastos ha affermato la sua cultura ed esperienza chirurgica e ha dato prova, oltre che di non comune zelo e passione sia per gli ammalati, sia per i problemi scientifici, di una eccellente preparazione culturale e pratica, di senso clinico, di abilità tecnica operativa, di spirito critico.*

*Per tutte le suddette qualità il sottoscritto giudica il Dott. Bastos notevolmente maturo nella patologia e nella clinica chirurgiche, nelle quali egli certamente farà — come ne è degno — una brillante e alta carriera.*

PROF. MARIO DONATI.

*Il sottoscritto Direttore della R. Clinica Chirurgica dell'Università di Milano, attesta che il Dott. Joaquim José Monteiro Bastos, figlio di Álvaro Teixeira Bastos, di anni 29, Assistente della Facoltà di Medicina di Oporto, ha frequentato questa R. Clinica Chirurgica con una borsa di studio dell'Istituto Portoghese per l'Alta Cultura, dal febbraio 1939 fino ad oggi.*

*Egli ha frequentato, con funzioni di Assistente Volontario, assiduamente le corsie degli ammalati, prendendo parte attiva nella cura degli infermi, facendo ricerche nei laboratori, e partecipando agli atti operativi, realizzando lui stesso varii interventi.*

*Durante questo periodo egli ha preparato un lavoro clinico sull'Ulcera peptica post-operatoria, basato su 130 casi studiati nelle R. Cliniche Chirurgiche di Milano e Padova.*

*Il Dott. Bastos ha dimostrato larga preparazione culturale, vigile senso clinico e non comune attitudine chirurgica. Nelle corsie, nei laboratori, in sala operatoria, la sua opera è stata molto apprezzata e la sua collaborazione assai sentita. Al Dott. Bastos sarà certamente riservato un brillante avvenire chirurgico.*

Milano, 11-7-939 — XVII.

Il Direttore della R. Clinica Chirurgica

PROF. G. M. FASIANI.







RÓ  
MU  
LO



CENTRO CIÊNCIAS VMA  
UNIVERSIDADE COIMBRA

\*1329683267\*

