

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA CARDIO-TORÁCICA E VASCULAR

Suas raízes e futuro

J. CELESTINO DA COSTA

Inaugurar uma Sociedade é um acontecimento festivo comparável ao da abertura duma nova casa: são momentos de esperança. Mas também devem ser momentos de reflexão. Por isso, sem querermos fazer história, nem pretendermos ser completos nas nossas citações, fomos procurar as raízes — naturalmente humanas — desta Sociedade.

A cirurgia torácica e a cirurgia vascular são fenómenos do século XX: nele nasceram e se desenvolveram, particularmente após a última guerra mundial. Circunstância esta que permite aos cirurgiões seniores falarem como observadores directos da espantosa evolução que se processou durante a sua vida profissional. Podemos assim, através duma vivência pessoal, falar de homens com quem convivemos e de métodos que vimos nascer e desabrochar, num verdadeiro testemunho histórico.

No início do século surgiram as novas bases do diagnóstico torácico e cardiológico: a partir das descobertas de Roentgen (1895) e de Einthoven (1904). Também nessa primeira década surgiram as bases que conduziram, pela primeira vez na história da humanidade, à abertura controlada da cavidade torácica com domínio do pneumotorax cirúrgico: as experiências das câmaras de hipopressão de Sauerbruch (1904) e a intubação endotraqueal de Meltzer (1907), logo seguida da laringoscopia (1913) e da broncoscopia (introduzidas por Chevalier Jackson), permitindo, a um tempo, melhorar as condições de intubação traqueal e dar uma via nova ao diagnóstico bronco-pulmonar.

As bases da cirurgia vascular iriam também ser lançadas na viragem do século com as obras pioneiras de Rudolf Matas (1888) e de William Halsted (1891) na cura cirúrgica dos aneurismas arteriais e na busca da substituição de artérias com transplantes venosos.

Foram, porém, Carrel e Guthrie (1902-1907) que regram as técnicas de sutura vascular experimental, utilizando-as não tanto com a finalidade de tratar doenças arteriais, mas, sobretudo, para *transplantar* membros e órgãos (rim, coração) o que conseguiram em quase todos os sectores da economia, mesmo sem antibióticos ou imuno-supressores.

A perfeição técnica conseguiu evitar os dois inimigos da cirurgia arterial: a *trombose* e a *hemorragia*.

Nesse início do século estavam pois lançados os elementos fundamentais que permitiram fazer quer a cirurgia a tórax aberto quer a cirurgia vascular.

Se voltámos a esta história conhecida é porque foi nessa época que Portugal lança a sua primeira raiz no processo. Reynaldo dos Santos, antecipando-se à grande maioria dos europeus (já não falo dos portugueses!) estava nos Estados Unidos em 1905 e estabelecia íntima relação com Carrel. Pôde colher, na fonte a onda inovadora e até contribuiu para o contacto entre Cushing e Carrel, o que viria facilitar a transferência deste do laboratório de Guthrie (em Chicago) para o *Rockefeller Institut* de Nova Iorque. Exemplo da intimidade entre Carrel e Reynaldo esta confissão, em carta de 27 de Agosto de 1905, de Chicago para Washington, onde Reynaldo se encontrava: *Nous avons fait avec succès l'amputation et la replantation (sic) de la cuisse*.

Em 1906, no célebre *Congresso Internacional de Medicina* de Lisboa havia uma comunicação de Carrel sobre os seus primeiros casos de reimplantação e transplantação e em 1909 Reynaldo dos Santos, num artigo da *Medicina Contemporânea*, referia que Carrel conseguira transplantar com sucesso artérias conservadas durante 35 dias! Homoenxertos precoces, como precoce foi o contacto e a intervenção internacional de Reynaldo.

Mas os processos de iniciação são lentos e as dificuldades dos pioneiros são múltiplas.

Em grande parte porque os espíritos não estão preparados e, também, porque a patologia mais comum de cada época tem as suas exigências.

A *cirurgia torácica* vivia então sob o *signo da tuberculose* e praticava-se sobretudo nos sanatórios, na sequência do pneumotórax terapêutico de Forlanini (1892) e de Murphy (1895). Fazia-se cirurgia da parede torácica para colapsar o pulmão: a fase heróica da *toracoplastia* (de Friedrich, Gourdet, Wilms, Sauerbruch, Alexander e outros). A cirurgia endotorácica de ressecção era então impraticável.

A *cirurgia arterial*, desse primeiro quartel do século, apesar das tentativas iniciais já descritas, também não progredia como cirurgia arterial directa.

Leriche, discípulo de Jaboulay (o pai da simpaticectomia) e lionês como Claude Bernard e Carrel, apesar da enorme abertura que lhe deu uma visita a Halsted (1913), considerou a cirurgia arterial noutra linha, sobretudo através de acções vaso motoras (simpaticectomia periarterial, ressecção da artéria trombosada, ramisecções, gangliectomias - em 1924). Era a melhoria da circulação colateral que procurava e, também, a melhoria ou supressão da dor.

Mas Leriche estudou também, com grande perspicácia, a história natural das *Tromboses arteriais* e, em 1923, descreveu o quadro da obstrução da bifurcação aórtica, que ficou conhecido como *Síndrome de Leriche* e passou a ser alvo das atenções dos cirurgiões interessados na cirurgia arterial. Os meios semiológicos eram contudo pobres na época e a sua cura cirúrgica não se antevia.

É então um dos momentos mais decisivos e brilhantes da ciência médica portuguesa — particularmente neste campo da semiologia e patologia vascular. *A raiz mais importante desta sociedade, porque não é apenas testemunhal, é criadora.*

Relembremos a história conhecida: Em 1927 Egas Moniz criava a angiografia cerebral e, na sequência desta descoberta, Reynaldo dos Santos publicava o seu método de arteriografia dos membros e da aortografia abdominal, por punção directa (em 1929).

Era a primeira vez que as lesões arteriais cerebro-carotidianas, abdominais e dos membros eram visualizadas sistematicamente no vivo. Os seus autores logo lhe adivinharam as consequências: Egas Moniz, em 1930, afirmava que a palpação das carótidas era um elemento diagnóstico da artério-esclerose cerebral e Reynaldo alargava o âmbito da sua descoberta falando (como Goyanes fizera) nos horizontes da *via arterial*, no diagnóstico e na terapêutica (1929). Ao indicar-nos as artérias como via diagnóstica profeticamente previa a arteriografia com cateterismo (Seldinger, 1953), bem como a terapêutica por balão intra vascular que veio a desenvolver-se nos anos 60: com Fogarty (1963) para a embolectomia, Dotter e Judkins (1964) para a desobstrução transluminal das obstruções periféricas, logo seguida da septostomia de Rashkind (1966) e, muito recentemente, ampliada no tratamento do canal arterial e do aperto pulmonar ou, no campo das arteriopatias, para a arterioplastia transluminal coronária e renal.

A sua ideia de angiografia ideal por *êmbolo opaco* veio também a surgir sob a forma de *arteriografia computadorizada de subtração*.

Esta antecipação divinatória era uma das características da actividade cerebral de Reynaldo.

No ano de 1929 Forssman fazia o primeiro cateterismo das cavidades direitas do coração, num acto isolado que não teve logo consequências e, contemporaneamente, Egas Moniz e Lopo de Carvalho, utilizando sondas uretrais, lançavam a angiopneumografia, publicada em 1931. Portugal perdeu então a oportunidade — por falta dum cardiologista de génio — de se tornar o país pioneiro da angiocardiógrafia, pois Lopo Carvalho, no seu entusiasmo pelos vasos pulmonares, não deu atenção à visualização das cavidades cardíacas que o seu método produzia. A angiocardiógrafia só iria nascer em 1939 com Robb e Steinberg.

Mas tinha-se tornado possível diagnosticar e localizar as formas oclusivas e dilatadas das arteriopatias, bem como as fístulas artério-venosas e a importância da circulação colateral e da estrutura vascular dos tumores.

A influência de Carrel, de Leriche, de Egas Moniz e de Reynaldo os Santos deu aos centros europeus, no início dos anos 30 uma posição proeminente na problemática da cirurgia arterial.

Mas para a cirurgia torácica a grande mutação e desenvolvimento vieram dos Estados Unidos.

A medicina americana tomara, na viragem do século, um extraordinário incremento e uma influência crescente. A John's Hopkins lançou uma nova metodologia de educação e estabeleceu as regras duma medicina clínica de base científica. A acção dos irmãos Mayo fora também decisiva. Não admira assim que fosse da América que soprasse o grande vento da renovação.

The American Association for Thoracic Surgery fundada em 1918, foi, no mundo, a primeira sociedade devotada à cirurgia torácica e, significativamente, foi Meltzer (que não era cirurgião mas inventara a intubação endotraqueal) o seu primeiro presidente. A Sociedade viria a ter papel de relevo na cirurgia mundial. Como Mc Goon recentemente (1984) fez, ironicamente, notar, dos três principais promotores daquela associação americana, Meltzer nascera na Rússia, Willy Meyer na Alemanha e Green em Ceilão.

Da Sociedade nasceu, em 1931, um jornal também pioneiro: *The Journal of Thoracic Surgery* crismado em 1959 *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* — 28 anos para esta evolução!

Significativamente também o primeiro editor do Jornal foi Evarst Graham que dois anos mais tarde (1933), ao realizar a primeira pneumectomia (por cancro), marcava o início da prática da cirurgia torácica intracavitária, tal como hoje a concebemos. Profeticamente foi também em 1933 que Wilson nos deu as primeiras descrições electrocardiográficas de enfarto do miocárdio.

Da repercussão daquele feito cirúrgico é exemplo ilustrativo a criação, nesse mesmo ano de 1933, da *The Society of Thoracic Surgeons of Great Britain and Ireland* tendo como primeiro presidente Morrisson Davies e vice-presidente Tudor Edwards.

Tudor Edwards e o Brompton Hospital iriam ser o berço da cirurgia torácica britânica.

Mas os ingleses reconheciam que os seus centros não tinham condições de treino suficientes para os aspirantes a cirurgião torácico. Com o seu pragmatismo habitual enviaram-nos para os Estados Unidos, onde as condições eram muito superiores.

Assim partiu o grupo que viria a formar o núcleo notável de cirurgiões torácicos ingleses: Allison, Barrett, Belsey, Brock, Vernon Thompson e Tubbs, entre outros.

Num outro acto de humildade a Sociedade britânica fez a sua reunião de 1937 em Berlim, onde Sauerbruch ainda se encontrava activo e os nazis mandavam.

A cirurgia pulmonar de ressecção estava então completamente lançada: além da pneumectomia e da lobectomia nasceram as ressecções segmentares, desenvolvidas por Crafoord (Suécia) Rienhoff, Graham Churchill, Sweet e Overholt (USA), Price Thomas, Holmes Sellors e Russell Brock (Grã-Bretanha), Santy, Bérard e Maurer (França).

Nesta transição dos anos 30 para 40 a cirurgia torácica e a cirurgia vascular iriam ter um primeiro grande encontro: *o da cirurgia vascular intratorácica*, a primeira que se regeria. Em 1938 Gross laqueava o primeiro canal arterial, em 1944 Crafoord e depois Gross operavam as primeiras coarctações e, facto ainda mais transcendente, em 1945 realizava-se a primeira operação de Blalock-Taussig. Em 1946 Vineberg descrevia o seu método de revascularização cardíaca, com implantação das mamárias internas.

Pela mesma época a escola de Reynaldo dos Santos lançara, em Portugal, mais algumas raízes.

Em 1946 nascia a técnica de desobstrução arterial (ou trombo-endarteriectomia) de João Cid dos Santos que lhe concedeu (conjuntamente com a sua obra flebográfica) um lugar na história da cirurgia vascular.

Em 1945 apresentei, a minha tese *A Parede Arterial*, estudo da sua biologia, a que se seguiram em 1946 outros trabalhos experimentais sobre a arteriografia no cão, as fístulas arteriovenosas e, mais tarde, (1949) a angiocardiógrafia experimental (em colaboração com Mendes Fagundes).*

* Este viria a ser o criador e impulsionador da cirurgia vascular nos HCL.

Mas um acontecimento importante se dava então: O XII Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia, o primeiro do pós-guerra, que se realizou em Londres em 1947. Reynaldo dos Santos fez um dos principais relatórios — sobre a arteriografia — e, generosamente, nele incluiu parte dos meus trabalhos experimentais.

Nesta ocasião tive, entre outras, a enorme ventura de ser apresentado pelo meu Mestre a Rudolph Matas, com mais de 90 anos mas cheio de vivacidade. Não nos esqueçamos que Reynaldo fora o primeiro europeu a receber, em 1937, a medalha de ouro da Violet Heart Association, prêmio de cirurgia vascular Rudolph Matas.

Contudo seria Alfred Blalock a grande estrela do Congresso.

Trouxera da América dois Fallots operados: no Royal College of Surgeons, ainda com o tecto destruído pela guerra, houve uma enorme ovação quando nos mostrou os dois *rose-babies*.

Em 16 e 17 de Setembro Blalock operou — no Guy's Hospital os primeiros Blalock-Taussig europeus. O seu 1.º ajudante foi Henry Bahnson. Estive presente no primeiro dia: o meu envolvimento na problemática vascular fez-me compreender que assistia a um momento histórico e determinou, em parte, o meu destino.

Essa sensação não foi só minha. Foi como que uma chicotada na cirurgia torácica europeia. Os britânicos sentiram-na particularmente. Talvez, por coincidência e num cerrar de fileiras, criaram nesse mesmo ano o célebre *Brown's Club*, que associava a nata da cirurgia torácica inglesa. E foi uma explosão inovatória, aquém e além Atlântico. Em 1948, isoladamente, Brock e Sellors operavam as primeiras estenoses pulmonares mundiais e, na América, Charles Bailey e Dwight Harken criavam a comissurotomia mitral a céu fechado, logo seguidos, no mesmo ano, por Brock, em Londres. Este foi mais longe, e lançou também a sua técnica de infundibulectomia nos Fallots. Em 1951, Hufnagel utilizava a primeira válvula mecânica, interposta na aorta.

A *cirurgia cardio-torácica* estava lançada. Alguns dos seus culturos tornaram-se sobretudo cirurgiões cardíacos, mesmo aqueles que, como Brock, tinham uma importante obra em cirurgia pulmonar; outros, como Price-Thomas, que simbolizou, com seu mestre Tudor Edwards, o mais alto expoente naquela cirurgia, mantiveram a sua posição pulmonar. Da escola de Brock, Donald Ross, teve particular importância na educação da nossa equipa.

Em Portugal a cirurgia endotorácica levou um certo tempo a instalar-se. Luís Quintela adquirira uma grande experiência e autoridade na cirurgia parietal da tuberculose, e nela praticamente se manteve. Na fase de arranque é justo mencionar Lima Basto e Filipe da Costa na cirurgia cardíaca e Bello Morais e Rui de Lima para a cirurgia pulmonar. Também Bartholo do Vale Pereira trouxe da escola de Allison uma experiência de cirurgia endotorácica.

Foi neste ambiente de transição e na época dos grandes pioneiros que Machado Macedo realizou o seu fundamental estágio britânico, iniciado sob o signo da tuberculose e terminado na fase de cirurgia cardíaca a céu fechado. Foi uma experiência iluminante para a nossa equipe, que iniciara essa cirurgia nos HCL.

O *modelo anglo-saxão cardio-torácico* (ou melhor, e cronologicamente, tóraco-cardíaco) foi também seguido e recebeu grande influência dos países escandinavos.

A figura cimeira de Crafoord e o seu pioneirismo cirúrgico (operações de Trendelenburg, coartação da aorta, mixoma intracardiaco, ressecções segmentares) estenderam-se aos seus discípulos Björk e Senning, que desde 1948 trabalhavam a metodologia da circulação extracorporeal e nele tiveram

enorme influência. Outro discípulo de Crafoord — G. Brom, da Holanda — teve também acção decisiva na instalação da cirurgia cardíaca na Europa Continental: Holanda, Bélgica e Suíça (primeiro pessoalmente e depois através dos discípulos Ian Nauta e Charles Hahn. Senning um pioneiro da correcção cirúrgica da transposição viria também para Zurich como professor, substituir Brunner (um cirurgião torácico da época da tuberculose). Foram influências que tiveram importância na experiência portuguesa (e nos grupos de Coimbra e Lisboa).

Da Noruega veio a influência, de Carl Semb, mestre na toracoplastia, e da sua escola, como na Dinamarca se destacaram as figuras de Husfelt, Sondergaard e Rygg.

Em 1950 criavam a *Scandinavian Association of Thoracic and Cardiovascular Surgery* que em 1967 fundou o *Scandinavian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* (publicado pela *Acta Cirúrgica Scandinávica*).

Na Europa latina fomos contudo encontrar, na nossa busca duma educação vascular e torácica, um outro modelo.

Particularmente em França (no pós guerra os centros alemães conheciam enormes dificuldades) a influência de Carrel, e de Leriche e Fontaine, contribuía muito para que a cirurgia vascular periférica fosse dominante.

Em Paris do serviço geral de d'Allaines, no Hospital Broussais — certamente um dos mestres franceses com maior visão e mais progressivos — assistimos, a partir de 1947, e ainda por influência da vinda á Europa de Blalock ao desenvolvimento de duas *tendências torácicas*: a de Dubost, que foi pioneiro em cirurgia cardíaca e vascular e a de Lortat-Jacob, que se transformava numa grande autoridade em *esófago*. A valência torácica geral não se desenvolveu. O grupo de Dubost iria iniciar a cirurgia com circulação extracorporeal no H. Marie Lannelongue para depois a instalar no novo grande serviço de Broussais designado como da *Cirurgia Cardio-Vascular* René Leriche.

Mas já Jean Mathey, no H. Laennec, fez uma evolução de tipo britânico: partiu do pulmão para o coração numa verdadeira unidade *cardio-torácica* que só problemas de saúde e de política hospitalo-universitária impediram de ser um grande sucesso.

Em Lyon, Santy e Bérard (grande cirurgião da tuberculose) partiram da experiência mista da cirurgia geral e da torácica, para chegar á cirurgia cardíaca. Santy foi o mestre de Décio Ferreira.

Acompanhámos a evolução dos centros franceses, nas fases de desenvolvimento em que se criava a circulação extracorporeal em França, onde Dubost executou a primeira operação a céu aberto europeia.

Primeiro sozinho e, depois, com Machado Macedo seguimos essa fonte de inspiração para, mais tarde, nos mantermos muito mais ligados aos centros britânicos.

Nos anos 50, mercê do avanço nos métodos complementares de diagnóstico (cateterismo, angio, etc.) dos métodos auxiliares [hipotermia (Bigelow, Swan) circulação extracorporeal cruzada (Lillehei) ou simples (Gibbon) ou associada a hipotermia (Drew, Gollan)] a cirurgia cardíaca a céu aberto tornava-se uma rotina, orientada para dois tipos de patologia dominantes: a valvular adquirida e as cardiopatias congénitas.

Para Machado Macedo e para mim a equipe do Hammersmith Hospital foi nessa época particularmente útil por ser tão completa e inovadora: dois cirurgiões (W. Cleland e H. Bentall) tinham junto deles um dos cardiologistas mais integrados na prática cirúrgica que conhecemos: Arthur Holman. Denis Melrose, nessa altura em grande avanço nas técnicas de perfusão, com a sua própria máquina construída,

era o homem de ciência básica aplicada à clínica. Em 1955 introduzia a paragem cardíaca pelo citrato de K.

Mas a cirurgia cardíaca norte-americana mantinha-se em vedeta e com avanço sobre a europeia. Rodrigues Gomes é um produto puro daquela escola e da Mayo Clinic e fez, no Porto, a transição duma cirurgia pulmonar de alto nível (Esteves Pinto) para a cirurgia cardio-vascular dos nossos dias.

De facto, a cirurgia torácica que se desenvolveu a partir da tuberculose pulmonar e do cancro do pulmão conheceu na transição dos anos 50 para os 60 um período áureo na luta contra a doença reumática e as malformações congénitas.

As próteses valvulares (de que Albert Starr — um dos mentores de Queirós e Melo — é um símbolo) e a cirurgia da primeira infância (que nos permite evocar o nome de um dos mais influentes cirurgiões cardíacos — John Kinklin) foram salientes.

David Waterstone ficará como o símbolo da cirurgia torácica infantil, que dominou em toda a sua extensão: esôfago, pulmão e coração. Dessa escola, da Great Ormond Street, nos veio Pedro Bastos.

Estas, em linhas muito genéricas e incompletas (que me desculpem as omissões dependentes duma vivência pessoal que nem sempre coincide com o rigor histórico) as raízes da cirurgia torácica e cardiovascular portuguesas.

A *cirurgia vascular periférica*, dominada em Portugal pelas personalidades de Reynaldo dos Santos e de João Cid dos Santos, com os seus métodos inovadores, tinha entre tanto feito, na Europa, no início dos anos 50, um avanço na cirurgia arterial directa que pouco a pouco substituiu a cirurgia da vasomotricidade que Leriche, Learmonth — de que foi discípulo António Coito — e outros tinham desenvolvido. Sousa Pereira foi um verdadeiro campeão neste capítulo.

Mas a época era de mudança.

Em 1951 Ondot substituiu o *Carrefour* aórtico trombosado por um enxerto, logo seguido, em 1952, por Dubost que ressecava, pela primeira vez, um aneurisma da bifurcação aórtica e a substituiu por um homoenxerto.

Charles Robb, no Queen's Mary, foi um dos grandes pioneiros da reconstrução aórtica (1955-57). A sua fama o levou a emigrar para a América. Mas, no seu grupo, Eastcott tornara-se já um pioneiro da reconstrução carotídea (1954).

Foi nesta década de 50 que DeBakey, Crawford, Morris e Creech desenvolveram, duma forma espetacular, a cirurgia da aorta e de todos os seus ramos, com enxertos protéticos.

Experiência publicada no 1.º número do *The Journal of Cardiovascular Surgery* (1960) sob o título *Changing concepts in vascular surgery*.

De acentuar que DeBakey sofreu dupla influência: da escola de Alton Ochsner (sucessor de Rudolph Matas) e a de Leriche (onde conheceu Cid dos Santos).

Dinis da Gama, instigado por este último, é um produto da escola de DeBakey. Conheci assim 4 gerações desta linha. Fernandes e Fernandes, Mota Capitão e Serra Brandão em Lisboa e o grupo de Caetano Pereira no Porto, vêm da linha do St. Mary's e do nosso hóspede de honra de hoje: H. Eastcott.

Já atrás vimos como se deu o *movimento associativo* na cirurgia torácica (e depois torácica e cardiovascular) na fórmula anglo saxónica e nórdica.

Vejamos agora como o problema evoluiu quando se partiu do *vascular* para o *cardíaco*.

Na América fundara-se, em 1951, a *Internacional Society of Angiology* a que está ligado o nome de Henry Haimovici.

Na Europa iniciara-se também um movimento para a constituição duma Sociedade, movimento esse que se cristalizou em Turim em 1951, liderado por Dogliotti e Malan da Itália, Leriche e Arnulf da França, Martorell de Espanha e, entre, outros três portugueses, Reynaldo dos Santos J. Cid dos Santos e J. C. Da Costa, que formaram o grupo dos *fundadores da Associação*. Esta passou a chamar-se *Société Européenne de Chirurgie Cardio-vasculaire*. Leriche e Reynaldo dos Santos foram os primeiros presidente e vice-presidente. A reunião de Turim constituiu assim uma das principais raízes da nossa sociedade.

Apesar do seu nome a Sociedade Europeia tinha um enorme predomínio de cirurgiões vasculares e de cirurgiões latinos. A sua filiação na *Internacional Society of Angiology* como capítulo europeu não fez mais do que marcar esta tendência predominantemente vascular.

O 1.º Congresso da Sociedade Europeia reuniu-se em Estrasburgo em 1952 tendo como tema *As obliterações arteriais crónicas*. Dois portugueses foram relatores: J. C. Da Costa com Malan para fisiopatologia de J. Cid dos Santos com Fontaine para a terapêutica cirúrgica.

O 2.º Congresso da *The Internacional Society of Angiology* reuniu-se em Lisboa, em Setembro de 1953, sob a presidência prestigiosa de Emile Holman (com Blalock os últimos residentes de Halsted).

Foi a reunião crucial para a constituição da Sociedade Internacional com os seus três capítulos: europeu, americano e latino-americano

O comité local presidido por J. Cid dos Santos e secretariado por quem escreve estas linhas teve um trabalho diplomático insano para pôr de acordo as variadas tendências representadas.

Holman exigiu um *martelo presidencial* para conduzir as sessões e as discussões. Ficou célebre através de várias fotografias. Conservo-o em meu poder há mais de 30 anos a pensar numa *very special occasion*: tenho muita honra em o oferecer à Sociedade Portuguesa, na ocasião especial da sua primeira sessão pública.

Apesar dos nomes célebres que trouxe a Portugal — especialmente Gerbode, Hufnagel, De Takats, Blakemore, pioneiro dos enxertos arteriais e da *cirurgia da hipertensão portal*, uma forma de cirurgia vascular que eu então estava introduzindo em Portugal — uma vez mais se verificou a predominância dos cirurgiões vasculares e de europeus. A grande força das Sociedades torácicas e cardio-vascular anglo-saxónicas e escandinavas estava ausente.

Na realidade só em 1957 a Sociedade Internacional passou a ser cardio-vascular e só em 1959, durante o 4.º Congresso Internacional em Munique foi decidida a fundação do *Journal of Cardiovascular Surgery*.

Neste momento a Sociedade Europeia é, uma vez mais presidida por um português — Machado Macedo — que tem íntimas ligações com as Sociedades torácicas. Seria necessário fazer um novo esforço de congregação, como Björk tentou em Estocolmo em 1982, reunindo *the European Society of Cardiovascular Surgery, the Scandinavian Association of Thoracic and Cardiovascular Surgery e the Society of Thoracic and Cardiovascular Surgeons of Great Britain and Ireland*. Foi um momento de convergência para um movimento, com ondulações, que ora aproximam o componente Cardio-Torácico ora o Cardio-vascular.

A partir dos anos 60 o grande desenvolvimento da cirurgia de revascularização na doença coronária, da cirurgia cerebro-vascular extracraniana, da cirurgia da hipertensão reno-vascular e da revascularização dos membros aproximou de novo a cirurgia cardíaca da cirurgia vascular periférica contra o inimigo comum: a *ateroesclerose*.

Sob esse signo nos reunimos hoje.

Actualmente a cirurgia arterial tornou-se uma cirurgia geral de múltiplas vias e talvez uma evolução para a cirurgia microscópica. A cirurgia cardíaca ocupa-se progressivamente mais do problema da substituição da bomba cardíaca. Para lá do coração artificial e da transplantação cardíaca, a cardio-pulmonar (dominada também pelo grupo de Shumway) aproxima agora outra vez a cirurgia cardíaca da pulmonar. Na realidade a transplantação do pulmão (estudada experimentalmente entre nós por L. Leite de Noronha) continua a ser uma das *bêtes noires* da cirurgia torácica.

Como na anterior transição de século a passagem para o século XXI vai acompanhar-se duma enorme revolução nos meios diagnósticos não invasivos que transformarão radicalmente a semiologia e o conceito das nossas especialidades (exemplo a cardiologia como especialidade médico-cirúrgica, como a procurámos realizar desde 1967).

Com o predísivel domínio médico da terapêutica do cancro e da aterosclerose outra grande transformação terá lugar.

Mas a associação torácica, cardíaca e vascular parece poder continuar a ter lógica, como Sociedade, integrando o *bloco das funções vitais* que se contrapõe ao *bloco da cirurgia digestiva* e ao das *partes moles e do aparelho locomotor*.

É uma concepção funcional e não topográfica pois nesses blocos se vive uma filosofia comum, muito marcada no *nosso bloco* pelos problemas básicos da anestesia e reanimação, da homeostase e dos cuidados intensivos.

A nossa Sociedade que tantos problemas levantou na sua criação — para ajustar as posições dos *torácicos* dos *cardíacos* e dos *vasculares periféricos* — terá de ter presente que vivemos uma ciência dinâmica e, não estática, que, no decurso da nossa vida várias vezes vimos mudar de rumo. Foi experiência vivida.

Lembremo-nos de que os Matas, Halsted, Ochsner, Holman, Crafoord, Leriche e Reynaldo dos Santos foram homens extremamente versáteis e se ocuparam de múltiplos e diversos problemas. Souberam mudar e variar.

É com essa abertura de espírito que devemos encarar o futuro: praticando correctamente a ciência de hoje mas preparados para mudar amanhã.

J. Celestino da Costa