# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XX | DEZEMBRO DE 1942 | N. 12

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1941

Presidente
ÁLVARO BARCELOS FERREIRA
Cat. Cl. Méd. Propedêutica

Vice-presidente
LUIZ BARATA
Doc. Cl. Urológica

Secretário Geral
JOSÉ GERBASE
Doc. Cl. Dermatosifiligráfica

1.º secretário
ADAYR TEIXEIRA DE ARAUJO
Doc. Cl. Urológica

2.º secretário
ORLANDO BIANCAMANO

Tesoureiro
ANTÉRO SARMENTO

Bibliotecário
E. J. KANAN
Cat. Int. Cl. Cirúrg. e Ortop.

Direção científica
NINO MARSIAJ
Doc. Cl. Médica

TOMAZ MARIANTE
Cat. Cl. Médica

RAUL MOREIRA
Cat. Cl. Pediátrica Méd.

Secretário da Redação
ALFREDO HOFMEISTER

REDATORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
NOGUEIRA FLÔRES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACÍ MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBÔA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIS S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLÔRES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

ASSINATURAS:

Ano: 25$000 — 2 anos: 40$000 — Estrangeiro ano: 40$000

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

# Sumario

## Trabalhos originais


Pág.

ARGEMIRO DORNELLES — Parto provocado pelo método de Abaref . . . . . 367

HENRIQUE SOUZA GOMES — Oclusão intestinal por Áscaris Lombricoides . . . . . 371

JOÃO RECHDEN — História da Faculdade de Medicina . . . . . 377

HOMENAGEM ao Prof. Ernesto Herzog . . . . . 381



Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

**Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador**

— MEDICAÇÃO SERIADA —

**Instituto Terapêutico Orlando Rangel**

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro

# Parto provocado pelo método de Aburel

por *Argemiro Dornelles*
Docente Livre de Clínica Ginecológica

Venho, hoje, trazer uma comunicação à Sociedade de Cirurgia sobre assunto que não é de minha especialidade e, por isto, peço desculpas aos meus colegas parteiros por ter pisado em seara alheia. Sirvam-me, porêm, de escusas os azares da clínica, que não traçam limites intransponiveis à ação imediata do profissional.

Quero referir-me ao método de Aburel para provocação do trabalho do utero grávido, naqueles casos em que se faz necessário o esvasiamento uterino, mesmo antes do termo da gestação, tendo em vista não só a defeza da vida materna como a conservação da do feto, quando possivel.

Como julgo que o assunto não foi ainda ventilado em nossa Sociedade, resumirei em suas linhas gerais os princípios e regras que servem de base ao emprêgo dêste simples, util e seguro processo obstétrico, conforme se depreende do interessante trabalho que tem por título — "O método de Aburel, seu valor na indução do trabalho do utero grávido" — sendo seus autores os Drs. A. Gonçalves Collazo e Rogelio Caso, discipulos do Prof. Peralta Ramos, a quem cabe a primazia de ter chamado a atenção da Sociedade de Obstetricia e Ginecologia, de Buenos Aires, em 1938, para o método. A comunicação dos Drs. Collazo e Rogelio Caso refere-se à experiência de 40 casos e vem publicada em o n.° 1, tomo XX, de 8 de maio do corrente ano (1941), do Boletim daquela Sociedade.

O método consiste em despertar as contrações uterinas, portanto induzir o trabalho do parto, mediante injeção intraovular, através das paredes abdominal e uterina, de uma quantidade dada de solução saturada de cloreto de sódio, que oscilará entre 40 e 80 cm³, segundo esteja o feto vivo ou morto. Feita a antisepsia do campo operatório, e após esvasiamento da bexiga e intestino, o utero é puncionado, através da parede abdominal, por meio de agulha longa de anestesia raqueana, ou de outra semelhante, em um ponto situado na linha média, entre o pubis e a cicatriz, escolhido de acordo com o tempo da gestação, procurando-se evitar que o feto seja ferido.

Verifica-se que a agulha atingiu a cavidade ovular, aspirando o operador o líquido anmiótico ou injetando previamente alguns centímetros cubicos de soro fisiológico, de modo que fique claro não terem sido puncionadas as partes moles fetais. Isto posto, procede-se à injeção da solução hipertonica de cloreto de sodio, em plena cavidade ovular.

Após a injeção, as contrações iniciam-se num tempo mínimo de 10 minutos, dando começo ao trabalho de parto, ou podem retardar-se até ao máximo de 58 horas, em casos de fetos vivos, ou de 98 horas, em casos de fetos mortos, retidos. O parto pode se dar em bloco ou em dous tempos, com delivramento espontâneo.

Raras vezes é necessário repetir a injeção.

O método fracassou em três casos de ovo aberto e houve contratura uterina em duos casos de feto morto, retido, com ovo íntegro, necessitando de intervenção.

Sugerem os pesquizadores que a solução hipertônica de cloreto de sódio determina no utero efeitos similares ao que se passa no intestino, em resposta ao clister com a mesma solução hipertônica. Entretanto, a injeção, feita por via venosa, não provoca o trabalho de parto. O utero grávido, com o ovo íntegro, comporta-se como um sistema fechado em relação à injeção hipertônica, feita na cavidade ovular.

Disto decorre a possibilidade do uso do método nas nefrites da gestação com hipertensão, na eclampsia, etc.

Resumindo as indicações do método, os autores dizem textualmente: "com esta simples técnica pudemos resolver, sem inconvenientes para a mãi ou para o filho, problemas taes como gestoses graves, anomalias fetais, embaraço prolongado, evacuação de fetos mortos e retidos, mola, etc. que, pela época da gravidez em que foi necessário intervir, teriam motivado aplicação de recursos obstétricos e cirúrgicos não isentos de riscos".

Resumindo a estatística dos autores, encontram-se 11 casos de indução de parto e interrupção de prenhez por indicações várias, tais como gestoses, hipermadurez, epilepsia, malfirmações fetais: percentagem de êxito — 100%; em 23 casos de feto morto e retido, com o ovo íntegro: percentagem de êxito — 90%; em 3 casos de feto morto e retido, com ovo aberto: percentagem de êxito — 33,3%.

G. Collazo e Rogelio Caso chegam às seguintes conclusões:

1) — O método de Aburel é prático e simples nas mãos do especialista;

2) — E' um excelente processo de indução do trabalho do utero grávido;

3) — Os resultados são muito satisfatórios. Em grande maioria dos casos, o parto, a expulsão do conteúdo uterino e o delivramento foram espontâneos;

4) — E' inocuo para a mãi e para o filho;

5) — E' necessário ter em conta a integridade ovular toda vez que seja necessário evacuar o utero;

6) — Com o ovo aberto não parece ser aconselhável;

7) — Os resultados obtidos autorizam a pensar que o método pode substituir com vantagem os processos cirurgicos destinados à evacuação extemporânea do utero grávido.

Torna-se evidente que o método francês de Aburel tem maiores vantagens sobre o método argentino de Boero, pela injeção tambem intra-ovular de formol, por ter indicação mais dilatada, não se reduzindo como êste a emprego exclusivo nos casos de aborto terapêutico, com sacrifício do feto, portanto.

O trabalho citado deu margem à vasta e prolongada discussão, tendo provocado outros trabalhos, apreciados em interessantes debates no plenário da Sociedade de Obstetricia e Ginecologia, de Buenos Aires, em maio e agosto do corrente ano (1941).

Encerrando êste preâmbulo necessário, passo a relatar o caso que motiva esta comunicação: a 1.° de agosto corrente (1941), tive oportuni-

dade de examinar, a pedido do Dr. Gastão Leão, médico do Instituto dos Marítimos, na vizinha cidade de Guaiba, a paciente Maria G., de 23 anos de idade que, estando no 7.º mês de sua terceira gestação, era portadora de volumoso osteosarcoma da extremidade distal do femur esquerdo, diagnóstico clínico que foi confirmado mais tarde pelo exame radiológico do Dr. Jorge Velho, radiologista do Hospital S. Francisco, desta Capital, quando a paciente veiu a ser internada para submeter-se à intervenção cirúrgica.

Havia 6 meses que a paciente se arrastava cruciada de dores, extremamente enfraquecida e intoxicada, encontrando no uso frequente da morfina ligeiro alívio às suas dores. Deante de tal quadro clínico, não exitei em aconselhar ao colega a interrupção imediata da gestação, não só para melhorar o estado geral da paciente e permitir a intervenção cirúrgica, dentro do mais curto prazo de tempo, como tambem no intuito de salvar o feto da ação conjugada das toxinas do neoplasma e do efeito deletério da morfina.

Indiquei ao colega Gastão Leão a técnica de Aburel. Na falta de solução saturada de cloreto de sódio, cuja percentagem seria de cerca de 36%, sugeri o emprego da solução hipertônica a 20%, preparada pelo Laboratório Geyer, que é usada correntemente em clínica, o que foi feito pelo Dr. Gastão Leão, segundo as diretrizes que lhe expuz. A punção foi realizada por meio de agulha longa, sem mandril, através das paredes abdominal e uterina, sobre a linha média, sendo atingido o utero em ponto onde se mostrava maior a flutuação de líquido e injetados 60 cms$^3$ da solução de cloreto de sódio a 20%. O utero entrou imediatamente em contratura, vindo a relaxar-se minutos após. Decorridas 12 horas, iniciou-se o trabalho de parto que se prolongou por mais 12 horas, dando-se o parto 24 horas depois da punção e nascendo um feto vivo, seguindo-se o delivramento espontâneo, após alguns minutos. O puerpério decorreu perfeitamente normal.

A paciente baixou ao Hospital S. Francisco quinze dias após ao parto. A 22 do corrente, pratiquei a amputação alta da coxa, não recorrendo à desarticulação por ser mais chocante e por estar Maria G. extremamente enfraquecida. Seu estado é, de momento, satisfatório, pois está aliviada de suas terriveis dores e livre do uso da morfina.

Espero, pois, que esta comunicação desperte a atenção dos colegas aqui presentes, que fazem parte da Maternidade Mario Tota, onde terão, seguramente, maiores oportunidades de se utilizarem deste precioso método e, assim, de nos trazerem, em futuro próximo, os resultados de suas investigações, de modo a nos orientarem com maior precisão sobre o real valor prático do parto provocado pelo método de Aburel, cuja técnica simples e segura torna-o utilíssimo não só aos especialistas, conforme concluem Collazo e Rogelio Caso, como principalmente aos médicos práticos da campanha e do interior, naqueles casos em que a indicação de um aborto terapêutico ou de um parto provocado — é motivo de intervenção muitas vezes perigosa para a gestante como quasi sempre fatal para o feto.

Porto Alegre, 28 de agosto de de 1941.

# O Neosalvarsan

existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

# O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções sòmente em água **bidistilada** ou em **sôro glicosado à 10%** o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cêdo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.

BAYER

# Oclusão intestinal por Áscaris Lombricoides*)

pelo Dr. Henrique Souza Gomes

A oclusão intestinal por áscaris, apesar de comum entre nós, merece uma atenção toda especial devido ao caráter de extrema gravidade que assume por vêses, mercê das complicações que acarréta, como perfurações, etc.

Eis a razão porque resolvemos trazer a esta Sociedade a comunicação do seguinte caso:

HISTÓRIA CLÍNICA: P. S., com 3 anos de idade, filho de M. S., foi-nos trazido pelo pai ás 16 horas do dia 15 de Abril de 1942, com a seguinte história: Na véspera, á noite, mais ou menos ás 22 horas, o menino acordou queixando-se de dôres em todo o abdomen, principalmente na região peri-umbelical, vômitos alimentares e biliósos, com o ventre ligeiramente abaúlado. O termômetro, colocado pelo pai, não acusou elevação de temperatura. Não cessando as dôres abdominais, foram colocadas compressas quentes sobre o ventre e foi administrado ao doentinho um purgativo em dóse fórte (óleo de rícino). Como duas horas após não tivesse ainda produzido efeito, nóva dóse lhe foi administrada. Desta vês, com a exacerbação das dôres, foi expelido um enolado de vérmes que, pela descrição dada, seriam áscaris lombricóides, variedade de verminóse muito comum na região. Desde a crise inicial dolorosa, o doentinho não mais expeliu gáses nem fézes e as urinas tornaram-se escassas.

Como não cessacem as dôres e o ventre continuasse aumentando de volume, o pai resolveu trazer o menino á consulta.

A' primeira vista, pareceu-nos um caso banal, devido ao bom aspéto exterior apresentado pelo doentinho, corado, bem disposto, apesar das dôres abdominais espaçadas que arrancavam gemidos, nada mais se percebia com o pequeno ainda vestido. Mandamos despir totalmente o doente, chamando-nos lógo a atenção o grande volume do ventre.

EXAME OBJETIVO: A' inspeção notamos, como já dissemos acima, um grande ventre, proeminente na parte central, achatado lateralmente, umbigo despregueado, péle lisa e luzidia, deixando ver uma rica rêde venósa, tipo veia cava inferior. O sinal de Kussmaul éra positivo. Viam-se, concomitantemente aos paroxismos dolorosos, ondas peristálticas se desenhando no ventre, principalmente no nivel da região peri-umbelical.

A' apalpação: ventre tenso, sentindo-se, com a palma da mão suavemente colocada sobre a péle, as ondas peristálticas. Percebe-se

---

*) Comunicação feita á Sociedade de Cirurgia de Porto Alegre, em sessão realizada em 8 de Outubro de 1942.

OPERAÇÃO: Feita a anestesia geral pelo balsofórmio, incisamos na linha mediana, numa extensão de 15 cms. Deparou-se-nos o triste quadro de vérmes misturados com fézes líquidas entremexer-se por entre as alças intestinais. Retirada grande quantidade de vérmes, começamos o exame pela válvula íleo-cecal; encontramos o apêndice endurecido, com um vérme no interior, procurando saír pela extremidade livre, já perfurada. Feita a apendicectomia, continuamos o exame, achando, mais ou menos a vinte centímetros da desembocadura íleo-cecal, o intestino cheio de vérmes, numa extensão de trinta centímetros, mais ou menos, tomando a fórma de um verdadeiro chouriço, apresentando quatro perfurações com a circunferencia de um lápis comum. Aproveitamos uma destas perfurações para, aumentando-a, fazermos a incisão de três centímetros transversalmente ao eixo intestinal.

Por esta incisão retiramos, com o auxílio de pinças e manóbras suaves de propulsão para a saída, cerca de duzentos e poucos áscaris lombricóide (contados devido á curiosidade da enfermeira). Suturamos em dois planos esta incisão e, as perfurações, depois de avivadas, fechadas em bolsa com reforço seroso. Isto feito, lavamos toda a cavidade abdominal com sôro fisiológico e éter, deixamos na cavidade o conteúdo de duas ampolas de sóro contra a peritonite e mais duas de Anaseptil fórte. Foi feita a sutura da parede em dois planos, sendo deixado um dreno de borracha de calibre médio.

Foi usada uma quantidade mínima de anestésico, devido ao estado quasi insensivel do doentinho. Foram administrados sôros e cardiotonicos durante o ato operatorio.

Foi avisado o pai da gravidade da situação.

Como post-operatorio foram administrados: sôro glicosado, contra peritonite, extrato hepático, cardiotonicos e diuréticos. Diéta absoluta nas primeiras 24 horas, permitindo-se dóses parceladas de chá. Na manhã seguinte, encontramos o menino um pouco excitado, mas com o pulso mais cheio, batendo 110 vêses por minuto. Não havia ainda expelido gáses ou fézes, mas tinha urinado abundantemente, o que não fazia ha mais de 24 horas. Temperatura: 37.5°. Duas ampolas anaseptil pelo dreno. Pela tarde expeliu pela primeira vês, gáses; temperatura: 38°; pulso: 110. Nada de vômitos durante todo este tempo. Facies normal. No terceiro dia tinha desaparecido completamente toda a sintomatologia toxi-infecciosa. No 6.° dia retiramos o dreno e, aos 16 dias da operação o doente teve alta. Como reliquat de sua doença, ficou uma eventração na linha mediana, deixada para operar posteriormente.

---

A oclusão intestinal por áscaris lombricóides, é muito comum em nosso meio, principalmente na zona colonial, onde as crianças vivem em constante contáto com a terra. Ás vêses de difícil diagnóstico, devido, compreende-se, a aglomeração fazer-se lentamente, até o enovelado de vérmes tomar o volume suficiente para obstruir a luz intestinal e fornecer a sintomatologia clássica de oclusão.

Teremos então, de início, a prisão de ventre, sem retenção de gáses, o que se explica pelo enovelado inicial não ser compacto; pouco

sob a mão que apalpa profundamente, uma tumoração alongada. O ventre não é ainda doloroso.

A' percussão notamos sonoridade pré-hepática e timpanismo exagerado em todo o ventre, principalmente na região peri-umbelical. A apalpação percutória não nos dá a onda líquida comum na ascite.

A' ausculta se ouve o caraterístico ruido hidro-aério, durante as contrações. O tóque retal nada informou a mais.

O exame dos aparelhos nos dá, quanto ao cardio-circulatório, taquicardía com taquisfigmía, o pulso cheio, batendo 100 vêses por minuto.

Aparelho respiratório nada revelou de anormal, não havendo ainda dispnéa.

Urinas escasseando sensivelmente desde o início da crise.

Temperatura: 36,5°.

## DIAGNÓSTICO:

De pósse dos dados anamnésicos, com o início doloroso, vômitos, parada das fézes, diminuição da secreção urinária, abaúlamento do ventre, ondas paristálticas, a resistencia ao purgativo, a expulsão dos vérmes enovelados, e, do exame objetivo que nos mostrou m grande ventre proeminente na sua parte central, timpanismo exagerado .umbigo despregueado, temperatura normal com pulso batendo 100 vêses por minuto, erutações pútridas apesar de não haver vômitos fecaloides, firmamos o diagnóstico: OCLUSÃO INTESTINAL POR ASCARIS LOMBRICÓIDES, oclusão esta situada provavelmente ao nível do íleon, não só pelo formato do ventre, como pela dificuldade da mesma se efetuar no grosso intestino por massas verminóticas.

## TRATAMENTO:

Depois de tentarmos por algum tempo restabelecer a acontinuidade da luz intestinal pelas grandes lavagens, único meio disponivel no momento e que tem dado bons resultados quando no início da oclusão, indicamos a necessidade urgente do áto operatório.

Enganado pelo bom aspéto aparente do filho, o pai negou-se terminantemente a permitir operar o menino sem confirmacão radiológica da oclusão. Como o aparelho de Raios X mais próximo distasse 50 quilômetros do local, fizemos ver ao progenitor que da urgencia da intervenção dependia a vida do filho, mas em vão. Só no dia seguinte foi possivel viajar para a cidade de Carasinho, onde seria feito o exame pelo competente radiologista Dr. Carlos Fonseca Pires. Antes disso foi chamado em conferencia o ilustre coléga Dr. Damore que confirmou plenamente o diagnóstico. Administrado bário ao pequeno, foi, três horas após, examinado, vindo uma ótima chapa, clássica, colaborar com o diagnóstico clínico já formado.

O doente voltou então ao hospital, mostrando-se já com típico facies peritonial, dispnéico, olheiras fundas, lábios cianosados, ausencia de micção, intestinos paralizados, não notando-se mais ondas peristálticas, pulso a 120 por minuto. O estado geral tornara-se, pois, gravissimo.

O exame radiológico revelou:

1.° — Estase gástrica pronunciada.

2.° — Estase da substância opaca em todo o arco duodenal e primeira porção do jejuno, não havendo trânsito além deste nivel.

3.° — Presença de niveis líquidos.

4.° — Presença de imagens com aspecto de vermes na porção duodenal.

Conclusões: Sinais radiológicos de oclusão intestinal.

(ass.) Dr. Carlos Fonseca Pires.

a pouco, veremos a sintomatologia se acentuar, sobrevindo as dôres, vômitos etc.

Quando a história do doente e seu modo de vida não nos levam desde cedo para o diagnóstico de verminóse, a diferenciação entre este tipo de oclusão e os por invaginação, vólvulos, bridas, divertículos, este torna-se difícil.

Parece-nos, entretanto, que a oclusão por vérmes tem um início mais suave, contrastando com o mesmo geralmente brúsco da invaginação e vólvulos. Geralmente somos levados a operar um caso com diagnóstico provavel de apendicite aguda e necontramos o íleon completamente ocluido. Sob este ponto voltaremos a falar mais adiante.

Como tratamento no início da oclusão, quando os sintomas gerais não nos fazem suspeitar a existencia de perfurações, podemos utilizar as grandes lavagens, altas e sob pressão crescente e repetidas diversas vezes. Este meio terapêutico tem dado bons resultados, como o comprovam os casos das clínicas do drs. Walter Ghezzi e Mesquita. Devemos no entanto ter cuidado para não conduzir á uma perfuração uma parede do intestino já enfraquecida.

Quando este tratamento falha ou, quando a sintomatologia peritonial é evidente, só nos resta um meio: a cirurgia.

Hoje em dia possuimos como auxiliar poderoso da cirurgia a sulfanilamida. Utilizada no nosso caso, tanto no ato cirúrgico como no post-operatório, atribuimos á ela grande parte do êxito alcançado.

Pesquizando a bibliografia, com o auxílio do Prof. GUERRA BLESSMANN, encontramos uma meia duzia de casos na Revista Central de Cirurgia da Alemanha. Entre estes casos, dois já se encontravam com o apêndice perfurado e vermes se insinuavam pela abertura; quasi todos eles tiveram êxito letal. Em todos eles o diagnóstico inicial foi de apendicite aguda ou foi encontrada, no ato operatório, uma inflamação adiantada do apêndice, sendo a oclusão sempre juxta-cecal.

Aqui em nosso meio, soubemos de vários casos; entre eles um do Dr. Hamilton Pereira. No município de Sarandí, o nosso colêga Dr. Paulo Schramm operou tambem um com o diagnóstico inicial de apendicite aguda, encontrando o íleon completamente ocluido por vermes, mas sem perfuração e o apêndice supurado.

Nenhum destes entretanto assumiu o caráter de extrema gravidade da presente observação, razão pela qual resolvemos apresentá-lo a esta douta Casa.

Como os snrs. devem ter observado, em todos os casos relatados neste trabalho houve sempre coexistencia de oclusão e apendicite. Óra, com o diagnóstico de oclusão se encontra tambem uma apendicite aguda, óra com o diagnóstico de apendicite se encontra, coexistindo com esta, uma oclusão por vérmes.

Surgem então duas hipóteses: ou a apendicite, com sua reação inflamatória intestinal, atrai os vérmes para a sua proximidade, daí resultando o enovelado, ou este, se formando, pela irritação das paredes do intestino, vêm a produzir uma reação aguda apendicular. Parece

nos, entretanto, mais lógica a segunda hipótese, principalmente devido a estase cecal determinada pela obstrução.

---

Voltando ao caso relatado, podemos já informar-vos que a eventração resultante da laparatomia por nós feita, já foi operada, com êxito, pelo Dr. Paulo Schramm.

Quanto ao nosso trabalho, não podemos aureolar-nos com a sua cura, pois, sinceramente, esta não teve para nós explicação lógica. Só nos resta repetir a frase de Ambrosio Paré: "Eu o operei, Deus o curou".

IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS
TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES
ESTERES MORRUICO E CHAULMOOGRICO, SUPERSATURADOS DE LIPOIDES TOTAES DO CEREBRO.
LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA
PIO. MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Amostras em Porto Alegre:

**Antonio Rizzo & Cia.**

**Rua do Uruguai, 91 — 1.° andar**

# História da Faculdade de Medicina

João Rechden, Assistente da 2.ª Clínica Médica

Ha 46 anos, por iniciativa de um grupo de farmacêuticos e proprietários de farmácias e drogarias, fundava-se em Porto Alegre uma sociedade denominada "União Farmacêutica".

Constava dos Estatutos da referida sociedade a fundação de um curso de Farmácia e em Fevereiro de 1896 essa idéia tornava-se realidade, graças aos esforços de um grupo de associados: — Alfredo Leal, Arlindo Caminha, Cristiano Fischer, Carvalho de Freitas, João Daudt Filho, V. Appel e outros — que, após conferenciarem com o Dr. Júlio de Castilhos, então Presidente do Estado, obtiveram deste a cessão de duas salas da Escola Normal assim como dos aparelhos dos Laboratórios de Física e Química, surgindo assim a Escola Livre de Farmácia e Química Industrial de Porto Alegre, com uma frequência inicial de 35 alunos.

Um ano mais tarde, Protasio Alves, Deoclécio Pereira e Sebastião Leão, fundavam um Curso de Partos, que funcionou na Santa Casa de Misericórdia, com grande frequência e aproveitamento. Justamente entusiasmados com os resultados obtidos e oferecendo a Santa Casa, com seus 300 doentes, um amplo campo de observação, Protasio Alves e seus companheiros lançaram a idéia da fundação de uma Faculdade de Medicina. Assim, a 25 de Julho de 1897, surgia a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, que abrangia os seguintes cursos: Medicina, Farmácia, Odontologia, Obstetricia e Química Indústria.

Em 15 de Março de 1899, a Faculdade começou a funcionar regularmente, com uma frequência de 67 alunos, assim distribuidos: Medicina, 18; Farmácia, 41; Odontologia, 3; Obstetricia, 5. Teve como primeira diretoria: Protasio Alves, diretor; Alfredo Leal, vice-diretor; Carvalho de Freitas, secretário.

Esta diretoria requereu ao Governo Federal a equiparação da Faculdade às suas congêneres oficiais, o que foi concedido por Decreto n.º 3.758, de 1.º de Setembro de 1900, sendo nomeado Delegado Fiscal o Dr. Balduino do Nascimento, que, a pedido, se exonerou a 15 de Março de 1905.

Era, nessa época, o Corpo-Docente assim constituido:

História Natural Médica — Sarmento Barata.
Anatomia Descritiva 1.ª — Nogueira Flores.
Anatomia Descritiva 2.ª — Eduardo Sarmento Leite da Fonseca.
Química Médica — Cristiano Fischer.
Histologia — Ricardo Pereira Machado.
Fisiologia — Artur Benigno Castilhos.
Bacteriologia — Manoel Gonçalves Carneiro.
Matéria Médica e Farmacológica — Francisco Carvalho de Freitas.
Anat. e Fisiologia Patológica — Olinto Oliveira.

Patologia Médica — João Dias Campos.
Patologia Cirúrgica — Diogo Ferraz.
Operações e aparelhos — Frederico Falk.
Anatomia Médico-Cirúrgica — Artur Francos.
Terapêutica — João Dias Campos.
Obstetricia — Francisco Freire de Figueiredo.
Higiene — José Carlos Ferreira.
Med. Legal e Toxicológica — Ricardo Pereira Machado.
Clínica Prop. Médica — Otavio de Souza.
Cl. Dermato-Sifilográfia — Rodolfo M. Masson.
Clínica Cirúrgica 2.ª — Carlos Wallau.
Clínica Cirúrgica 1.ª — Serapião Mariante.
Cl. Oftalmológica — Vitor de Brito.
Clínica Médica 2.ª — Jacinto Luiz Gomes.
Cl. Obst. e Ginecológica — Protasio Alves.
Cl. Psiquiátrica e Mol. nervosas — Tristão de Oliveira Torres.
Pat. e Terap. e Hig. Dentária — Henrique Riedel.
Prótese Dentária — Frutuoso Trindade.
Clínica Odontológica — José Paranhos.

---

Em 1911, com a lei orgânica do Ensino, de 5 de Abril, extinguindo os programas oficiais, a Faculdade, ainda com personalidade jurídica, pela lei n.º 173, de 10 de Setembro de 1893, reorganizou-se sob o título "Faculdade de Medicina de Porto Alegre", tomando nova orientação didática com a creação de novas cadeiras nos cursos de Medicina, Farmácia e Odontologia, elevando a duração destes dois ultimos de dois para tres anos. Pela lei que reorganizou o ensino secundário e superior, Decreto n.º 11.530, de 18 de Março de 1915, a Faculdade tratou lógo de readquirir os seus antigos direitos, cabendo-lhe a justa satisfação de ter sido então a única Faculdade Livre de Medicina do Brasil, considerada idônea para os efeitos de fiscalização, em sessão do Conselho Superior

Em sessão do Conselho Superior do Ensino, realizada a 5 de Fe-
do Ensino realizada a 30 de Maio de 1915, sendo nomeado Inspetor Federal o Dr. Emiliano Pereira dos Santos.
vereiro de 1916, com parecer elogioso da Comissão dos Institutos de Ensino Superior, tendo como relator o Prof. Aloisio de Castro, em face do relatório do respetivo Inspetor, a Faculdade obteve louvores que visavam a organização. Foi então proposta ao Govêrno Federal a sua equiparação às oficiais.

Assim, a 1.º de Março de 1916, foi decretada a equiparação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, sendo o primeiro Instituto de Ensino Superior e, ainda, a única Faculdade de Medicina que então logrou alcançar tal regalia, tendo sido reconduzido no cargo de Inspetor Federal, o Dr. Eduardo Emiliano Pereira dos Santos. Esse mesmo cargo foi ocupado, em 1917, pelo Dr. Luiz Gomes; de 1916 a 1922, pelo Dr. Ricardo Pereira Machado; de 1923 a 17 de Outubro de 1931, pelo Dr. Luiz Souza Lobo. Nesta data foi aquele médico exonerado, em vista de ter a Faculdade, por Decreto n.º 20.530, da mesma data, passado a Instituto Federal, revertendo seu patrimônio ao Govêrno da União e sendo incluida

no orçamento de 1932 a verba de 1.878:656$000 para seu custeio. No período de Novembro de 1929 a Outubro de 1930, foi o Dr. Souza Lobo substituido pelo Dr. Lafaiete Silveira Martins Rodrigues Pereira, sendo reintegrado no cargo a 22 de Outubro do mesmo ano.

DIRETORIAS: — Foram Diretores e Vice-Diretores desta Faculdade: de 1896 a 1904, respetivamente os Professores Dr. Protasio Alves e Farm. Alfredo Leal; de 1905 a 1907, Dr. Protasio Alves e Dr. Deoclécio Pereira; em 1907, Prof. Diogo Ferraz; de 6 de Abril de 1907 a 1909, Prof. Serapião Mariante e Prof. Sarmento Leite; de 1910 a 1911, Prof. Olinto de Oliveira e Prof. Sarmento Leite; de 1912 a 1914, Prof. Carlos Wallau e Prof. Vitor de Brito; de 1914 a 1915, Prof. Otavio de Souza e Prof. Aurelio Py; de 1915 a 1916, Prof. Sarmento Leite e Prof. Carlos Wallau; de 1916 a 1917, Prof. Sarmento Leite e Prof. Aurelio Py; de 1917 a 1934, Prof. Sarmento Leite e Prof. Serapião Mariante: daí em diante, foi extinto o cargo de Vice-Diretor, continuando na Diretoria, até 21 de Janeiro de 1915, o professor Eduardo Sarmento Leite da Fonseca; em 22 de Janeiro do mesmo ano, tomou posse o Prof. Luiz Francisco Guerra Blessmann. Nos períodos de 11 de Abril de 1935 a 1.° de Janeiro — de 6 de Abril a 1.° de Maio de 1936, a Diretoria foi exercida inteiramente pelo Prof. Frederico Guilherme Falk, membro mais antigo do Magistério no Conselho Técnico Administrativo, no impedimento temporário do Prof. Guerra Blessmann, diplomado à Constituinte e Legislativo Estadual. Em 1.° de Julho do corrente ano, tendo o Prof. Guerra Blessmann assumido novamente seu lugar na Assembléia Legislativa, assumiu mais uma vez o cargo de Diretor o Prof. Falk. Em 18 de Abril de 1938, tomou posse o Prof. Antonio Saint Pastous de Freitas. Um ano mais tarde assumiu o atual Diretor, Prof. Fernando Freitas de Castro.

EDIFÍCIO E DEPENDÊNCIAS DA FACULDADE: — Em 25 de Julho de 1909 foi inaugurado o Instituto Anatômico, construido pela Faculdade em um terreno cedido pela Santa Casa de Misericórdia, com fundos para o mesmo hospital, constante de cinco espaçosas salas para estudo de Anatomia Humana e Patológica, Medicina Legal, Anatomia Médico-Cirúrgica e operações; em 1921 foi construido outro pavimento ao lado, para estudo de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental, pavimento este que foi ampliado em 1932, com anfiteatro, sala de projeções e outros aparelhamentos modernos. Em 1935, este Instituto passou a denominar-se "Instituto Sarmento Leite", em homenagem à memória do ilustre e pranteado ex-Diretor.

INSTITUTO PASTEUR: — Foi inaugurado em 1.° de Setembro de 1910, destinado ao tratamento gratuito das vítimas dos animais hidrófobos. Este Instituto era subvencionado pelo Governo do Estado e pelas Municipalidades de Porto Alegre e outros Municípios vizinhos. Em 1932, passou ao Governo do Estado.

INSTITUTO OSVALDO CRUZ: — Instalado em prédio alugado, em 1911, o Instituto Osvaldo Cruz foi destinado à pesquizas clínicas, sorológicas, bacteriológicas, etc., dos serviços de clínica desta Faculdade. Nesse Instituto foi iniciada a reação Wassermann pelo processo original, nesta cidade.

Além destas dependências, mantém a Faculdade contatos com a Santa Casa de Misericórdia desta Capital e com o Hospital São Pedro, para o ensino das diversas clínicas e de Enfermagem Obstétrica.

Não podemos deixar de citar o modelar serviço da 1.ª Cadeira de Clínica Médica, sob a direção do eminente Prof. THOMAZ MARIANTE, serviço este constituido por um moderno Gabinete Radiológico; um aparelhado Laboratório de Análises Clínicas; uma secção de Eletrocardiográfia e Fonocardiografia e, ainda, de Metabolismo Básico; um moderníssimo aparelho de projeções Zeiss Ikon; um Tonoscilógrafo de Plesch, aparelhos para medir a pressão venosa, etc., tudo a serviço da 20.ª Enfermaria da Santa Casa, atendendo tambem às demais Enfermarias.

OFICIALIZAÇÃO E INCORPORAÇÃO À UNIVERSIDADE DE PORTO ALEGRE: — Por decreto n.c 20.530, de 17 de Outubro de 1937, assinado pelo Chefe do Governo Provisório, Dr. Getulio Vargas e referendado pelo Ministro da Educação e Saúde Pública, Dr. Belizrio Pena, foi considerada Instituto Federal, sem onus para o Governo da União, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, "à qual se aplicará o disposto no artigo 111 do decreto n.º 19.851, de 11 de Abril de 1931".

Tendo sido, por decreto n.º 5.758, de 28 de Outubro de 1934, do Governo do Estado, creada a Universidade de Porto Alegre, por lei n.º 173, de 6 de Janeiro de 1936, publicada no *Diário Oficial* de 15 do mesmo mês e ano, foi autorizado o Poder Executivo a entrar em acôrdo com o Governo do Rio Grande do Sul para o fim de incorporar àquela Universidade a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, com suas escolas anexas, para efeitos de administração interna e cooperação cultural.

Pelo § único da lei n.º 173: "a Faculdade de Medicina de Porto Alegre, com suas Escolas de Odontologia e Farmácia, continúa mantida pela União, com todas as prerrogativas de Estabelecimento federal, assegurados aos professores e demais funcionários, atuais e futuros, direitos e vantagens idênticas aos dos institutos federais congêneres".

# Homenagem ao Prof. Ernesto Herzog

DISCURSO proferido pelo Docente Dr. Luiz Sarmento Barata, então vice-presidente em exercício da Sociedade de Medicina, por ocasião da recepção do Prof. Ernesto Herzog, em sessão extraordinária.

Meus senhores

A Sociedade de Medicina de Porto Alegre realiza hoje uma memorável sessão.

Reunimo-nos, extraordinariamente, para recepcionar e ouvir o eminente Professor Ernesto Herzog.

Seus méritos científicos já são por todos nós conhecidos. Entretanto sinto-me feliz em recordar alguns títulos do seu precioso acervo.

Doutorou-se pela vetusta Universidade de Heidelberg. E, consoante a propensão das suas simpatias intelectuais, elaborou a então palpitante tese: "Degenerações nervosas experimentais".

Logo após, publicou seu primeiro trabalho sobre histologia do nervo simpático.

Como chefe de clínica do Instituto de Anatomia Patológica de Mannheim, sua atuação se desdobrou em diversos trabalhos de notório valor.

Colaborou com Krehl, Ernst e com L. R. Müller.

Escreveu o capítulo relativo ao sistema nervoso vegetativo da Anatomia e histologia de Müller, cuja edição hespanhola é tão conhecida de todos nós.

E' igualmente de sua pena o capítulo referente ao sistema nervoso vegetativo do famoso tratado de Anatomia e histologia patológicas de Henke e Lubarsch.

Grande cópia de seus artigos, de subido quilate, acham-se espalhados em diversas revistas.

E' professor extraordinário em seu país de origem, na Universidade de Erlaugen. E, desde 1930, rege, como professor contratado, a catedra de Anatomia patológica em Concepção, do Chile, de onde vem irradiando seus notáveis trabalhos.

Permití ainda senhores, salientar o empenho do eminente Professor Herzog em vivicar e estimular o oaconselhavel e util intercâmbio cultural sul-americano!

Está ele realisando, deliberadamente, obra de pan-americanismo, procurando estreitar mais as forças espirituais dos paises deste continente.

Assim, o sentido desta visita que nos faz é duplo: científico e social.

Senhores, procurei nesta sumaria exposição, por em destaque alguns títulos e algumas qualidades inconfundiveis de cientista e de professor do nosso ilustre visitante.

Sr. Professor! A Sociedade de Medicina de Porto Alegre sente-se orgulhosa de vos receber e de vos ouvir.

A vossa visita fixar-se-á na história desta casa.

Relevai-me, sr. Professor, de haver ferido vossa modestia.

Para a tosse e suas funestas consequencias, uzar sómente

**Peitoral de Angico Pelotense**

E' tiro e queda.

**Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas**

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o
Café 35
do
famoso
Café Nacional

NEURILAN

Poderoso calmante do systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa, nos desequilibrios vagosympathicos, palpitações, insomnia, dyspepsia nervosa.
A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendro.
Dóse: 1 a 2 colheres das de chá em agua assucarado ás refeições.

NÃO DEPRIME NTE
NEURILAN

Lab. Gross - Rio