

LITHOTRIZIA

E UM

CASO DE CALCULO VESICAL

7 ENC

O dia 16 de Junho, pelas 11 horas
da manhã

Presidente. A Ex.^{ma} Sr.^{te} Roberto Bellu
mimos do Rosario Frias.

Ex.^{ma} Sr.^{te}

João Per. Dias de Lora

Edoardo Per. Pimenta

Helidio Byres Per. do Valle

Antonio d'Aguedo Maia

TORQUATO ERNESTO LEITE BROCHADO

858

LITHOTRICIA

E UM

CASO DE CALCULO VESICAL

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

Eschola Medico-Cirurgica do Porto



PORTO

Typographia do «Commercio do Porto»

102—Rua do «Commercio do Porto»—112

1897

88/7 EMC

ESCHOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

CONSELHEIRO DIRECTOR

Dr. Wenceslau de Souza Pereira de Lima

SECRETARIO, O ILL.^{MO} E ENC.^{MO} SNR.

RICARDO D'ALMEIDA JORGE

CORPO DOCENTE

LENTES CATHEDRATICOS

OS ILL.^{MOS} E ENC.^{MOS} SNRS.

1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva e geral	João Pereira Dias Lebre.
2. ^a Cadeira— Phytologia	Antonio Placido da Costa.
3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica....	Illydio Ayres Pereira do Valle.
4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa.....	Antonio J. de Moraes Caldas.
5. ^a Cadeira—Medicina operatoria.....	Eduardo Pereira Pimenta.
6. ^a Cadeira—Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos	Dr. Agostinho A. do Souto.
7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna.	Antonio d'Oliveira Monteiro.
8. ^a Cadeira—Clinica medica	Antonio d'Azevedo Maia.
9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica.....	Candido Augusto C. de Pinho.
10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica....	Augusto H. Almeida Brandão.
11. ^a Cadeira—Medicina legal, hygiene privada e publica e toxicologia..	Ricardo d'Almeida Jorge.
12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semeiologia e historia medica.....	Maximiano A. O. Lemos.
Pharmacia	Nuno Freire Bías Salgueiro.

Physiologia

LENTES JUBILADOS

Secção medica.....	{ Dr. José Carlos Lopes. José d'Andrade Gramaxo.
Secção cirurgica.....	{ Visconde de Oliveira. Pedro Augusto Dias.

LENTES SUBSTITUTOS

Secção medica.....	{ João Lopes da Silva M. Junior. Alberto Pereira P. d'Aguiar.
Secção cirurgica.....	{ Roberto B. do Rosario Frias. Clemente J. dos Santos Pinto.

LENTE DEMONSTRADOR

Secção cirurgica.....	Carlos A. de Lima.
-----------------------	--------------------

A Eschola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Eschola de 23 d'abril de 1841, artigo 155.º)


A meus queridos Pais

*Ao vosso aturado sacrificio
devo o que sou.*



Aos meus Mortos queridos

Uma lagrima de saudade.



Plas meus illustres Mestres

da

Eschola Medico-Cirurgica

O discipulo reconhecido.

As Exc.^{mos} Srs.

Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão

Dr. Antonio Azevedo Maia

Dr. Clemente Joaquim dos Santos Pinto

Dr. Ricardo d'Almida Jorge

*Muito obrigado lhes fica o
discipulo, pelos favores rece-
bidos.*

À meu Presidente

o Exc.^{mo} Snr.

Dr. Roberto Frias

EMINENTE PROFESSOR DE CLINICA CIRURGICA E DISTINCTISSIMO OPERADOR

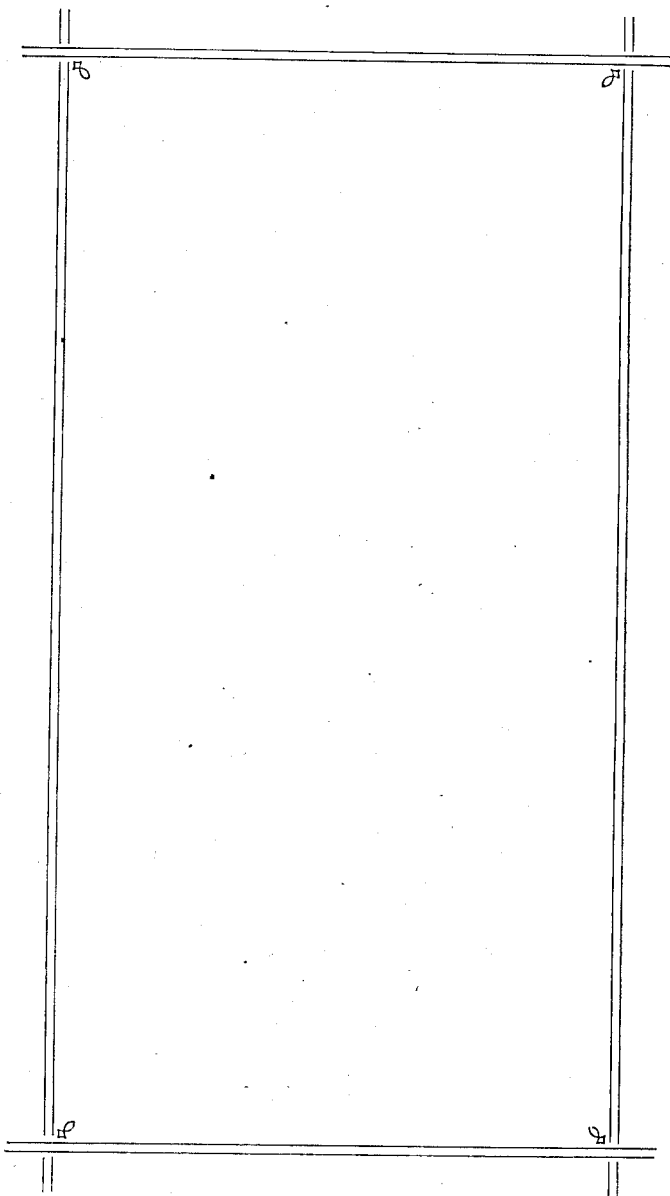
O discipulo agradecido.

Aos meus condiscipulos

Um abraço de despedida.

Aos meus amigos

*



DUAS PALAVRAS

Apresentando este despretencioso e modestissimo trabalho á apreciação dos meus illustres mestres tenho por dever, para não fugir á praxe, justificar a escolha, isto é, a preferencia que lhe dei para que elle fosse o thema da minha dissertação inaugural.

Tudo tem a sua justificação. Despertou-me a curiosidade um caso de calculo vesical apparecido na nossa enfermaria de clinica medica e operado pelo eminente professor e operador Dr. Azevedo Maia. Fascinou-me a operação, devo dizel-o, e invejei mais uma vez a pericia do nosso illustre e sabio mestre.

Costuma-se por ahi chamar these á ultima prova escholar a que a descaroavel lei nos obriga.

These! isso sim—só em these se admitte. Seria da nossa parte uma vaidade estúpida se ao nosso despido trabalho lhe consagrassemos tão pomposo nome. Guie-nos ao menos o bom senso. Não vimos defendel-o, porque pretender sustental-o seria uma loucura—vimos receber a nossa ultima lição escolar.

Aspiramos apenas a que os nossos mestres vejam em nós o discípulo que, sem cabedaes scientificos, foi forçado a obedecer á lei, recapitulando mal o que muitos outros tão proficientemente trataram.

É defficientissimo o nosso trabalho—bem o sabemos. Não pertencemos ao grupo dos que vêem só o telhado de vidro na casa do visinho. O que valemos, na accepção scientifica da palavra, não o ignoramos. Fique bem gravada esta ideia, que

*constitue um aviso prévio áquelles que por prazer
tiverem o mau gôsto de nos lêrem.*

*A orientação que damos á exposição do assum-
pto não nos parece de todo desageitada. Começa-
remos por um succinto esboço historico, passamos
depois ao tratamento que, sempre que as circums-
tancias o exijam, devem preceder a operação, em
seguida descreveremos a technica operatoria, men-
cionaremos o tratamento post-operatorio, aponta-
remos as complicações, fechando finalmente o MAL-
TRATADO EXPOSTO — o nosso caso de calculo vesical.*

*Aos sapientissimos mestres das clinicas cirur-
gica e medica, distinctissimos operadores, os*

Exc.^{mos} Srs. Drs. Roberto Bellarmino do Rosario Frias e Antonio de Azevedo Maia, os protestos do nosso profundo reconhecimento de homem amigo e de discípulo reconhecido, pelos seus valiosíssimos esclarecimentos e pela provada consideração em que sempre tiveram o mais humilde dos seus discipulos

Torquato Brochado.

Esboço historico

Se bem nos recordamos, parece termos visto em algures que já no seculo xii se pensava em reduzir dentro da bexiga, a pequenos fragmentos, corpos cujo volume excedesse o calibre da urethra, de modo que, uma vez fragmentados, a micção se encarregasse de os transpôr para o exterior.

Seja como fôr, só em 1813 é que Gruituisen fri-zou bem a possibilidade de sondar a bexiga e de destruir dentro de si calculos. Não praticou operação alguma e só mais tarde Civiale, em janeiro de 1824, por meio do trilabe ou pinça de tres ramos, que fixavam o calculo, conseguiu em varias sessões, perante uma commissão da Academia de Medicina, levar a cabo a operação da Lithotricia.

Uma vez desthronada, em parte, a talha, todos os cirurgiões partidarios da nova operação, pensaram no aperfeiçoamento dos instrumentos proprios para mais prompta e seguramente se firmarem os seus

bons credits. E assim, comprehende-se, devia ser, visto a Lithotricia, operação não sangrenta, vir reduzir consideravelmente a frequencia da Lithotomia, operação sangrenta.

Fragmentar o calculo, era já muito, não ha duvida, mas era ainda muito pouco, porque para a perfeição da obra, faltava levar a fragmentação muito além e limpar por completo a bexiga dos *detritus* da pedra.

Deixar esta ultima parte encarregada á micção, era ser connivente com a cystite post-operatoria, que, na maioria dos casos, passava ao estado chronico; era deixar que se produzisse na urethra o engasgamento dos fragmentos volumosos do calculo;—por isso Civiale aconselhára a *boutonnière* do perineo como duplo meio de evitar este inconveniente e arrastar os fragmentos que pelo seu volume não podessem sahir livremente pela via urinaria.

Era um complemento sangrento e uma operação não sangrenta. Assim o entenderam os habéis cirurgiões d'aquelle tempo.

Fizeram-se notar pelos seus trabalhos de aperfeiçoamento Heurteloup, Leroy de Etiolles, Amussat, etc., etc., e muito especialmente Jacoopson, de Copenhague, que imaginou e fez construir um instrumento, que triturava pela approximação dos seus dois queixos curtos.

- Este instrumento, typo dos nossos lithotritores actuaes, foi modificado por Heurteloup, que, com o seu evacuador, constituiu todo o instrumental operatorio d'aquelle tempo.

Foi justamente n'esta altura que as opiniões se dividiram. Uns combatiam a Lithotricia rapida, isto é, a Lithotricia levada a cabo n'uma unica sessão, e fundamentavam as suas affirmações na irritação vesical que as manobras prolongadas deviam fatalmente produzir. Outros temiam sobremodo a permanencia dos fragmentos na bexiga e d'ahi a necessidade, diziam, do prolongamento até completa trituração e evacuação.

Heurteloup, que abraçava este segundo modo de vêr, deu aos queixos do seu lithotritor a fórmula de colhér e assim conseguia, retirando o instrumento, arrastar para o exterior tudo o que as mandibulas continham.

De anno para anno novos aperfeiçoamentos no instrumental operatorio, até que em 1853, Amussat, fervoroso partidario da Lithotricia rapida e a quem esta operação muito deve, formúla as seguintes regras:—*Briser un calcul en plusieurs fragments que l'on broie immédiatement avec deux ou trois instruments différents, de manière à les réduire tous à un assez petit volume pour qu'ils puissent sortir sans difficulté par l'urèthre ou être extraits de la vessie avec*

un instrument approprié, si le malade ne peut les expulser, c'est la ce qu'il faut entendre por Lithotritie en une seule séance.

Os preceitos de Amussat levantaram ondas de protestos. Não eram só os partidarios da talha que se insurgiram contra este modo de vêr; eram também os partidarios da Lithotricia, em sessões curtas e repetidas, e muito particularmente Nélaton e Thompson, que não só não partilhavam das ideias de Amussat, mas ainda se esforçavam em as lançar por terra. Com effeito, empregando se a anesthesia, o meio revelador da irritação vesical faltava e as sessões prolongadas deviam levar esta irritação ao máximo, o que por si só bastaria para entreter a intolerancia da bexiga.

A falta de anesthesia, a imperfeição do instrumental e as contra-indicações, que n'essa epocha eram numerosissimas, fizeram com que só por excepção se praticasse a Lithotricia. A talha, só a talha, dominava.

Demais Nélaton submettia á Lithotricia apenas os doentes cujos órgãos urinaes estivessem perfeitamente sãos, que tivessem uma bexiga sufficientemente grande, uma urethra livre e, finalmente, os que fossem portadores de calculos de pequeno diametro e de fraca consistencia. Que limitadissimo numero de calculosos estariam no caso de ser lithotri-

ciados?! Repito, era a talha que dominava, era a talha por assim dizer a senhora absoluta do reservatório urinário. Só com a sua licença é que a nova operação tinha vez.

Assim foi correndo tudo n'um redemoinho de opiniões e aperfeiçoamentos, até que no anno de 1878 tudo entra em ordem e concede-se á Lithotricia o logar de honra ao lado das grandes operações da cirurgia.

Vejamos o que diz o nosso sapientissimo professor e eminente operador dr. Roberto Frias, na sua these de concurso: *Não querendo escrever a historia da Lithotricia, cumpre-nos todavia lembrar que o nome de Bigelow e o anno de 1878 são um nome e uma data que firmam a pagina mais brilhante d'essa historia.*

A partir d'essa data cessa toda a questão de merito comparativo das duas operações e as relações de antagonismo e rivalidade entre elles tomam o character de estreita afinidade. Quem tal diria? A Lithotomia é uma operação complementar da Lithotricia: onde a Lithotricia acaba começa a Lithotomia.

O rumo estava traçado. A nossa operação iria de ora ávante de vento em pôpa. Bigelow, estudando attentamente a urethra, á semilhança de Otis, que fez d'ella um consciencioso e aproveitavel estudo, viu que o seu calibre podia augmentar consideravelmen-

te de diametro. Apoiado n'uma tão sublime confirmação, modifica todo o instrumental operatorio. Serve-se de lithotritores de queixos longos, curvos e largos com grande força de resistencia, de sondas de grosso calibre, modelo das de Thompson e Guyon. Com estas modificações e com os lisongeiros resultados obtidos a onda dos partidarios não tardou a engrossar. Houve-os de valor em toda a parte. O proprio Thompson que, como já vimos, tão ardentemente combatia a Lithotricia rapida, abraça o bello impulso de Bigelow, utiliza a anesthesia, mas continua a empregar instrumentos de pequeno calibre, preferindo ter o operado sob a acção do chloroformio triplicado tempo.

Agora, que todos estão de mãos postas, que todos reconhecem na Lithotricia a operação de verdadeiro merito cirurgico, affincadamente trabalham no aperfeiçoamento sempre crescente do instrumental operatorio. Nos Lithotritores, pouco havia que introduzir, já então se trabalhava com instrumentos curvos, tão grande tinha sido o impulso que Bigelow lhes havia dado. Nos aspiradores muito haveria que fazer. Assim, pois, têm o seu nome preso ás bellas modificações introduzidas Thompson, Bigelow, Weiss, Robert, Charrière, Reliquet, etc., etc., e o eminente especialista de doenças das vias urinarias, o professor Guyon.

Por acharmos fastidioso descrever todas as modificações introduzidas quer n'um quer n'outro instrumento, passaremos de salto e assim deixaremos completo o nosso esboço historico, á technica operatoria, seguindo sempre, como adiante se verá no caso que apresentamos de *Calculo vesical e operação da Lithotricia*, o *modus faciendi* do nosso querido mestre Dr. Azevedo Maia, authoridade genial em coisas d'esta ordem.

Não faremos uma resenha final, descrevendo osapparelhos; a sua descripção apparece sempre que a elles nos referirmos, tão simples é ella; e demais, quem não fôr de todo estranho aos conhecimentos medico-cirurgicos, com certeza a não ignora.

Foi com os instrumentos de Guyon que vimos trabalhar o nosso mestre de clinica medica, e é por conseguinte a estes que nos referiremos sempre. Nada importa. O Lithotritor é o mesmo, é o mesmo o aspirador, quer pertençam a esta ou áquella authoridade. O principio sobre que assentam é *uno*. Ainda assim devo dizer que o Lithotritor Reliquet é tão frequentemente usado como aquelle a que fazemos as nossas referencias.

Tratamento pre-operatorio do Lithotriciado

Para toda e qualquer operação, precisa o operador, sempre que as circunstancias o reclamem, preparar o doente; é do conhecimento de todos nós esta prática invariavelmente seguida. A Lithotricia não vem fazer excepção a esta regra; preciso segui-la na grande maioria dos casos, para não dizer na sua totalidade. É por isso que achamos imprescindível pôr á testa da technica operatoria os meios de remover obstaculos que possam servir de estorvo á sua prática e que ainda não vão longe os annos, eram formaes contra-indicações para a nossa operação.

Estado geral do doente, que deve ser sempre tomado em consideração, pouco prejudica a Lithotricia. É uma operação benigna, quando entregue a mãos experimentadas. Para confirmação do que dizemos, basta lembrar que o professor Guyon operou um individuo, d'um calculo de cerca de cinco centi-

metros de diametro, e que era portador de uma *lesão cardiaca* adiantadissima. Aconteceria o mesmo com a Cystotomia? Não o sabemos. É uma operação sangrenta, que demanda muitos dias de tratamento post-operatorio. O Lithotriciado sahe geralmente do leito quarenta e oito horas depois de operado!!!

A *urethra*, mesmo normal, precisa sempre da prévia dilatação, mórmente quando tenha de empregar-se instrumentos de grosso calibre.

As sondas empregadas para tal fim, são geralmente as da *feira Charrière*. Nós vimos empregar, no caso que adiante apresentamos, pelo nosso grande professor e operador Dr. Azevedo Maia, o dilatador de Hégar, com que se costuma dilatar o utero, e effectuadas que foram algumas sessões, foi a Lithotricia levada a effeito, dando a urethra franca passagem ao Lithotritor. No caso de aperto, a urethrotomia prévia impõe-se sempre que a dilatação progressiva não baste. Uma vez realisada, a urethra deixar-se-ha dilatar pelo emprego dos instrumentos já citados, e o operador poderá em breve alliviar o doente do seu doloroso e incommodo padecimento.

Quando o canal fôr por assim dizer inextensivel á dilatação progressiva, usaremos da sonda em permanencia, unico meio de remediar o mal. A sonda produz a desquamação do epithelio e provoca a inflamação do tecido. D'esta inflamação resulta a neo-

formação de tecido embryonario capaz de se dilatar facilmente.

Um conselho aproveitavel:—Diz o nosso sabio professor de clinica cirurgica e eminente operador o Exc.^{mo} Snr. Dr. Roberto Frias, na sua these de concurso, referindo-se á dilatação progressiva:—*É prudente, todavia, não levar a dilatação ao excesso e contentar-se com a possibilidade de introduzir Lithotritores e sondas evacuadoras de grossura absolutamente necessaria, porque por mais dilataveis que pareçam os apertos, convém não abusar da sua concessão, sob pena de produzir rupturas e lacerações, etc., etc.*

Se a prostata, quando hypertrophiada, auxilia a fragmentação do calculo, porque augmenta o baixo-fundo da bexiga que serve de campo operatorio ás manobras intra-vesicaes, apresenta-se sem duvida como um obstaculo impertinente á introducção do lithotritor. É necessario então uma manobra auxilia-dora para que o instrumento triumphe d'esse obstaculo que lhe pretende cortar a marcha.

No caso que a urethra seja desviada ou achatada no seu trajecto prostatico, a sonda em permanencia resolverá o problema, fazendo com que o trajecto tome a sua primitiva direcção.

Resta-nos agora fallar da bexiga e esforçar-nos-

hemos para que ella não seja em caso algum estorvo á prátca da Lithotricia.

Não nos demoraremos em citar os seus vicios de conformação ou posição, porque esses, quando capazes de remedio, a pericia do operador os remediará.

O que nos importa vencer é o estado pathologico da bexiga que geralmente accommette os calculos—a cystite.

Convém destrinçar aqui duas especies de cystites:—A *cystite* calculosa, isto é, a que reconhece como causa a irritação vesical produzida pelo calculo em contacto com a mucosa, e a *cystite*, causa determinante do calculo.

A *primeira* observa-se principalmente nos individuos portadores de calculos uricos, e a *segunda* nos prostaticos e n'aquelles que são já de longa data portadores de cystites chronicas. A razão do tratamento pre-operatorio de que tratamos, vamos dal-a sem demora. Sabe-se que a bexiga é sensivel ao contacto e á distensão e que ha orgãos vesicaes tão sensiveis especialmente á distensão, que triumpham da anes-thesia a mais completa, por melhor conduzida que seja.

Claro está que sem um tratamento que préviamente melhore este estado de coisas, a nossa operação seria impossivel, pois não poderíamos introduzir-lhe

dentro a sufficiente quantidade de liquido indispensavel ás manobras do Lithotritor. Note-se desde já, que individuos ha portadores de cystites, que não toleram injeccões de 25 grammas de liquido—tal é o estado de irritação em que se encontra o musculo vesical.

Não temos a pretensão de curar a cystite, nem a Lithotricia o requer para poder ser praticada; o que desejamos e conseguimos é obter melhoras que nos permittam trabalhar sem que a sensibilidade exaggerada do orgão nos prejudique. É evidente que, como por exemplo, na primeira especie de cystite que acima figuramos, nunca poderíamos conseguir uma cura radical prévia. Só cessando a causa cessará o effeito.

Guyon, a quem nunca estes estados fizeram torcer caminho, submete os seus doentes a um tratamento preparatorio, que consiste em instillações de nitrato de prata a $\frac{1}{100}$, e poucos dias lhe bastam para adormecer a sensibilidade vesical o bastante para poder trabalhar sem incidentes. O gaiacol iodoformado e o sublimado a $\frac{1}{5000}$ são tambem empregados com vantagem.

Assim conduzido o tratamento, nós poderemos conseguir que a bexiga tolere, sem lhe despertarmos reacção, a bella quantidade de 250 a 300 grammas

de solução—mais que o preciso para a prática operatoria.

Eis muito succintamente resumido o tratamento preparatorio que nos propozemos esboçar. Inútil será dizer que dissemos muito pouco, porque muitissimo haveria que dizer. Mas a escassez do tempo e o pouco peso da nossa bagagem scientifica não nos permitem mais.

Agora passaremos ao capitulo «Technica operatoria», sem duvida um dos mais importantes do nosso insignificante trabalho.

Technica operatoria

Anestesiado o doente até á completa resolução muscular, quando seja exaggerada a sensibilidade da bexiga á distensão—e agora seja dito de passagem que por muito tempo se considerava a anesthesia como um estorvo á nossa operação porque, diziam, privava o doente da sensibilidade consciente e por conseguinte expunha a parede vesical ás garras do Lithotritor—começa-se por collocar o operado na posição adequada.

Uns preferem o bordo do leito. Dois ajudantes sustentam os membros inferiores em flexão e abdução, tendo o paciente os pés sobre a linha média. Uma pequena almofada collocada por debaixo das nadegas elevará a bacia. Outros servem-se da posição horisontal sobre o leito, e em logar de almofadas elevam a bacia por meio de tábuas collocadas transversalmente por baixo do colchão.

Posto isto, procede-se á *toilette* do campo operatorio, o que se consegue externamente pela lavagem com agua e sabão, ether e alcool, e ainda pela desinfecção com sublimado, agua phenica, etc., etc.; e internamente pelo soluto de sublimado corrosivo a $\frac{1}{10000}$, ou ainda pela agua borica na respectiva solução.

Esta antisepsia interna deve garantir-nos, tão cuidadosamente tem ella de ser feita, que a bexiga constitue um meio o mais asseptico possivel. Não injectaremos o liquido de uma só vez. A lavagem requer, para ser completa, um *modus faciendi* especial. Os nossos illustres professores de clinica, que honram a cirurgia, sempre que tinham occasião, não se cansavam de nos repetir isto mesmo. A quantidade de solução contida na seringa, repito, não será injectada de uma só vez, mas sim por pequenas quantidades a que nós iremos dando sahida a pouco e pouco. Só assim levantaremos um redemoinho que nos garante que o pús que se encontra no baixo-fundo e agarrado á mucosa vesical, se espalha por toda a massa liquida injectada, sahindo com ella pela sonda evacuadora.

Uma vez praticada a lavagem, deixaremos ficar dentro do musculo vesical a quantidade de solução sufficiente para bem se manobrar o Lithotritor—quantidade esta que varia com o grau de intoleran-

cia vesical. Oitenta grammas já nos permitem manobrar desafogadamente. Todavia, sempre que o posamos conseguir, manobraremos com 150 a 200 grammas.

É esta a cifra que Guyon aconselha nos seus tratados sobre as doenças das vias urinarias, para que o operador não soffra o desaire de pinçar entre os queixos do instrumento a mucosa vesical

Assim guarnecida a bexiga, introduz-se o instrumento do mesmo modo que introduziríamos um explorador para a descoberta do calculo, porque não podemos admittir regras para o catheterismo.

A introduccão de uma sonda pelo canal urethral é por vezes tão caprichosa que o mais habil cirurgião ficará desarmado e vexado. D'isto ha numerosissimos exemplos.

Cada qual opéra o catheterismo conforme melhor se ageitar, na certeza de que elle vá por diante sem consequencias desastradas para o paciente.

Claro está que qualquer manobra empregada deve préviamente suppôr o conhecimento completo de todo o trajecto. Ha barreiras que é necessario transpôr, *mas são justamente estas que carecem de muita paciencia e muita habilidade para serem transpostas.*

Não basta saber como as coisas se fazem, é ne-

cessario sabel-as fazer e geralmente, em manobras d'esta ordem, cada um de nós arranja-se como póde.

Demais, a introduccão do Lithotritor suppõe a prévia e sufficiente dilataçãõ da urethra.

Mas como tratamos da technica operatoria e não nos é permitido divagar sobre o assumpto, porque não temos authoridade para divagações, copiaremos o melhor que possivel nos seja, Guyon. O que elle aconselha é o que vamos deixar escripto.

O operador sustenta horisontalmente o Lithotritor na mão direita—a mão esquerda fixa a verga. Introduz-se os queixos do instrumento attrahindo docemente sobre elles, entre os dedos indicador e médio, o penis. Assim se percorre cerca de 10 centimetros do trajecto. Depois aproxima-se a haste do instrumento do plano médio do corpo, aproximando-a do ventre e em seguida leva-se á posição vertical.

Esta manobra faz com que a sua extremidade vesical afflore á entrada da região membranosa da urethra. Uma vez ahi, abandona-se o instrumento e repuxa-se fortemente sobre elle o penis. Por si e sem pressão alguma, deve o Lithotritor invadir d'esta fórma a região membranosa. Se o forçassemos n'este logar, expor-nos-hia-mos a praticar um falso caminho que nos conduzisse á bexiga.

Se a prostata não está hypertrophiada, podemos

considerar-nos dentro do reservatorio urinario, tão facil é o resto do trajecto; mas como na grande maioria dos casos, principalmente em individuos de avancada idade, a hypertrophia não falta, uma outra manobra deve ser posta em prática.

O operador toma na mão direita o punho do instrumento, sem sobre elle exercer a minima acção, e com a mão esquerda faz pressões progressivas sobre o pubis. D'esta fórma, auxiliada a manobra por pequenos movimentos de rotação que a mão direita vai imprimindo ao Lithotritor, sente-se que a sua extremidade vesical se vai insinuando no trajecto prostático e chega assim ao collo que facilmente transpõe. A seguir o operador enxuga as mãos, desvia os queixos do aparelho e põe-se á caça do calculo. Uma vez agarrado, precisa certificar-se se sim ou não o tem entre os queixos do instrumento; aproxima-os e facilmente se convence se se apoderou da presa. O som metallico indica que os queixos, batendo um sobre o outro, nenhum corpo se interpôz entre elles.

A sensação de resistencia que no caso affirmativo o operador recebeu, authorisa-o a considerar-se senhor do calculo. Todavia, aqui pôde dar-se o caso que, em vez do calculo, seja pinçada a parede vesical. Um pequeno artificio põe o operador consciante do que fez. Se na realidade assim aconteceu, des-

viando o Lithotritor, a parede da bexiga exerce sobre elle tal resistencia que o cirurgião reconhece logo o seu erro. Se, por outro lado, é o calculo dominado, vêmos que elle se move livremente dentro da cavidade. Demais, pinçando a parede, a sensação colhida é muito differente da que se recolhe pinçando o calculo.

Que resta agora? Fragmentar o calculo, o que conseguimos forçando o punho do instrumento.

As mesmas manobras, os mesmos artificios se vão succedendo até á completa trituração. Acontece algumas vezes, quando a fragmentação está já sufficientemente adiantada, que o operador recolhe a sensação de que pinçou a parede. Certifica-se, mas a sensação prevalece. É que o pó que resulta do esmagamento, embebido na solução e agarrado ás mandibulas do instrumento, produz o mesmo effeito, isto é, a mesma sensação. Evita-se este inconveniente ferindo de quando em quando golpes sêccos de martello sobre o punho do Lithotritor.

Logo que o trabalho de moagem esteja completo, é retirado o instrumento e introduzida a sonda metallica evacuatora n.º 25 ou 26, munida do seu obturador. Procede-se ao trabalho de esvasiamento e lavagens, que dão em resultado a sahida de uma enorme quantidade de *detriectus*.

Algumas vezes acontece que durante estas lava-

gens, a sonda não funciona; é que a parede do musculo, contrahindo-se, vem obturar o seu orificio interno, impedindo por isso a sahida do liquido.

Para obstar a este inconveniente, ou por outra, para obstar a este não funcionamento da sonda, injecta-se uma nova quantidade de solução e desvia-se do logar que occupava, por um pequeno movimento, a extremidade obturada. D'este modo é retomado o trabalho de evacuação.

Quando o liquido evacuado sahe suffieientemente puro, põe-se a bexiga em tensão e adapta-se á sonda o aspirador. Para esta nova operação, costuma Guyon empregar o nitrato de prata em solução de $\frac{1}{1000}$, mas parece-nos que pouco importa a solução escolhida logo que ella seja altamente antiseptica, sem ser irritativa. Começa-se por exercer tracções sobre a pera de *caoutchouc*. Para esta manobra, é indispensavel que a anesthesia vá até á completa resolução muscular, pois, a não ser assim, a bexiga, contrahindo-se, faria com que o liquido se escapasse entre a sonda e a parede urethral, tornando-se assim incompleta e pouco proveitosa a aspiração.

É de conveniencia prática que durante este trabalho o bico da sonda não seja arredado do campo operatorio onde se conseguiu a moagem, para não nos expôrmos a deixar ahi fragmentos calculosos.

Quando na ampola não affluam mais *detrictus*,

depois de ter percorrido toda a cavidade com a sonda, retiramos o aspirador, procedemos a uma lavagem abundante e injectamos de novo uma quantidade de liquido sufficiente para distender a bexiga.

Introduzimos segunda vez o Lithotritor e certificando-nos que não existem fragmentos volumosos, damos como terminada a operação. Se existem, recomeça-se de novo, sem modificar um ponto sequer a prática seguida, e terminamos, na certeza de que desembaraçaremos a bexiga da causa do seu doloroso soffrimento.

Adiante, na historia que fazemos do caso que nos foi distribuido na nossa clinica medica teremos occasião de nos referirmos de novo á technica operatoria.

Agora para terminarmos este capitulo fallaremos tão rapidamente quanto possivel da escolha do Lithotritor a empregar nos diversos casos que possam apresentar-se nos e da manobra de que se servem as grandes authoridades cirurgicas para triumphar de qualquer obstaculo á presa do calculo.

A escolha do instrumento é-nos imposta pela diagnose.

Suppondo que pelo catheterismo, explorador Guyon por exemplo, obtemos um som claro e avaliámos o volume em dous ou tres centimetros devemos considerar-nos em face de um calculo urico e por isso lançaremos mão de um Lithotritor de quei-

xos fenestrados n.º 2. Se o som produzido é baixo e abafado devemos considerar-nos em face de um calculo phosphatico, de facil moagem e a escolha dependerá apenas do volume que constataremos. Se por outro lado o explorador batendo no calculo nos revela um som tympanico, a possibilidade de que se trata de um calculo oxalico deve immediatamente assaltar-nos. Então, e para confirmação do diagnostico, se porventura não quizermos recorrer ao exame histologico, praticaremos o toque rectal. A contra pancada que o dedo explorador recebe é tão nitida que nenhuma duvida existe sobre a sua natureza. Isto mesmo tivemos já nós occasião de constatar. E' evidente que para atacar este calculo só nos poderá convir o Lithotritor n.º 3. Foi com este que vimos operar o nosso caso e devemos confessar que se as suas mandibulas não fossem verdadeiros queixos de bull-dog o calculo escarneceria d'elle.

.....

Dissemos atraz a proposito do tratamento pre-operatorio da bexiga, que nos não demoraríamos com os seus vicios de conformação, porque esses, sempre que se podessem remediar, a pericia do operador os remediará.

Agora, como tratamos de technica, vamos vêr

como Guyon transpõe esses obstaculos, sempre que na sua frente se encontram.

Quando fallamos de hypertrophia da prostata, dissemos que ella facilitava a fragmentação do calculo, porque augmenta o baixo fundo, dando por conseguinte á cavidade vesical uma fórma afunilada. É realmente vantajosa esta fórma de funil, porque limita o campo operatorio, evitando que o operador ande á busca dos fragmentos volumosos, desviando ora para cima, ora para baixo, ora para a direita, ora para a esquerda, os queixos do instrumento. É sempre no mesmo logar que lhes dá caça. Todavia, a posição que se dá ao Lithotritor não é a mesma que se lhe daria nos casos em que a bexiga conservasse a sua fórma normal. É a posição vertical a escolhida e comprehende-se bem que assim seja, visto que o liquido introduzido, bem como o calculo, tendem a occupar as partes mais declives.

Quando a bexiga apresenta enfractuosidades devidas á formação de columnas, porque os calculos vão occupar essas lacunas e isto dá-se principalmente nos velhos, precisamos de manobrar prudentemente o instrumento para não soffrermos a decepção de pinçar a parede vesical. Assim, pois, o operador, tendo o Lithotritor em attitude de caça, convida o ajudante fronteiro a dar pancadas sêccas na bacia

do operado, a vê se o calculo desalojado, se vem collocar entre os queixos do instrumento.

Algumas vezes, porém, este artificio não dá o menor resultado, e o operador vê-se na necessidade de ir pinçal-o á sua loja e trazel-o para logar mais amplo, a fim de impunemente o poder atacar.

Completando assim os nossos conhecimentos acerca da technica operatoria, passaremos ao estudo do tratamento consecutivo á operação.

Tratamento post-operatorio

COMPLICAÇÕES

Não é impune a operação da Lithotricia. Se nos move por ella muita sympathia, não deixaremos, todavia, de mencionar os seus estragos. Sim, deixa tambem atraz de si stigmas bem delineados da sua obra.

A mucosa urethral não é de ferro, não é de ferro tambem a mucosa da bexiga. Demais, sabe-se de so-bejo que o catheterismo, por mais leve que seja, póde dar logar a inflammações da urethra e da bexiga; por isso não admirará por certo que o Lithotritor, invadindo o antigo sacrario da talha, nos imponha, para complemento da sua obra, o concerto do caminho que trilhou e a reparação do campo aonde feriu combate.

O calibre do Lithotritor, geralmente, não atra-

vessará o conducto urethral sem que, como vestígio da sua passagem, deixe a urethrite e concebe-se bem que as coisas assim se passem, pois que por mais dilatada que a urethra esteja, nunca a dilatação atingirá um diametro que a ponha ao abrigo de qualquer escoriação.

A bexiga, por seu turno, cuja sensibilidade excessiva nunca ninguém desmentiu, também se resentirá da lucta que supportou. D'ahi a cystite post-operatoria.

Pergunta-se:—Constituirão estes estados pathologicos cousa de desanimo? Não, por certo; dentro de poucos dias o tratamento triumphará e da nossa operação ficará a gloria de um triumpho completo.

Evidentemente o despertar do doente é doloroso. As dôres que sente, percorrendo a região do perineo, fixam-se na extremidade do penis, isto é, na glande e ahi persistem durante um tempo mais ou menos longo. As micções frequentes e imperiosas, acompanhadas de tenesmo vesical, fazem com que o Lithotriciado solte gritos de desespero. Se este estado se torna insupportavel e não desaparece dentro em pouco, a morphina não se descobriu para outra cousa. Uma injeccção produz bellissimos effeitos.

Na maioria dos casos as escoriações da urethra curam-se sem que para isso se faça o menor tratamento. A sonda em permanencia não deixa que a infecção se dê e nas primeiras 24 ou 48 horas nós veremos este canal voltar ao seu primitivo estado.

A cystite, mais rebelde, requer para o seu desaparecimento ser cuidadosamente pensada. Solução borica e solução nitrada eis os medicamentos empregados.

As lavagens devem ser escrupulosamente feitas para serem proficuas. Que não vamos nós com ellas, por falta de pericia, despertar a sensibilidade da bexiga!? Já atraz fica sufficientemente illucidado, crêmos nós, o seu *modus faciendi*.

Sejamos sempre demasiadamente meticulosos que nada perdemos com isso e o paciente se beneficiará do nosso meticulismo.

A solução sempre que, como n'estes casos, se trata de uma bexiga inflamada, nunca se deverá empregar a frio, mas sim a uma temperatura que varie entre 35 a 38°

As lavagens frias têm a sua indicação sempre que seja preciso estimular o musculo vesical, fóra d'isso são contra-indicadas. Que nunca se perca isto de vista. São pequenas coisas que muito importa conhecer na prática.

Quasi sempre o tratamento exposto bastará para

debellar a cystite; todavia quando ella se não deixe vencer por elle, as instillações de nitrato virão em seu reforço e a cura não se fará esperar.

No caso que nos serviu de pretexto para este insignificantissimo trabalho as urinas não precisaram, para se libertarem do deposito purulento, que as instillações fossem prescriptas.

Clarificaram e, por conseguinte, desapareceu a cystite sem que d'ellas lançassemos mão.

.....
.....

Muitas eram as complicações que a Lithotricia antiga trazia comsigo e bem poucas são, graças aos seus progressos, as que hoje teremos occasião de combater.

A febre urinosa era antigamente um ponto negro que o operador visava por detraz da operação e era tal o seu receio que muitas vezes a punha de parte, só para não se bater braço a braço com tão terrivel inimigo.

Agora que o chloroformio nos auxilia, prestando-nos incomparaveis serviços, nem ao menos lhe damos a honra de uma pequena lembrança. Cahi no cahos do esquecimento, porque a Lithotricia rapida, com os seus innumerados aperfeiçoamentos, não deixou que ella lhe viesse tolher a marcha.

A orchite, o phlegmão prostatico e peri-prostatico eram tambem complicações que, embora não tão frequentes, se arvoraram em causa de desanimo para os antigos operadores.

Não quer isto dizer que presentemente a nossa operação seja isenta de decepções, não; tambem as tem, mas, como veremos, só uma, pela sua importancia, além da cystite de que já fallamos, se impõe á nossa descripção. É a hemorragia que, em qualquer tempo da operação que nos surprehenda, nos obriga a não proseguir no nosso trabalho operatorio.

Esta hemorragia, de que Guyon, julgo eu, não conta caso algum, é apontada em todos os authores e lembrada como complicação, senão funesta, pelo menos impertinente e sufficientemente séria para merecer a nossa attenção.

É especialmente nos doentes portadores de uma prostata consideravelmente hypertrophiada, que estes accidentes se produzem. A congestão e a vascularisação que acompanham esta hypertrophia, dão-nos a razão do accidente. Sempre, por consequente, que a prostata esteja n'estas condições, ou que a bexiga seja a séde de neo-formações cancerosas ou angiolicas, convém ser demasiadamente prudente em todas as manobras effectuadas, não abusando muito especialmente das lavagens e da aspiração. Os meios que temos para combatel-a quando nos appareça,

consistem apenas na introdução de uma sonda que ficará em permanencia, e no repouso absoluto do doente. A irritação acalmar-se-ha d'este modo e a hemorragia cessará de produzir-se.

Nenhum operado deverá ter alta sem que o cirurgião faça a exploração minuciosa e o mais conscienciosa possível do reservatorio urinario, como meio de verificação. Só assim a sua consciencia ficará tranquilla.

Um caso de calculo vesical (oxalico)

Manoel Joaquim, filho de Antonio de Souza Martins e de Rita de Souza Ramos, de 22 annos, solteiro, natural de Gondomar, deu entrada no hospital e foi conduzido para a nossa enfermaria de clinica medica, por se queixar de dôres na extremidade do penis, principalmente no acto das micções, isto é, para me servir dos termos com que se exprimia o nosso doente, por não poder urinar como os demais homens.

HISTORIA DA DOENÇA

Desde muito pequeno que se lembra, durante as micções, sentir dôres atrozes que umas vezes se faziam notar apenas na glande, outras vezes appareciam ao nivel do collo da bexiga, atravessando toda a região do perineo, fixando-se, finalmente, na extremidade da verga.

Após a micção, tenesmo vesical. Excessos de caminho e bebidas não só augmentavam este estado doloroso como o faziam sentir mesmo que o doente não urinasse. Havia pollakiuria,—a necessidade de urinar era frequente e imperiosa e dias contava o nosso rapaz em que esta urgencia era tão terminante e decisiva que a preparação para o acto era prejudicada por mais prompta e rapida que se fizesse. Nunca houve hematuria e as urinas apresentaram-se sempre limpidas e transparentes.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

O rapaz pouco diz—apenas accusa no pai uma dôr no ventre, que não sabe localisar e que lhe apparece de tempos a tempos. Esta dôr é attribuida a um resfriamento contrahido n'uma dada occasião, mas que, visto o assumpto de que tratamos, nós podemos suspeitar, com probabilidades de não cahir em erro, que essa dôr é antes uma nephretica do que a pathologica decifração de um resfriamento.

Assim podemos conciliar n'este doente a manifestação de uma diathese urica, segundo alguns autores, mas que segundo nós, com a abalisada opinião de alguns dos nossos mestres, seria antes a manifestação de uma diathese arthritica.

Mãe, irmãos, tios e tias, tudo robusto.

ANTECEDENTES PESSOAES .

Este capitulo parece prejudicado, visto a doença de que se trata ter o seu inicio nos primeiros tempos da vida. Mencionaremos, todavia, variola e sarampo.

DIAGNOSTICO

As micções, logo que o doente se recolheu ao hospital, e, por conseguinte, á cama, diminuíram immediatamente de frequencia. Senão veja se: Nas primeiras 24 horas de repouso urinou 30 vezes; no segundo dia, 20 vezes; no terceiro, 15; etc., etc., etc., caminhando sempre em ordem decrescente até que decorridos que foram alguns dias, uma semana, tudo entra em ordem e a normalidade não se fez esperar, 5 a 6 micções.

A sondagem da urethra nada deu. Evidentemente o mal não vinha d'ahi. Submettido o doente ao toque rectal o diagnostico foi logo aclarado. A contrapancada, rechasso, que se recebia na polpa do dedo explorador, batendo contra a parede vesical, era tão nitida que nenhuma duvida restava sobre a existencia de um calculo.

O catheterismo, por meio do catheter Guyon, confirmou o diagnostico e mostrou a natureza do calculo. O tenido claro, sonoro, metallico mesmo, que

o ouvido apreciava levou-nos a acreditar na sua natureza oxalica. Não nos enganamos, pois, que o exame histologico revelou em abundancia, na urina, a presença de *crystaes alcalinos e terrosos (oxalatos)*, cuja fórmula era perfeitamente identica á de *fecho de carta*.

Estava, pois, o diagnostico feito:—*Calculo duro provavelmente volumoso a avaliar pela maneira como vinha ferir a polpa do dedo* (toque rectal).

OPERAÇÃO DA LITHOTRICIA

Uma vez reconhecida a existencia do calculo, a operação impunha-se.

Qual devia ser preferida—Talha ou Lithotricia?

Alguns classicos condemnam esta ultima e affirmam o seu mau exito, em absoluto, sempre que, como n'este caso, se trate de calculos oxalicos.

Falta de confiança, não sei se no Lithotritor, se na força physica de que carecemos para levar a cabo a nossa operação. O facto é que o nosso homem foi preparado para a Lithotricia e o exito, como adiante se verá, foi o mais lisongeiro possivel.

A dilatação progressiva da urethra foi feita com o dilatador de Hegar. Ao fim de tres ou quatro sessões, o doente estava apto a poder ser operado. A urethra estava sufficientemente dilatada para dar

passagem ao Lithotritor, senão franca, pelo menos remediada.

Assim, a 2 de novembro, sendo o doente purgado no dia antecedente com limonada citro-magnésica, procedeu-se á operação.

Instrumental operatorio. Tres Lithotritores Guyon de n.^{os} 1 $\frac{1}{2}$, 2 e 3. Duas sondas metálicas evacuatoras. Aspirador Guyon. Tres seringas metálicas. Uma sonda molle e uma de gomma elastica.

Preparativos. Soluto de sublimado a $\frac{1}{10000}$.

Anestesiado até á completa resolução muscular, foi o doente collocado com a bacia mais alta que a cabeça, o que se conseguiu com tábuas collocadas transversalmente por baixo do colchão. Acto continuo, foi lavada a bexiga com o soluto supra de sublimado, ficando dentro d'ella cerca de oitenta grammas. Em seguida foi introduzido o Lithotritor n.^o 2, verificando-se que o calculo se escapava, resvalando, de entre os queixos do instrumento. Para a introdução do n.^o 3, foi necessario desbridar largamente o meato urinario até á fossa navicular, o que deu logar a alguma hemorragia que cessou por hemostase espontanea.

Uma vez na bexiga, este instrumento prendeu promptamente o calculo—na escala lia-se cerca de quatro centimetros—mas este resistiu ao maximo da

força empregada, isto é, ás primeiras tentativas de esmagamento. O operador, o exc.^{mo} snr. dr. Azevedo Maia, tentou abandonal-o momentaneamente no intuito de o agarrar segundo uma dimensão menor, mas a contracção da bexiga era tal por um lado e por outro os dentes dos queixos haviam mordido á superficie por fórma tal que o Lithotritor e o calculo se achavam absolutamente solidarizados. Então declarou o operador aos assistentes que estava decidido a fazer a talha hypogastrica, para a qual estavam presentes todos os aprestes. N'esta hypothese o Lithotritor na bexiga suppriria a falta de injeccção distensora. Todavia, após alguns momentos de repouso, manobrou novamente o punho do instrumento envolvido n'um pequeno panno e d'esta vez ouviu-se o ruido do estalar do calculo, ruido comparavel ao que sente aquelle que comendo, por accidente, esmaga um fragmento de pedra entre os dentes. D'aqui por diante o trabalho de moagem seguiu com a maior facilidade e naturalidade, sendo muito para notar a especie de espontaneidade com que os fragmentos a moer vinham apresentar-se entre os queixos do Lithotritor, que apenas se movia uma vez, logo após cada tomada, no intuito de verificar que a parede vesical não foi comprehendida no acto da presa.

Quando os fragmentos se iam tornando pequenos o operador, collocado á esquerda do paciente, convidou o assistente fronteiro a dar uma pancada sêcca na bacia do operado, cada vez que, depois de ter triturado um fragmento, collocava o instrumento em attitude de caça. Dentro de 1 quarto de hora a fragmentação estava sufficientemente adiantada para que os fragmentos podêsem sahir sem difficuldade; por issò foi retirado o Lithotritor, não sem ferir algum tanto a urethra, por trazer entre os queixos fragmentos engastados.

Introduzida na bexiga a sonda metallica evacuatora, munida do seu obturador, o operador fez abundantes lavagens, mediante as quaes se operou a evacuação de grande quantidade de *detrictus* calculosos e quando o liquido sahia quasi puro, foi então posta em tensão a bexiga e adaptado á sonda o aspirador Guyon, o qual, manobrado convenientemente, fez sahir mais uma boa porção de fragmentos, cessando tão sómente quando deixou de existir o cliqueti, revelador da passagem dos *detrictus* ao longo da sonda.

Terminada a operação, foi installada a sonda de gomma elastica na bexiga e conservada até ao dia seguinte, em que foi definitivamente retirada. Logo após a installação da sonda, foi introduzido no recto um supporitorio de opio e belladona.

TRATAMENTO POST-OPERATORIO

Na tarde d'esse mesmo dia fomos nós, assistente, encarregado pelo digno professor e operador Dr. Azevedo Maia, de proceder a uma lavagem e notamos na urina a presença de pús, sangue e coagulos.

No dia seguinte outra lavagem, notando-se o desaparecimento de coagulos, mas conservando-se o aspecto purulento. Esta purulencia conservou-se ainda durante dias e fez com que se fizesse uso das injecções intra-vesicaes de nitrato de prata em solução de $\frac{1}{300}$. Bem depressa este novo tratamento trouxe a urethra e a bexiga aos seus estados normaes e o operado teve alta no dia 28 do mesmo mez radicalmente curado.

O calculo devia ter sido um bello exemplar muriforme a avaliar pela presença de mamillos que se notaram nos *detritus*, isto é, pela fórma mamillar que apresentaram os fragmentos.

A operação durou cerca de trinta e cinco minutos e o chloroformio dispendido foi na dóse de 24.^{cc} Movimento febril depois da operação foi por assim dizer nullo, 38 $\frac{1}{2}$ no primeiro dia, cahindo logo no segundo dia a temperatura a 37 $\frac{2}{10}$, normal.

Não houve a menor complicação. O doente comeu sempre com admirável appetite não se cansando de pedir continuamente ao assistente alimento, que bem podia sustentar duas pessoas não doentes como elle.

O nosso operado era portador de uma lesão cardíaca compensada.

PROPOSIÇÕES

Anatomia—A anatomia do appendice ileo-cœcal explica a frequencia da appendicite.

Physiologia—Na economia animal a principal funcção da bilis é neutralisante.

Therapeutica—A fórma pharmacologica sólida deve ser banida por completo nas affecções gastro-intestinaes.

Pathologia externa—No diagnostico do calculo vesical o toque rectal deve preceder o catheterismo.

Medecina operatoria—Como contra-indicações á prática da Lithotricia conheço apenas uma excessiva dureza de calculo e um diametro d'este superior a cinco centimetros.

Partos—A septicemia puerperal não tem microbio especifico.

Pathologia interna—Os casos de cura na cyrrhose atrophica de Laenec imputados á paracentese são ficticios. /m

Anatomia pathologica—Os endothelios são de origem conjunctiva.

Hygiene—A vaccinação Jenneriana, braço a braço, deve ser completamente posta de parte.

Pathologia geral—As alterações dyscrasicas do sangue gozam um papel importante na producção das hemorragias

Visto.

R. Frias.

Póde imprimir-se.

O DIRECTOR,
Wenceslau de Lima.