

VI

N.º 84

ALFREDO REZENDE

**Um caso de reacção de Hersheimer
numa hística**

~~~~~  
TESE DE DOUTORAMENTO

~~~~~  
JANEIRO DE 1921



1921
IMPrensa NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
——— PORTO ———

Um caso de reacção de Hersheimer numa histórica

ALFREDO REZENDE

Um caso de reacção de Hersheimer
numa hística

TESE DE DOUTORAMENTO

JANEIRO DE 1921



1921
IMPRENSA NACIONAL
— de Jaime Vasconcelos —
204, Rua José Falcão, 206
— PORTO —

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO

DIRECTOR

Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

PROFESSOR SECRETÁRIO

Dr. Álvaro Teixeira Bastos

CORPO DOCENTE

Professores Ordinários

Anatomia descritiva	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial	Dr. António de Almeida Garrett
Farmacologia	Dr. José de Oliveira Lima
Patologia geral	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia patológica	Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Medicina operatória e pequena cirurgia	Dr. António Joaquim de Sousa Júnior
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clínica cirúrgica	Dr. Álvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clínica médica	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica geral	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clínica obstétrica	Vaga (1)
História da medicina e Deontolo- gia médica	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia	Dr. Luis de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Sousa Magalhães Lemos
Pediatria	Vaga (2)

Professores Jubilados

José de Andrade Gramaxo }
Pedro Augusto Dias } Lentes catedráticos

- (1) Cadeira regida pelo Prof. livre—Dr. Manuel António de Morais Frias.
(2) Cadeira regida pelo Prof. ordinário—Dr. António de Almeida Garrett.

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação.
(Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto,
de 3 de Janeiro de 1920).



A MEU PAI

IN MEMORIAN



A minha mãe

Á MEMÓRIA DE MEUS IRMÃOS

Alberto

Laura

A meus irmãos

A meu cunhado

A meus tios e primos

ÁS FAMILIAS

Correia Godinho

Pinho

Mota Bis

Araujo

À meus condiscipulos e em especial

Dr. Armando

Dr. Germano

Dr. Gumercindo

Dr. Adalberto

Dr. Augusto Cezar

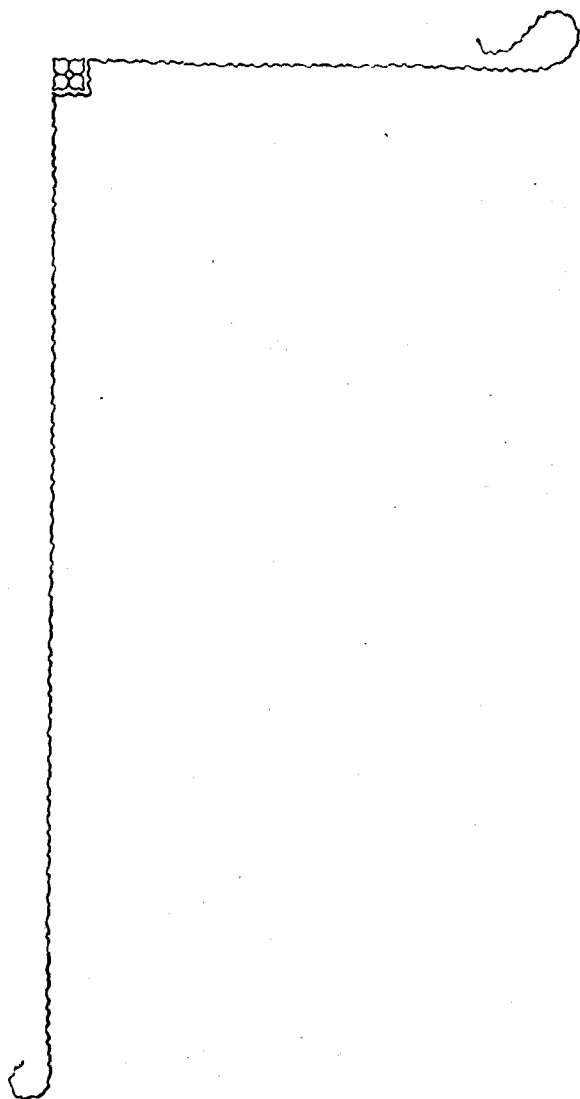
Dr. Zé Maria

Dr. António (Araujo)

À meus contemporaneos e amigos

Ao meu ilustre presidente de Tese

Dr. Álvaro Teixeira Bastos



Eis-nos defrontando a última balisa que nos separa da vida prática com os passos vacilantes e incertos da nossa experiência e com a timidez de quem pela primeira vez se vê obrigado a escrever em letra redonda.

Pequeno, modesto e sem valor é êste nosso trabalho e de extranhar seria que fôsse o contrário porque carecemos de sciência, tempo e geito.

Fizemos êste pequeno trabalho (pequeno pelo que encerra, mas grande pelo tempo de estudo que representa) esperando que a sanção do Ex.^{mo} Júri seja satisfatória.

De pouco tempo disposemos para esta tese, êsse mesmo roubado a outras ocupações inadiáveis.

Uma das dificuldades com que lutamos foi a

escolha de assunto, apesar de não termos sôbre êle nenhuma predilecção.

A absoluta necessidade de defender tèse levou-nos, portanto, a procurar pelas enfermarias matéria prima para êste fim. Numa enfermaria de Clínica Cirúrgica encontramos-la.

Ao Ex.^{mo} Júri pedimos nos releve as imperfeições a que nos obrigou a pressa com que tratamos êste assunto.

*

*

*

Não podemos, sem sermos ingratos deixar de aqui mostrar ao Sr. Dr. Alvaro Rosas, distinto

*assistente da Clínica Cirúrgica, a nossa gratidão
pelos serviços que nos dispensou.*

*
* *
*

*Ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Teixeira Bastos aqui presta-
mos homenagem ao seu valor e o reconhecimento
por se dignar presidir a esta defeza de tese.*

Um caso de reacção de Hersheimer numa histérica

Repleta de interêsse pela singular sintomatologia que objectiva, é a observação da doente que constitui o fundamento dêste nosso trabalho.

Etiquetada primitivamente como um caso curioso de metastase do cerebello, a análise sindromal do seu aspecto clínico levou-nos dias depois, a encara-la, como uma modalidade original da reacção de Hersheimer, simbiosada num fundo pitiatico.

J. P., tem 35 anos, casada e é natural de S. Mamede de Infesta.

O seu passado mórbido pessoal é parco em doenças, além daquelas que são habituais na infância. Assim, teve a varíola e o sarampo.

Menstruada aos 11 anos, gosou rasoável saúde

até aos 22, só aos 15 foi perturbada por "uma constipação demorada".

Depois daquela data começou a "constipar-se," com freqüência. A mínima mutação de temperatura ou excesso de humidade, uma corrente de ar súbita, molestava-a.

Iniciaram-se, então, fortes cefalalgias irregularmente a horas não determinadas.

Teve uma adenite que foi cirurgicamente aberta e que a doente atribuiu a um furunculo.

Magra, como que amarfanhada no leito, a vivacidade mórbida de seu olhar, e o pestanejar espasmódico que por vezes agita suas pálpebras, contrasta com o abatimento que a adinamisa.

É um temperamento nervoso. Teve dois filhos saudáveis.

Antecedentes hereditários

O pai morreu aos 48 anos no Brazil. A mãe extinguiu-se aos 40 anos, de "queixa do peito," que a minava há longos anos.

Teve oito filhos, dos quais morreram em pequenos três, sendo os cinco restantes saudáveis.

História da doença

Em 1918, depois de um traumatismo accidental que lhe deu uma filha no seio direito, a dôr pro-

vocada e persistente obrigou-a a examina-lo. Viu, então, que sob os seus dedos rolava um tumor do tamanho de um ôvo. Queixando-se ao sr. Dr. José Maria de Oliveira, êste aconselhou-a a entrar no Hospital da Misericórdia.

Foi lá operada, pelo Prof. Dr. Teixeira Bastos, apoz quinze dias de hospitalização, na enfermaria de Clínica Cirúrgica.

Saiu curada. Decorrido um ano um outro tumor aparece no seio esquerdo acompanhado de adenopatia axilar esquerda.

Mal notou a neoplasia ingressou apressada, novamente, ao mesmo hospital, sendo-lhe feita a amputação do outro seio com esvaziamento axilar, como pude verificar pelos registos respectivos da enfermaria. A análise histológica confirmou o diagnóstico de um epiteloma.

A cura operatória não se demorou. Queixou-se contudo, de um edêma leve do pulso, acompanhado de uma dor constante no ombro esquerdo que lhe impossibilitava os movimentos do braço.

Com o decorrer do tempo esta sintomatologia foi-se gradualmente apagando, restabelecendo-se por completo.

A doente era achacada, como já tivemos ocasião de frizar, a fortes cefalalgias. Cêrca de ano e meio antes do nosso presente exame, as dores de cabeça intensificaram-se a ponto de há três semanas

se tornarem tão persistentes e agudas que sentiu o lado esquerdo esquecido [fotofobia, disfagia, etc.] (1).

Acabrunhada, por conselho de seu médico assistente hospitalisou-se de novo.

Estado actual

À sua entrada no Hospital a doente não podia suste-se de pé, sem ser amparada pela enfermeira.

Sentia os objectos deslocarem-se diante dos olhos e as cefalalgias tornavam-se insuportáveis.

Os seus passos eram titubeantes como que desequilibrados, lembrando a marcha dum cerebeloso.

Caminha como que embriagada, com passos incertos afastando as pernas para melhor se equilibrar.

A oclusão dos olhos não aumentava estas perturbações (ausência de Romberg).

Não observamos anormalidades nos reflexos.

As pupilas estão reflexamente normais. Não existe Argill Robertson. O reflexo consensual torna-se sensível. A luz incomoda-a.

Obrigada a fixar objectos afastados, diz vê-los indecisos.

(1) Nesta ocasião estava a doente a fazer o seu tratamento anti-sifilítico por meio do cianeto de mercúrio (0,01 por cc.)

A sua sensibilidade geral profunda e superficial está no corpo quási normal; observa-se tão sómente um certo grau de hemi-hipoestesia esquerda, sem delimitação anatómica.

Na face é que as perturbações são notáveis.

A face do lado esquerdo encontra-se imobilizada. A comissura labial está deslocada para dentro dando à bôca uma assimetria ligeira. Esta paralisia é mais manifesta nos músculos infrazigomáticos.

Nota-se-lhe o síndrome da paralisia do facial sub-malar, acompanhado de perturbações de gustação nos dois terços anteriores da língua. A ausência de sintomas auditivos demonstra-nos a integridade dos ramos nervosos que comandam o estribo.

Observa-se uma certa sialorreia.

Esta, a par das perturbações gustativas, podem ser filiadas na anormalidade da corda do tímpano cujas fibras se unem às do nervo lingual e constituem particularmente o nervo gustativo Manoel Bento de Sousa.

*

*

*

¿ Quando esta doente entrou no hospital, que pensar em frente de tão variada sintomatologia?

Em toda ela predominava estes elementos sin-

tomáticos: a marcha, a paralisia facial e a cefalalgia. A marcha e a cefalalgia intensa fizeram naturalmente pensar numa possível metastase do cerebello, atendendo ao passado sombrio da doente.

A história clínica relata casos freqüentes de gliomas, de quistos, de gomas, de tubérculos e de neoplasias do cerebello.

O exame dos órgãos dos sentidos e em particular do aparelho auditivo e do órgão da visão tornara-se imprescindível.

A ausência de sintomas do lado do motor ocular externo excluía a possibilidade de uma lesão nuclear (o facial descreve aí uma ansa em torno do motor ocular externo).

Esta hipótese é inverosímil porque conquanto a doente se tenha queixado de "esquecimento do lado esquerdo", na ocasião do nosso exame não poderam ser constatados os mais fugidios elementos que fizessem pensar numa hemiplegia.

A admitir um estado lesional nuclear, seria provável a existência de fenômenos paralíticos, da metade do corpo correspondente, pois o feixe piramidal fica-lhe contíguo.

Temo-nos preocupado particularmente com a descrição e interpretação clínica dêste síndrome paralítico da nossa doente porque é esta a sintomatologia que sobresái através de todo o nosso exame.

Qual a causa dêste síndrome?

Se a lesão é orgânica (a paralisia histérica do facial é difícil de admitir) é indubitável que a séde da lesão se localisa ao nível da emergência da corda do tímpano na parte inferior do aqueduto. É lá, que a corda do tímpano se separa do facial, um pouco acima do buraco estilo mastoideu, atravessa a parte superior da caixa do tímpano, sai do rochedo, anastomosa-se com o lingual e concorre para sensibilisar gustativamente o terço anterior da mucosa lingual; por isso na nossa doente às perturbações da paralisia facial (embora fugidias) se ajuntam as perturbações do gosto e da secreção salivar.

A lesão para nós é por consequência orgânica.

Qualquer neoformação que nesse ponto exercesse compressão, produziria esta objetivação sintomática que com a aplicação de um tratamento anti-sifilítico foi vagarosamente desaparecendo.

O sr. Dr. Ramos de Magalhães tomou a seu cargo o exame ocular constatando o seguinte:

O exame campimétrico demonstrou uma anormalidade na demarcação das cores.

Exceptuando estas anomalias campimétricas e uma leve ambliopia (OE em $\sqrt{1/3}$, 00 $\sqrt{1/3}$ sec Wecker) tudo o mais era perfeitamente normal.

A diplopia de que a doente se queixara, não foi observada a não ser na visão lateral. A doente

sentia-a, numa só determinada posição lateral na cama. É provável que se tratasse de uma diplopia de acomodação.

A observação campimétrica da nossa doente ajusta-se à das pessoas histéricas.

O exame dos outros órgãos e aparelhos nada demonstrou de anormal.

A ponta do coração batia no 5.º espaço intercostal um pouco para fora do mamilo.

O pulso era um tanto taquicárdico, 100 pulsações, depressível e muito instável sob a influência da emoção.

Sob o ponto de vista plessimétrico e de auscultação o aparelho respiratório era normal.

Não acusava nas urinas vestígios de albumina ou glucose.

Como interpretar tão variada sintomatologia? Pondo de lado o síndrome facial, a influência da sugestão e a bisarria da sua sintomatologia indicou-nos a histeria como causa primacial dos seus padecimentos gerais.

Soubemos mais tarde que a doente tinha sido sacudida por um profundo abalo moral; foi êsse o princípio das suas terríveis dores de cabeça e do esboço de seus fenómenos paralíticos. Na hora que passa não é possível ainda ter uma opinião segura sobre os fenómenos pitiáticos. Só uma verdade está demonstrada, a influência da sugestão sobre ela,

que serviu de fulcro para Babinski delimitar num admirável esquêma o seu campo.

Há quem negue ao factor moral, notável acção sob a sua génese.

Citam-se imensos casos de naufrágios, a guerra onde a emoção é violenta, sem contudo abundarem os casos de pitiatismo. É essa a opinião sustentada por aqueles que seguem os trabalhos de Babinski, sem ecletismo. É assim que Babinski nega o papel da emoção na génese das manifestações histéricas para pôr em relêvo a sugestão na sua etiologia.

Quem habituado às observações cirúrgicas, não tem constatado numa intervenção em que o doente conserve a consciência (anestesia local, etc.), a importância notável do grau de sugestão do doente!

Nós somos daqueles que achamos justas as admiráveis palavras de Besheins:

“Peut être même n'y a t'il pas une maladie à laquelle n'associe un élément psycho-nerveuse, que l'on n'il aquiert une certaine intensité.”

Se a histeria em medicina tem dado ocasião a inúmeros erros sem conseqüências, que facilmente se corrigem com uma observação cuidadosa porque é fácil emendar para uma terapêutica adequada uma medicação mal orientada; em cirurgia, pelo contrário, pode ela dar logar a males irremediáveis, porque em geral fazer cirurgia, é sinónimo de mutilar.

Cirurgiões de nome mundial abriram abdomens julgando estar em presença de tumores, que não passavam de simples ansas dilatadas, para as quais a fantasia da doente criou uma sintomatologia especial (Nelaton).

Na nossa doente a hipótese de metastase craniana era viável atendendo ao seu passado mórbido. Vimos que a simples sugestão lhe fez desaparecer em grande parte tudo quanto sentia.

Em cirurgia deve igualmente avaliar-se êsse grau de suggestionabilidade com cuidado, para delimitar, sem possíveis e lamentáveis enganos, o que pertence a um estado lesional e o que pertence ao sistema nervoso.

Demonstra a nossa doente a freqüência das recidivas no seio oposto; apesar do esvaziamento axilar ter sido perfeito e seguido de fulguração.

Quanto à paralisia facial, é explicada pela freqüência das neuro-recidivas dos nervos craneanos, quando se iniciou o seu tratamento anti-sifilítico.

Embora mais freqüentes com os arsenicais, podem igualmente dar-se com os mercuriais.

A passagem dos nervos num canal apertado explica-nos por simples congestão a sintomatologia apresentada.

A tumefacção produzida há de forçosamente

exercer compressões sôbre os ramos nervosos, donde os fenómenos observados.

É um caso particular da reacção de Hersheimer.

Todo o tratamento anti-sifilítico com uma acção treponêmica põe em liberdade toxinas, que actuando localmente produzem uma revivescência ou agravamento da sintomatologia anterior.

Muitos casos de intolerância arsenical e mercurial e mesmo fenómenos anafiláticos, têm sido como tal diagnosticados, quando não passavam de reacções de Hersheimer. Para que esta se manifeste, é necessário que o doente seja sifilítico, não ou mal tratado e que existam lesões, embora despercebidas sintomaticamente, em qualquer ponto do organismo.

Numerosas discussões e divergências se têm levantado ultimamente sôbre a interpretação dêstes fenómenos, que surgem às vezes de forma aparatosa e se prestam muitas vezes a lamentáveis conseqüências.

Para obstar com critério, que apareçam estes fenómenos, torna-se conveniente uma administração medicamentosa muito parcimoniosa e muito vigiada.

Entre os acidentes produzidos pelos novos compostos arsenicais, temos os locais (gangre-

na, fleimão aseptico, trombose venosa) e os accidentes gerais para nós os mais importantes. Uns, que directa e indiscutivelmente estão ligados à acção tóxica e à acção vaso-dilatadora dêstes medicamentos, e são, por exemplo, a crise nitritoide e a apoplexia serosa. Outros, são os accidentes indirectos, isto é, que não são verdadeiramente produzidos pela acção tóxica de arsenio sôbre as células do organismo, mas produzidos por um mecanismo nem sempre igual, nem sempre claro e por vezes de difícil e variável interpretação, conforme a maneira de ver dos diversos autores.

Segundo Milian esses accidentes gerais são:

Reacção de Hersheimer.

Biotropismo.

Neurorecidivas.

Hepatorecidivas.

Apenas nos referiremos à reacção de Hersheimer, que neste caso clínico observamos e que portanto mais atenção nos merece.

Esta reacção como atrás fica dito, pode dar-se também com os sais de mercúrio e dêstes muito especialmente com o cianeto.

A maior freqüência destas reacções em doentes tratados pelos arsenicais é-nos explicada, pela sua acção vaso-dilatadora junta a sua acção notável de spiroquetolise.

Esta reacção foi observada a primeira vez por

Truffü, quando fazia um tratamento pelo 606 de Erlich.

Geralmente produz-se, a seguir à primeira aplicação, e nos primeiros dias após a injeção, havendo porêem casos em que só aparece depois da segunda ou terceira injeção.

A intensidade desta reacção é muito variável e depende de várias circunstâncias ainda não bem determinadas. O que parece influir mais na intensidade da reacção é haver uma grande infecção do organismo e portanto um grande número de spiroquêtas em grande actividade como acontece na sífilis cutâneo-mucosa do período secundário.

A roseola torna-se mais nítida, as pápulas tornam-se mais turgescentes e cercam-se duma areola congestivo-inflamatória por vezes muito extensa.

As lesões das mucosas tornam-se igualmente mais vivas, a congestão nelas quando situadas em regiões delicadas perdem dar sintomas alarmantes como seja a localização laríngea, etc.

A albuminúria aumenta, assim como as dores musculares, articulares, nevralgicas e muitos outros sintomas cerebrais como a cefalalgia, zumbidos, insónias, etc.

A febre aumenta também.

A sífilis visceral pode também dar a reacção de Hersheimer o que muitas vezes torna o diagnós-

tico difícil e se confunde com a acção intolerante dos arsenicais. Está neste caso a icterícia que aparece após a injeção e que na maioria dos casos é uma reacção de Hersheimer segundo Milian.

Se é no período secundário que a reacção é mais nítida, pode contudo aparecer no período primário, terciário, ou mais tarde ainda.

Assim vemos algumas vezes o cancro duro tornar-se mais corado, tumefacto, e deixando sair mais serosidade. As gomas sífilíticas, vêem-se inúmeras vezes, aumentarem momentaneamente de volume para depois regressarem muito bem.

É por isso, que considerando-se actualmente os aneurismas, com uma modalidade de goma, sempre que se tente instituir um tratamento específico, deve ser meticolosamente *indicado e doseado*. Não se praticando desta maneira, a morte pode sobrevir por reacção de Hersheimer, ou fusão gumosa, se estes cuidados não são tomados.

Do lado do sistema nervoso estas reacções de Hersheimer, podem como disse, dar ou exagerar, se já existem, as cefalalgias, vertígens, zumbidos, insónias, etc. Mas onde ela se torna interessante é quando põem em relevo uma sífilis latente e nos levam a um diagnóstico, como succedeu neste nosso caso. O nervo facial, especialmente, tem predilecção por essa reacção em virtude da sua disposição anatómica e até são relativamente freqüentes os casos

de paralisia facial após o tratamento, quando nenhum sintoma se notava de sífilis dêsse nervo.

No nosso caso alguns sintomas haviam embora tenues, para pensar na sífilis dêsse nervo.

A importância de conhecer a reacção de Hersheimer não é só em descobrir uma sífilis latente, como aqui sucedeu, mas também em continuar o tratamento.

Muitas vezes acontece suspender-se o tratamento em virtude duma má interpretação de tais fenómenos, que se afirmam ser de intolerância, quando se tratava apenas duma reacção de Hersheimer.

É preciso, pois, lembrar-nos sempre, que os acidentes de intolerância pelo arsénico vão aumentando em cada injeccção, ao passo que os sinais de reacção de Hersheimer, vão ao contrário diminuindo, com a administração da terapêutica específica, como sucedeu no nosso caso.

As perturbações nervosas que a nossa doente apresentava, cefalalgia, etc., podem pois atribuir-se à sífilis, que o tratamento pelo cianeto de mercúrio veio pôr em evidência e confirmar assim, a suspeita que a princípio tínhamos, sobre o diagnóstico.

A continuação do tratamento foi feita pelo biódeto de mercúrio com ótimo resultado.

Os acidentes da terapêutica anti-sifilítica foram

descritos, pode dizer-se sem paradoxo antes mesmo dos da própria sífilis. Logo que foi preconizado o mercúrio, quasi desde a invasão da sífilis, êle suscitou ataques encarniçados. Acusou-se até de produzir sifilides secundárias. Os mais moderados sifiligrafos dêsse tempo contentavam-se, em lhe attribuir manifestações terciárias, gomas periostites, lesões do sistema nervoso, etc. Ainda há cincoenta anos Despré, bania o mercúrio do tratamento anti-sifilítico.

Dores reumatoides aparecem frequentemente com as injeções dos sais de mercúrio, que desaparecem com a continuação do tratamento. Citam-se alguns casos de icterícia produzidos por injeções intravenosas de cianeto de mercúrio, mas estes casos são excepcionais comparados com os da aplicação dos arsenicais.

A icterícia observada no decurso do tratamento arseno-benzolico tem dado assunto a numerosos trabalhos muito interessantes. É, de resto, um acidente frequente que os sifiligrafos nos seus hospitais ou na sua clientela observam, e é inegável que qualquer que seja a interpretação patogénica que se admita, só depois da introdução terapêutica do arseno-benzol é que estes accidentes se observaram.

As opiniões diferem nitidamente sôbre o mecanismo destas icterícias.

Sicard e outros dizem tratar-se de accidentes

hepáticos de intoxicação arsenicais. Esta opinião é combatida por Milian, que as considera como uma reacção de Hersheimer.

O fenómeno de Hersheimer é precoce ou imediato, enquanto que a icterícia do tratamento arsenical é tardia. Mas será com justa razão que se podem comparar as perturbações hepáticas sobrevivendo no decurso do tratamento arsenical, com as perturbações nervosas assinaladas nas mesmas condições e descritas com o nome de neuro-recidivas?

É sabido que o tratamento mercurial (principalmente o cianeto) ou arsenical, arrasta por vezes perturbações nervosas que se reportam a fenómenos tóxicos enquanto que a observação ulterior demonstrava serem lesões sifilíticas postas em evidência e curadas pelo prolongamento do mesmo tratamento.

Parece pois por estas razões que haveria hepato-recidivas como neuro-recidivas.

Poucos indícios tínhamos para pensar na sífilis na nossa doente e foi a exarcerbação dos sintomas cefalalgia e paralisia facial, depois da aplicação do cianeto de mercúrio, que vieram completar o diagnóstico. Tratava-se pois de sífilis cerebral latente que o tratamento específico evidenciou e curou.

O fundo sugestionável do psiquismo mórbido da nossa doente, explica-nos a dramatisação dos accidentes exteriorizados.

Em conclusão, não basta só pesquisar a sífilis e trata-la, é preciso saber observar a terapêutica utilizada e conhecer a utilidade ou desvantagem do seu emprêgo. Maneira de emprêgo e oportunidade, eis o que para nós constitui a diretriz sagaz do tratamento anti-sifilítico.

Visto,

Teixeira Bastos.

Pode imprimir-se,

Maximiano de Lemos.