

# **TUBERCULOSE NÃO CASEOSA (Sarcoide de Boeck), TUBERCULOSE CASEOSA E LEPROMATOSA**

CASO DE NECROPSIA (\*)

**J. LOPES DE FARIA**

Assistente de Anatomia patologica e de  
Doenças Infecciosas e Tropicais da  
Universidade de Minas Gerais.

Max Pinner (1, 2) chama de tuberculose não caseosa o sarcoide de Boeck (doença de Besnier-Boeck-Schaumann).

O interesse do caso, que vamos apresentar, está na tuberculose não caseosa. A etiologia do sarcoide de Boeck ainda é discutida. Besnier, citado por Rabello (3), considerou como de origem tuberculosa a dermatose descrita, pela primeira vês, por êle. Boeck, citado tambem por Rabello, disse ser "ou uma forma peculiar de tuberculose, ou molestia muito aparentada". Schaumann, (4, 5) acha que seja o bacilo tuberculoso (ou o tipo bovino, ou o não acido-resistente ou as formas filtraveis do bacilo) o fator etiologico, dando bons argumentos para mostrar que tem razão. Max Pinner já citado, acha que seja de etiologia tuberculosa. Sulzberger (6) inclue, na classificação de tuberculodermas, o sarcoide de Boeck (forma relativamente anergica de tuberculoderma secundaria).

Kissmeyer (7) acha que não seja de natureza tuberculosa, dizendo que, em varios pontos, estão os sarcoides proximos da lepra.

---

(\*) — Trabalho do Departamento de Anatomia patologica, Universidade de Minas Gerais, prof. Otavio Magalhães e da Colonia Santa Izabel, diretor Dr. Abrahão Salomão. Apresentado na Sociedade de Biologia do Brasil, secção de Minas Gerais, em 13 de Agosto de 1942.

Rabello Junior (8) encontrou em casos de lepra tuberculoide o que ele denomina síndrome de Boeck-Schaumann, mantendo em sua tese (3), em 1939, a sua anterior afirmação (9, 10) que o bacilo de Hansen deve também, em segundo plano, ser responsável pelo síndrome Boeck-Schaumann. Recentemente, S. Schaumann e E. Carboni (11) apresentaram um caso de lepra tuberculoide com síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann.

Para Pautrier (1939), citado por M. Celaya (12), Longcope (13), permanece ainda desconhecida a causa do sarcoide de Boeck.

No caso que vamos relatar, foram encontrados granulomas de tuberculose não caseosa, de tuberculose clássica e de lepra lepromatosa. O paciente J.R.M., lavrador, com 33 anos de idade, foi admitido na Colônia Santa Izabel em 2 de Março de 1933, dizendo que apresentava tuberculos, na perna direita, já havia 10 meses. Nesta ocasião, foi a pesquisa microscópica, no muco nasal e em um tuberculo, positiva para bacilo ácido-resistente. Tinha parente leproso. Faleceu o paciente em 2 de Fevereiro de 1942.

---

### NECROPSIA (\*)

Feita 17 horas e 30 minutos depois da morte.

**Exame externo** — Cadaver muito emagrecido. Desabamento do apêndice nasal. No pescoço, notava-se uma incisão cirúrgica, consequente a operação de traqueotomia. Nos membros superiores e inferiores e no tórax, notavam-se tuberculos, lesões ulcerosas e ulcero-croscostas de tamanhos variados. Nas pernas, havia ainda maculas acromicas. A parede anterior do abdômen mostrava manchas azuladas.

**Exame interno** — Não pôde ser feito o exame do cérebro e da medula espinhal. Ganglios supra-claviculares estavam aumentados de volume. Amígdalas encastoadas. Epiglote foi destruída em grande parte. Das cordas vocais sã restavam vestígios. Traqueia e grosso-brônquios continham líquido espumoso de cor vermelho-rosea. A parede do terço superior da traqueia apresentava um orifício circular (traqueotomia). A superfície interna do terço inferior dela e a dos grossos-brônquios achavam-se erodadas. A cavidade pleural esquerda continha cerca de 20 cc. de líquido avermelhado, límpido e a direita cerca de 15 cc. de líquido com o mesmo aspecto. Em ambos os lados, não estavam os pulmões aderentes á parede costal; superfície das pleuras, parietal e visceral, lisa.

**Pulmões** — Crepitação diminuída nas porções próximas dos bordos posteriores. Nas superiores de corte, em toda a sua extensão notavam-se grânulos do tamanho de cabeça de alfinete, muito numerosos, brancos, ligeiramente salientes. Pela compressão, ou sem ela (pulmão direito), havia saída de líquido branco, espumoso, em grande quantidade. **Pericárdio** parietal e visceral liso. A **cavidade peritoneal** continha cerca de 1.000 cc. De líquido amarelo-pardacento, sem grumos. O **diafragma** achava-se ele-

---

(\*) — Só relataremos os achados macro e microscópicos que julgamos de interesse para o caso. Outros detalhes sobre a necropsia aparecerão no Arq. Min. Leprologia.

vado. No **peritonea** parietal da parede anterior das fossas ilíacas e no peritoneo visceral das alças delgadas e do colon descendente, notava-se um pontilhado do tamanho de cabeça de alfinete. A mucosa dos **intestinos** e a do **estomago** não mostrava nada digno de nota. Os **ganglios lombares** e os da **cabeça do pancreas** achavam-se aumentados de volume; a superfície de corte dos últimos apresentava áreas de caseificação.

**Fígado** — Achava-se aumentado de volume. Capsula lisa, mostrando, por transparencia, proximo do bordo anterior, granulos brancacentos. A superfície exterior da orgão era de cor amarelo-arroxeadada e a de corte de cor amarela, distinguindo-se mal o desenho lobular. No fundo amarelo destacavam-se áreas de contornos nitidos e regulares, do tamanho de grão de arroz, de cor brancacenta.

**Baço** — Achava-se muito aumentado de volume. Na superfície externa notavam-se raros nodulos do tamanho de cabeça de alfinete. A superfície de corte era de cor vermelho-marron, distinguindo-se nela áreas mal delimitadas, cuja cor se destacava mal das porções circumvizinhas, sendo um pouco mais claras do que estas. A polpa se destacava com dificuldade pela raspagem.

**Rins** — As capsulas destacavam-se com facilidade. As superfícies exteriores eram rugosas e as de corte de cor amarelo-rosea, distinguiam-se mal as camadas corticais das medulares.

**Testiculos** — Tinham consistencia aumentada.

### Exame microscopico

**Tecnica** — Fixação em formol a 10%. Depois, refixação, ou não, em liquido de Bonin. Metodos de coloração: hematoxilina-eosina, Scharlach R, fucsina de Ziehl-Neelsen, complementar de Faraco (14), Foot (para fibras reticulares).

**Pele** — a) Com tuberculo — Lepra lepromatosa. (Fig. 1) Presença de grande numero de bacilos acido-resistentes (b.a.r.) (Fig. 2). b) Com lesão ulcero-crostosa — Lepra lepromatosa. c) Com macula acromica — Inflamação cronica não granulomatosa. Não foi encontrado b.a.r. Foram feitos exames histo-patologicos de: 2 tuberculos, 2 lesões ulcero-crostosas e de 2 maculas acromicas.

**Ganglios** — a) Origem não determinada. Linfadenite cronica não granulomatosa. Não foi encontrado b.a.r. Presença de hemosiderina. Em uma parte do corte, camadas cortical e medular não se destacavam, não havia foliculos corticais. Em outra parte dele, destacavam-se, os foliculos corticais não tinham centro germinative. Foram examinados dois cortes, tomados de pontos diferentes do orgão, pela tecnica de hematoxilina-eosina (pontos dif., tec. hemeos). b) **Supra-clavicular** (provavelmente). Linfadenite lepromatosa. Grande numero de b.a.r. Não se destacavam as camadas cortical e medular. Não havia foliculos corticais. Achava-se o ganglio difusamente infiltrado, principalmente por grande numera de celulas de Virchow, celulas epitelfoides, histiocitos e celulas plasmaticas. Esta infiltração atingia parte da capsula e as trabeculas conjuntivas. Foram examinados dois cortes (pontos dif., tec. hemateos). c) **Das proximidades dos pulmões** — Antracose. Presença de hemosiderina. Tuberculose não caseosa. Tuberculose caseosa exsudativo-productiva. Foram encontrados neste ganglio, 2 bacilos a.r.. Foram examinados 3 cortes (pontos dif. hem-eos.). A estrutura normal do ganglio foi modificada. Não era possivel distinguir a camada cortical da medular. Um terço do seu tecido achava-se densamente infiltrado por um pig-

mento negro (carvão). O corte mostrava extensa area de necrose, que continha em si polimorfo-nucleares, e em torno celulas epitelioides, raras celulas gigantes e linfocitos. Os linfocitos estavam em maior parte, dispostos difusamente e raramente condensados formando halo. Este conjunto todo (modulo) tinha contorno irregular e limites pouco nitidos. Mostrava ainda 7 focos inflamatorios (granulomas), em geral pequenos, constituídos de celulas epitelioides, tendo, no centro, polimorfo-nucleares e em torno, linfocitos dispostos difusamente que não se condensavam formando halo (reação inflamatoria). No corte, notavam-se ainda mais dois pequenos focos constituídos de celulas epitelioides e de monocitos (Fig. 3) que deixavam espaços claros entre si, (dissociação) (4) e um foco maior formado de celulas epitelioides, duas massas sinsiciais, linfocitos e monocitos. Neste ultimo fimo, havia entre as celulas epitelioides amplos espaços claros. Nenhum destes tres ultimes focos mostravam halo linfocitário (reação inflamatoria) em torno. d) Da cabeça do pancreas — Tuberculose caseosa exsudativo-productiva. Tuberculose não caseosa. Presença de hemosiderina. Não foi encontrado b.a.r. Foram examinados 4 cortes (pontos dif., tec., hemat.-eos.). Os foliculos tortuais e os cordões medulares não apareceram no corte. Quasi toda a camada cortical e a medular sofreram caseificação (Fig. 4). Na zona correspondente a cortical, era possivel delimitar-se foliculos típicos de tuberculose classica. Isto porque a substancia necrosada, que continha ás veses polimorfo-nucleares, era envolvida por celulas epitelioides, algumas celulas gigantes e linfocitos. Alguns destes foliculos tuberculosos tinham o seu limite bem nitido. O corte mostrava um foco inflamatorio, de limites nitidos, constituído por duas celulas gigantes em formação situadas entre celulas epitelioides vacuoladas (predominam) e não vacuoladas (Fig. 5); entre as celulas epitelioides havia espaços claros. Em torno delas, havia linfocitos e celulas plasmaticas.

**Primeira costela** — A pequena porção de medula que mostrava o corte era envolvida por tecido osteoide. O resto do corte era cartilagem hialina.

Na medula, não foi encontrado b.a.r.

**Nervo** — Lepra lepromatosa.

**Laringe** — Laringite lepromatosa.

**Traquéia** — Traquite lepromatosa ulcerada. Grande numero de b.a.r.

**Pulmão** — Antracose. Presença de pigmento produzido pelo formol. Tuberculose não caseosa. Eritema pulmonar por estase venosa. Estavam espalhado sem todo o pulmão, focos inflamatorios (nodulos), em geral redondos e solitarios, de limites nitidos (Fig. 6), constituídos de celulas epitelioides, vacuoladas ou não, monocitos e linfocitos (Fig. 7). Havia focos em que predominavam as celulas epitelioides e em outros os monocitos. Raros são os nodulos em que os linfocitos se dispunham em torno dos mesmos formando halo (reação inflamatoria). Circumdando os nodulos estavam os alveolos pulmonares, e mais raramente, tecido conjuntivo fibrilar. A pesquisa de b.a.r. foi feita em 16 nodulos num total de 88 campos microscopicos (Obj. de Imersão 90 x, tubo 1,5 x, Oc.10 x). Fôram encontrados neles 38 bacilos. 12 dos nodulos não mostraram nenhum bacilo, 1 nodulo mostrou 27 bacilos. A pesquisa de bacilo pelo metodo de Baumgarten foi negativo. O numero de fibras reticulares nos nodulos era variavel (15). Havia nodulos muito ricos delas, mostrando-as em toda a sua extensão (Fig. 8) e dispostas de um modo mais denso. Havia outros nodulos, os mais pobres de fibras reticulares, cujo centro ou não tinha fibra, ou tinha sob a forma de fragmentos e em pequeno numero.

Em torno do centro destes ultimos nodulos existiam muitas fibras reticulares e se dispunham formando plexos. Em torno de poucos nodulos havia fibras colagens.

**Coração** — Atrofia parda. Miocardite cronica (em fôcos). Endocardite cronica vegetante com formação de trombo que tinha inflamação aguda purulenta. Não foi encontrado b.a.r. Ateroma, de uma valva da tricuspide e das valvas da mitral. **Aorta** — Ateroma. Aortite cronica. Não foi encontrado b.a.r.

**Esôfago** — Esofagite cronica. Não foi encontrado b.a.r.

**Fígado** — Autolise. Pigmento não ferruginoso. Grande degeneração gordá. Degeneração amiloide. Lepra lepromatosa. Tuberculose não caseosa. Ha nodulos sarcoidicos, delimites nítidos, ora mostrando b.a.r.. ora não. Além destes nodulos, ha infiltrado inflamatório difuso, contendo b.a.r. isolados e reunidos formando globias. A pesquisa de bacilo pelo metodo de Baumgarten foi negativa.

**Baço** — Degeneração amiloide que predominava nos foliculos de Malpighi. Presença de pigmento produzido pelo formol e de hemosiderina. Tuberculose não caseosa. Tuberculose exsudativo-produtiva caseosa. Lepra lepromatosa. Param examinados 3 córtes provenientes de 3 blócos. Em toda a extensão dos córtes havia nodulos semelhantes aos do pulmão. (Fig. 9, 10). Alem deles, ainda: a) Nodulos que continham celula gigante (ou em formação, ou ja constituída), tendo as celulas epitelioides espaços claros entre si (dissociação). (Ver figura 3). b) Nodulos cujo centro apresentava-se pobre em nucleos (necrose em Inicio). c) Nodulo epitelioides bem circunscrito, com discreto halo linfocitario em torno, que tinha no centro uma celula gigante e alguns polimorfonudeares neutrofilos (16, 17). d) Um nodulo, de limites difusos, em grande parte necrosado. A necrose central era seca (caseificação) e a que envolvia esta humida. Em torno da area necrosada havia celulas epitelloides e linfocitos que ás vêses, se condensavam (reação inflamatória). Entre os nodulos sarcoidicos, havia proliferação celular notando-se aí celulas de Virchow. A pesquisa de b.a.r. feita em 10 granulomas num total de 42 campos microscopicos (mesmo sistema otico usado para o pulmão), revelou bacilos em todos eles, numa media de 8 b. por nodulo e 1,9 por campo. Entre os nodulos foram encontrados 3 globias. Dentro de um nodulo foi encontrada uma globia. Com relação ao numero de fibras reticulares dos nodulos sarcoidicos, o mesmo pode ser dito que para o pulmão. A area necrosada do nodulo de tuberculose caseosa não mostrava fibras reticulares.

**Rins** — Glomerulo-nefrite cronica. Degeneração adiposa dos tubos contornados. Degeneração amiloide. Tuberculose não caseosa. Tuberculose caseosa em inicio. A estrutura normal do órgão achava-se muito alterada. O numero de glomerulos de Malpighi estava diminuido. Os glomerulos presentes eram quasi exclusivamente amiloide, apresenando só alguns nucleos endoteliais. Havia restos de glomerulos assim degenerados (substituição por tecido granulomatoso cicatridal). Os tubos uriniferos estão diminuidos em numero. A diminuição dos segmentos corticais era maior (aqui predominava tecido granulomatoso) do que a dos medulares (aqui predominava o amiloide). As celulas dos tubos uriniferos mostravam-se descamadas, sendo que as dos tubos contornados mostravam ainda mais, degeneração adiposa. A degeneração amiloide acometia a camada basal da porção medular dos tubos uriniferos e os vasos corticais e medulares, além dos glomerulares. Cilindros de amiloide nos tubos uriniferos. Em

alguns espaços de Bowman, havia crescentes epiteliaes. Tanto a camada cortical, como a medular, achavam-se difusamente infiltradas por histiocitos, monocitos, linfocitos e fibroblastos. Havia ainda, nodulos quasi sempre de limites nitidos constituídos, quasi que exclusivamente, de celulas epitelioides, sendo eles de forma redonda ou alongada (às veses, muito alongada na camada medular) semelhante em estrutura, aos Já descritos no pulmão e baço. Aqui no rim, havia em uns nodulos celular gigantes e necrose fibrinoide, e em um deles mesmo necrose por coagulação (caseificação) (Fig. 11). Este granuloma da Fig. 11 já pode ser diagnosticado como de tuberculose classica (necrose caseosa, presença de polimorfo-nucleares). Não foi encontrado b.a.r. em 29 nodulos examinados, num total de 142 campos microscopicos (mesmo sistema otico). Com relação ao numero de fibras reticulares, o mesmo pode ser dito que para o pulmão, notando-se porém, que existiam nodulos mais pobres delas.

**Tiróide** — Bocio nodular parenquimatoso simples. Degeneração amiloide no tecido conjuntivo do bocio e tambem no da glandula (normal).

**Suprenal** — Grande degeneração amiloide. Focos de degeneração adiposa na reticular. Hiperplasia nodular da cortical. Não foi encontrado b.a.r.

**Testículo** — Peri-orquite e orquite lepromatosa. Hialinização dos tubos seminíferos. Discreta degeneração amiloide. Ausencia completa de espermato-genese. Os b.a.r. encontrados mostravam-se com sua estrutura muito alterada. E' grande o numero de massas amorfas b.a.r.

**Epididimo** — Epididimite lepromatosa. Degeneração amiloide. Grande numero de b.a.r.

Infelizmente não foram examinados os nodulos do peritoneo parietal e do visceral intestinal.

**Resumo do exame microscópico** — Tuberculose não caseosa (ganglios, pulmões, baço, fígado e rins). Lepra lepromatosa (pele, nervos, ganglia, apendice nasal, laringe, traqueia, testiculos, epididimos, baço, fígado). Tuberculose caseosa (ganglios, peritoneo?, rins). Miocardite cronica. Endocardite: cronica com formação de trombo abcedado. Glomerulo-nefrite-cronica. Amiloidose (fígado, baço, rins, tiroide, suprarenal, testiculos e epididimo). Degeneração adiposa (fígado, rins, suprarenal). Bocio nodular. Edema pulmonar por estase.

---

## COMENTARIOS

O nosso diagnostico de tuberculose não caseosa foi baseado exclusivamente no aspeto morfologico dos granulomas inflamatorios. Para que este diagnostico não deixasse nenhuma duvida, seria necessaria a inoculação em cobaia dos nodulos sarcoidicos. Si a cobaia ficasse tuberculosa, não seriam eles causados pelo bacilo de Hansen. Preferimos denominar tuberculose não caseosa (como Pinner (1), e não sarcoide de Boeck, porque encontrámos bacilos acido-resistentes nos granulomas sarcoidicos (exceção daqueles dos rins). Ainda mais, era nítida a transformação da tuberculose não caseosa em caseosa (Fig. 5, 11). Um dos argumentos que tem Schaumann (4) para sustentar a etiologia tuberculosa do sarcoide de Boeck é este da sua transformação em tuberculose classica. Aqui age o bacilo da tuberculose em organismo alergisado e no sarcoide

age em organismo anergico (6). Schaumann, diz que, na constituição histologica das lesões de tuberculose classica, aparecidas em doente que tinha as de sarcoide de Boeck, podem participar as do sarcoide, ou sob uma forma pura (ver nossa figura 11) ou modificadas no sentido tuberculoso (necrobiose) (ver nossa figura 5 e ler a nossa descrição dos nodulos sarcoidicos do baço).

*Agradecemos:* Ao *Dr. Orestes Diniz*, que pôz a sua biblioteca á nossa disposição.

Ao *Dr. José Mariano*, que nos facilitou a realização da necropsia.

Ao *Snr. J. Wolf*, tecnico da Casa da Lente (Belo Horizonte), que nos auxiliou na feitura das microfotografias.

---

## RESUMO

O autor apresentou um caso no qual a necropsia mostrou granulomas de tuberculose produtiva não caseosa (sarcoide de Boeck), de tuberculose caseosa (classica) e de lepra lepromatosa. Ftôram encontrados bacilos acido-resistentes em nodulos de tuberculose não caseosa. Os granulomas de tuberculose não caseosa estavam transformando-se em granulomas de tuberculose caseosa.

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1 — **PINNER, MAX: Noncaseating tuberculosis.** Am. Rev. of Tuberc. 36: 707, 1937.
- 2 — **PINNER, MAX: Noncaseating tuberculosis. An analysis of the literature.** Am. Rev. of Tuberc. 37:690, 1938.
- 3 — **RABELLO, FRANCISCO E. A.: Sarcoide de Boeck-Schaumann (Um caso clinico e algumas observações sobre a natureza da afecção).** Tes. Rio de Janeiro, 1939.
- 4 — **SCHAUMANN, J. M.: Observations cliniques, bacteriologiques, et sérologiques pour servir á l'étiologie de la lymphogranulomatose benigne.** Bul. Soc. franc. de Derm. et Syph. 41:1296, 1934.
- 5 — **SCHAUMANN, J. M.: Lymphogranulomatosis benigna in the light of prolonged clinical observations and autopsy findings.** — Brit. J. of Dermat. and Syp. 48:399, 1936.
- 6 — **SULZBERGER, Marion B.: Dermatologia allergy, Charles C. Thomas.** Baltimore, 1941, pg. 245.
- 7 — **KISSMEYER, M. A.: Sur l'étiologie des serenades, maladie spedfique générale.** — Bul. Soc. franc. de Dermat. et Syph. 41:1327. 1934.
- 8 — **RABELLO, JUNIOR: Sobre o síndrome tipo Boeck-Schaumann da lepra tuberculoide.** — Rev. bras. de Lep. 6:233, 1938.
- 9 — **RABELLO, JUNIOR: A lepra na etiologia do lupus pernio (Besnier) e do sarcoide dermico (Boeck).** — Brasil medico, n. 6, pg. 137. 1935.
- 10 — **RABELLO, JUNIOR: Donneés nouvelles pour l'interpretation de l'affection de Besnier-Boeck: role de la lepra.** — Ann. de Dermat. et Syph. 7:571, 1936.
- 11 — **SCHUJMAN, S. e CARBONI, E.: Lepra tuberculoide com Síndrome de Besnier-Boeck-Schaumann.** — Rev. Bras. de Lep. 10:131 (Junho). 1942
- 12 — **CELAYA, MARIANO: Enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann. Su estado actual.** — Rev. Arg. de Tuberc. 6:118, 1940.
- 13 — **LONGCOPE, WARFIELD T.: Sarcoidosis, or Besnier-Boeck-Scháumann disease.** — J. A. M. A. 117:1321 (Out. 18), 1941.

- 14 — FARACO, JOSE': Bacilos de Hansen e cortes de parafina. Metodo complementar para a pesquisa de bacilo de Hansen em côrtes de material incluído em parafina. — Rev. Bras. de Lets. 6:177, 1938.
- 15 — SYMMERS, DOUGLAS: 9 Young reticulated argentophilic form of epithelioid tubercle. — Arch. Path. 31:304, 1941.
- 16 — KISSMEYER, M. A.: Contribution á l'étude anatomo-pathologique des sarcoides.— Bul. Soc. franc. de Dermat. et Syp. 41:1278, 1934.
- 17 — LONG, ESMOND R.: HOLLEY, SION W. and VORWALD, ARTUR J.: A comparison of cellular reaction in experimental tuberculosis of the cornea in animals varying resistance.— Am. J. Path. 9:329, 1933.
- 18 — HARREL, GEORGE T.: Generalized sarcoidosis of Boeck. A clinical review of eleven cases, with studies of the blood and the etiologic factors.— Arch. Int. Med. 65:1003, 1940.
- 19 — KRAUSE, K. ALLEN: The anatomical structure of tubercle from bisto-genesis to cavity. — A. Rev. of Tuberc. 15:137, 1927.
- 20 — NICKERSON, D. A.: Boeck's sarcoid. Report of six cases in which autopsies were made. — Arch. Path. 24:19, 1937.
- 21 — WINN, W. A. and PETROFF, S. A.: Biological studies of the tubercle bacillus. — J. Exper. Med. 57:239, 1933.

# E U C L O R I N A

(Toluenparasulfonchloramido de sodio)

## **Antiséptico - Desodorante - Detersivo - Cicatrizante**

Substitúe perfeitamente o comum Líquido de Dakin, com a vantagem de uma eficácia antiséptica maior, melhor tolerabilidade local, mais longa conservação.

Para aplicações Cirúrgicas e Ginecológicas

Em caixas com 1 tubo de 5 grs. de pó

Em caixas com 8 tubos de 2,50 grs. de pó

Extremamente praticos para a preparação temporanea da solução, na titulação desejada.

Em frascos de 100 e de 500 grs., para Ambulatórios e Hospitais.

LAB.º ZAMBELETTI LTDA.  
Caixa Postal, 2069 — SÃO PAULO



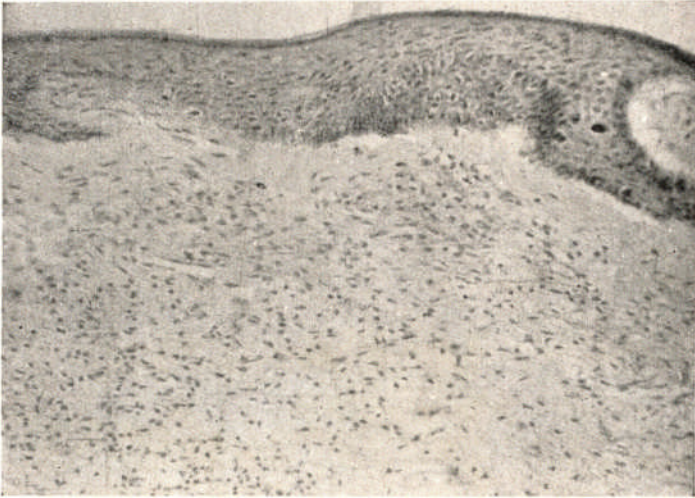


Fig. 1 — Córte de péle. O derma mostra grande numero de células de Virchow. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 184 x.

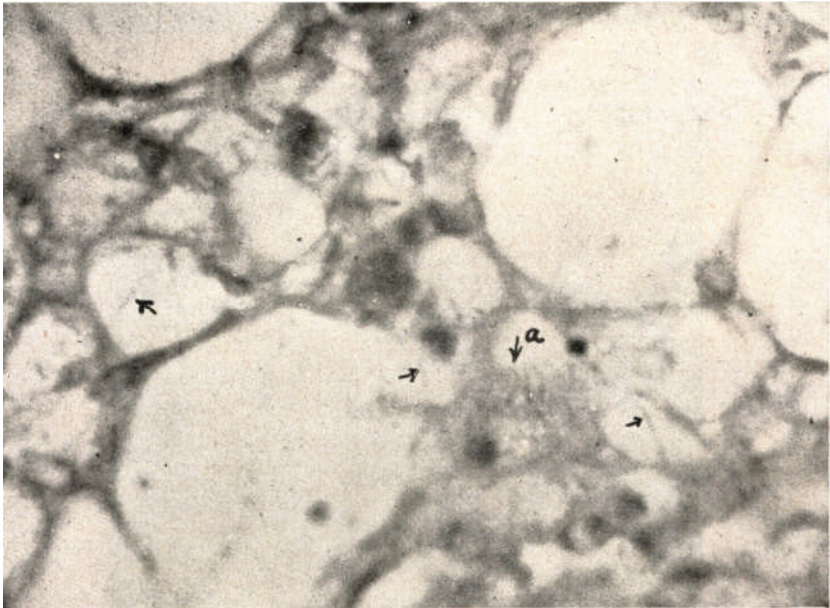


Fig. 2 — Corte de péle. Presença de bacilos isolados e em globias. A seta "a" mostra uma globia. As outras setas mostram bacilos isolados. Coloração pelo método complementar de Faraco. Aumento 650 x.

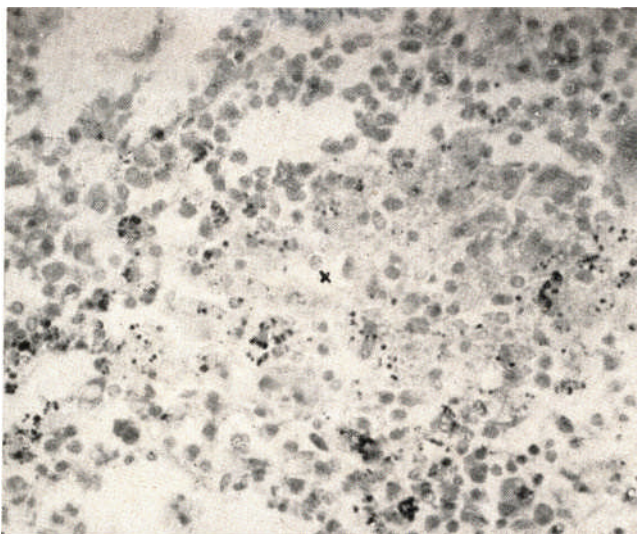


Fig. 3 — Córte de ganglio das proximidades do pulmão. Nodulo não caseoso constituído principalmente de celulas epitelioides e de monocitos. A' esquerda, o seu limite não é muito nitido por causa da dissociação de suas celulas, havendo espaço claros entre elas.

(x) — Sobresaem granulos de pigmento (carvão e pigmento produzido pelo formol). Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 520 x.



Fig. 4 — Córte do ganglio da cabeça do pancreas. Notar a grande caseificação. As setas mostram celulas gigantes. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 54x.

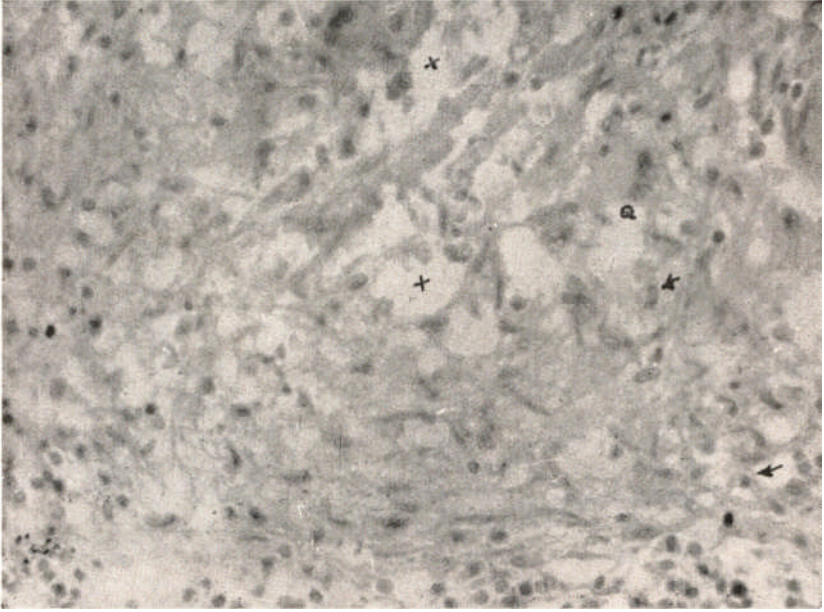


Fig. 5 — Detalhe de um granuloma de tuberculose não caseosa do ganglio da cabeça do pâncreas. Notar a pobreza nuclear, os amplos espaços (x) claros entre as células, os núcleos picnóticos e as células epitelioides vacuoladas (setas). "a" uma célula gigante em formação. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 520 x.

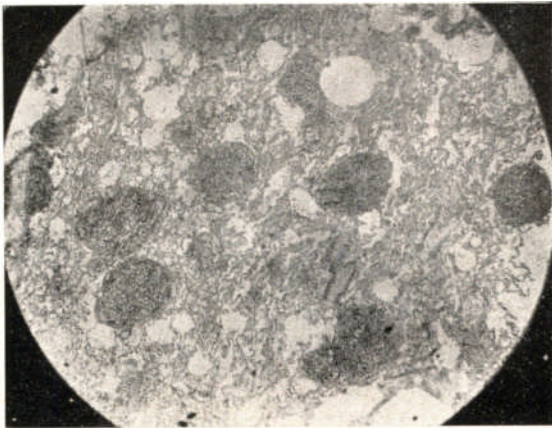


Fig. 6 — Córte de pulmão. Notar a distribuição dos granulomas de tuberculose não caseosa. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 30 x

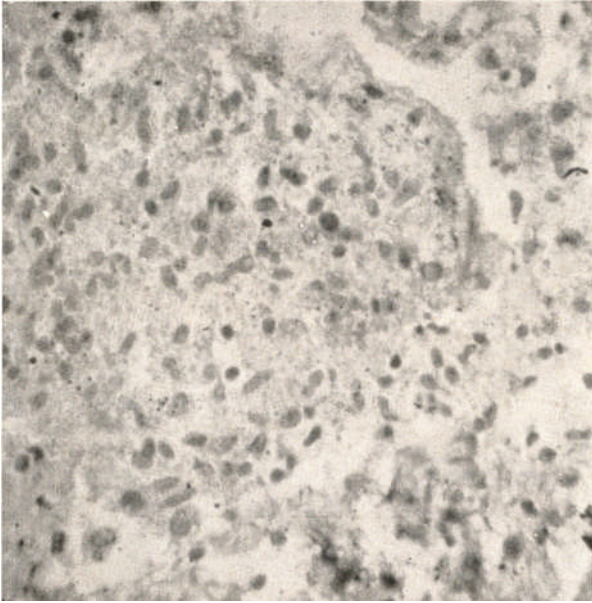


Fig. 7 — Detalhe de uni granuloma da Fig. 6. Mostra o seu limite nitido e a sua constituição principalmente de células epitelioides. Aumento 520 x.

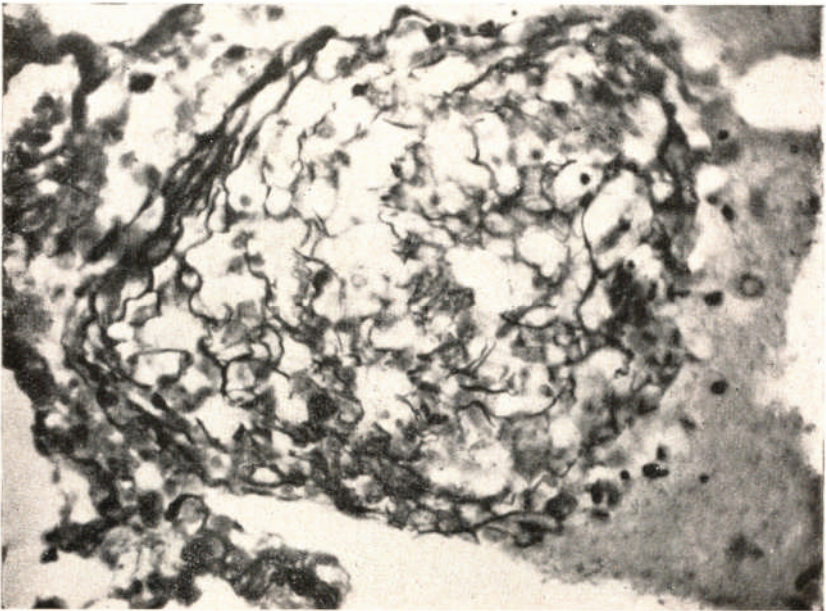


Fig. 8 — Nodulo sarcoidico do pulmão corado pela variante de 700f do método de Bielschowsky para fibras reticulares. Notar a presença de fibras em todo o nodulo. Aumento 520x.

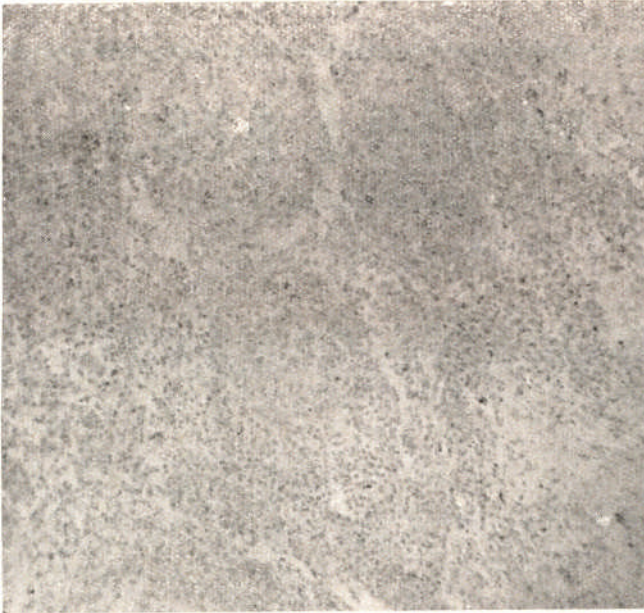


Fig. 9 — Córte de baço. Notar os nodulos de tuberculose não caseosa. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 184 x.

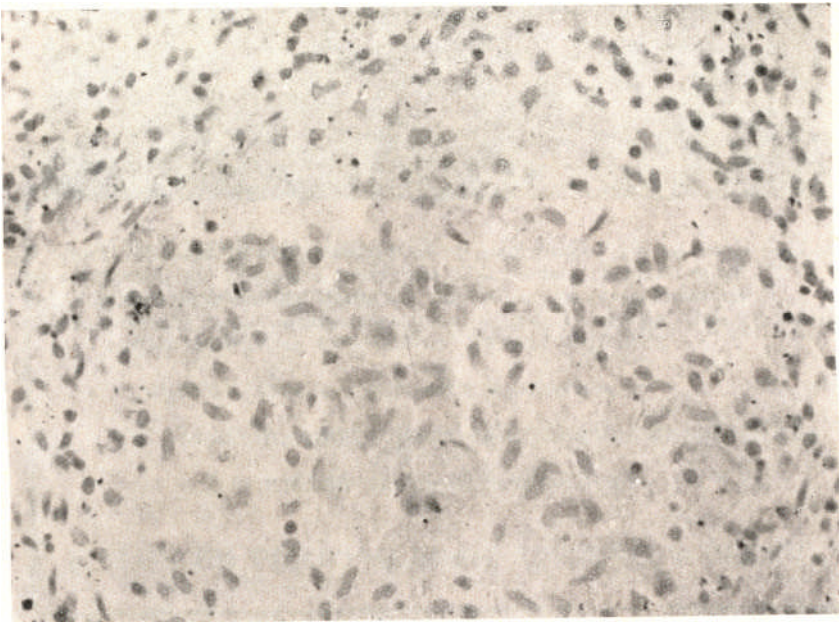


Fig. 10 — Detalhe de um granuloma de tuberculose não caseosa do baço. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 530 x.

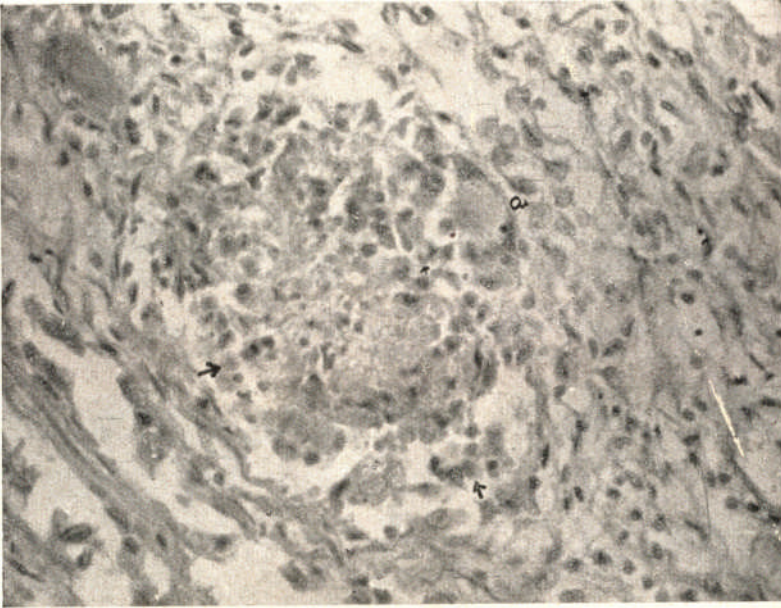


Fig. 11 — Córte de rim. Granuloma de tuberculose caseosa em início. Notar o limite nitido do granuloma, o seu centro necrosado (caseificação) e os polimorfonucleares neutrofilos (as setas indicam dois destes). "a" Celula gigante. Coloração pela hematoxilina-eosina. Aumento 520 x.

# Casa Lohner

S. A. MÉDICO-TÉCNICA

*SÃO PAULO*

RUA SÃO BENTO, 216

Telefone 3-2175

*RIO DE JANEIRO*

AV. RIO BRANCO, 133

Telefone 23-5863

Telegr.: RENOL

A mais completa organização em nosso país para bem servir os snrs. medicos, dentistas, quimicos, analistas e os estabelecimentos de ensino.

APARELHOS DE RAIOS X,

eletro e helioterapia,

equipamentos completos para hospitais,

consultorios e gabinetes dentarios,

aparelhamento para laboratorios de pesquisas

e o estudo de fisica e quimica.

FILIAIS EM PORTO ALEGRE, CURITIBA e RECIFE.

# CITROVITAN

(ÁCIDO ASCÓRBICO)

AMPÓLAS DE 2 CC = 0,10 = 2.000 U. I.  
*AVITAMINONES E HIPOVITAMINONES C.*  
*DOENÇAS INFECCIOSAS EM GERAL.*

# B I O B Ê

(VITAMINA B')

AMPÓLAS DE 2 CC = 0,005 = 1.885 U. I.  
*POLINEVRITES EM GERAL. — ATONIA*  
*GASTRICA E INTESTINAL — REUMATISMO —*  
*ARTRITES. — VÔMITOS.*

---

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

RUA S. JOAQUIM, 381 — FONE: 7-2955

S A O P A U L O