

MANIFESTAÇÕES OCULARES NA MOLESTIA DE NICOLAS-FAVRE (*)

CARLOS DA SILVA LACAZ

A molestia de Nicolas-Favre apresenta quadros clínicos os mais polimorfos, todos eles diagnosticados graças a intra dermo reação de Guglielmo Frei.

Numerosos tipos de lesões cuja causa era completamente desconhecida dos pesquisadores, foram sendo, graças a intra-dermo reação de Frei, rotulados como formas atípicas ou aberrantes da molestia de Nicolas-Favre.

De acôrdo com os nossos atuais conhecimentos sobre esta molestia, devemos considerá-la como entidade morbida geral, já que as lesões determinadas pelo virus linfogranulomatoso não se limitam unicamente ao sistema linfático, mas invadem departamentos outros do organismo animal.

Cerutti & Paranati (1) afirmam textualmente: "Tutto un vasto campo della patologia veniva così illuminato di luce nuova e la malattia, che Nicolás e Favre avevano descritta come limitata alle linfoghiandole inguinali, se pur capace di dare un resentimento generale, vedeva inopinatamente estesi e suoi confini, ed esulava dal campo ristretto della venereologia per invadere quelli più vasti della medicina generale e della chirurgia".

O ultravirus da molestia de Nicolas-Favre apresenta especial atividade patogênica para com as células do sistema reticulo endotelial, sendo considerada pois uma reticulo endoteliose, fato este que se demonstra por meio de numerosas provas.

A bibliografia medica é riquíssima em dados sobre a molestia de Nicolas-Favre, mas na parte referente às manifestações oculares na referida molestia, verifica-se uma certa confusão de idéias.

Entre nós, a contribuição dos autores nacionais nos diferentes setores em que se aborde o estudo da molestia, tem sido notável. Salomão Fiquène (2), no Rio de Janeiro e Luiz Batista (3) em São Paulo, defendendo teses de doutoramento sobre o assunto, contribuíram com numerosos dados para o estudo particularmente clínico do bubão estrumoso de Lélars ou poroadenite de Fiessinger.

(*) Trabalho apresentado ao 1.º Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo, Outubro de 1940.

Os síndromos gênito ano retais linfogranulomatosos (estiomène ou *ulcus vulvae cronicum*, vegetações mirtiliformes de Simon, ano retites e lesões associadas) foram objeto de cogitação de varios estudiosos patricios, tais como Edmundo Vasconcellos (4-5) A. Xavier (6), Vieira Macedo (7), Paulo Tibiriçá (8-9-10), Silva Lacaz e Giovanni Bressan (11), Arouche de Toledo e Silva Lacaz (12).

O aspecto radiologico das retites estenosantes foi entre nós bem estudado por Eduardo Cotrim (13) e Paulo de Almeida Toledo (14). As uretrites linfogranulomatosas foram tambem objeto de estudo entre nós, por parte de Eugenio Mauro (15), o qual conseguiu reunir 5 casos de localização uretral do virus, seguidos secundariamente de localização epidídimo testicular. Este mesmo autor (16) estudou igualmente o quadro hematologico na molestia de Nicolas-Favre.

Entre as outras variedades atípicas da molestia de Nicolas-Favre estudadas entre nós, devemos citar o eritema nodoso, as orquiepididimites linfogranulomatosas, a elefantíase dos órgãos genitais e as adenites extra inguinais. Ramos e Silva (17-18), Silva Lacaz (19), Siqueira e Silva Lacaz (20) descreveram casos de elefantíase do escroto e do penis, epidemite e adenite cervical linfogranulomatosa. Francisco Finocchiaro (21), em um dos seus trabalhos sobre o assunto, refere-se a um caso de eritema nodoso em um paciente portador de uma adenite inguinal com particular sensibilidade cutanea.

Si o estudo clínico da molestia de Nicolas-Favre tem sofrido entre nós notavel impulso, o mesmo podemos dizer das pesquisas referentes a histopatologia e tratamento desta infecção a virus.

As pretensas inclusões celulares descritas particularmente pelos japonezes — Miagawa e Mitamura (22) no interior de células histiocitárias linfogranulomatosas foram estudadas por Almeida & Oria (23-24), da escola medica paulista. Corando preparados particularmente de retites estenosantes, pelo processo de Mann, puderam aqueles autores demonstrar que as pretensas inclusões admitidas por Miagawa & Mitamura não passavam muitas vezes de hemáticas ou partículas de hemáticas em fases diversas de proteólise intra-celular; outras vezes, as falsas inclusões eram representadas por corpusculos de Russel fagocitados por células histioides.

No capitulo da anatomia patologica das retites estenosantes merecem atenção dos trabalhos de Tibiriçá (8-9-10), o qual poz em destaque no quadro histopatologico desta molestia, em sua forma retal, a presença de células histiocitárias, de protoplasma róseo claro e vacualizado, “células estas tão importantes para o diagnóstico do linfogranuloma venéreo quanto as células de Wirchow o são para o diagnóstico histopatologico da lepra”.

No capitulo referente ao tratamento da molestia de Nicolas-Favre devemos mencionar os trabalhos de Vasconcellos (4-5), A. Xavier (6), assim como os estudos de Francisco Finocchiaro (25-26-27-28) sobre o emprego de um processo mixto-químico fisioterapico, na terapêutica da linfogranulomatose benigna.

Demetrio Peryassú (29), Edson de Oliveira (30), Felipe Vasconcellos & Alcantara Madeira (31), Mauàd (32), A. Valente (33), V. Santos (34), Paulo de Almeida Toledo (35), Ribeiro da Silva (36), Ancona Lopes (37), A. Heide (38), Brasil Filho (39) e muitos outros publicaram trabalhos referentes à aplicação das sulfanilamidas, antígenoterapia, cuproterapia etc., no tratamento da moléstia de Nicolas-Favre, quer em sua forma classica, quer em suas variedades atípicas.

Vê-se pois, por este apanhado bibliografico, que tem sido notavel a contribuição brasileira ao estudo na moléstia de Nicolas-Favre.

Procuremos agora estudar as manifestações oculares na referida moléstia.

Um certo numero de lesões oculares pode aparecer no decurso de uma forma clínica qualquer da moléstia de Nicolas-Favre.

Segundo Levaditi, Bollack & Desvignes — citados por Cerutti & Pavanati (1), o virus da linfogranulomatose benigna pode se localizar primitivamente nos olhos ou nos seus anexos, determinando tumefação das palpebras, infiltração das conjuntivas, assim como proliferação folicular e supuração dos grupos linfoglandulares regionais.

Alguns autores acreditam que a chamada conjuntivite de Parinaud e provavelmente o que se denomina de “granuloma da conjuntiva” de Morax, sejam manifestações diversas da moléstia de Nicolas Favre. Experimentalmente consegue-se reproduzir lesões interessantes na cornea de coelhos com amostras diversas de virus linfogranulomatoso e muitos AA. acreditam ser este um ótimo processo para a evidenciação dos corpusculos de Miyagawa nas celulas epiteliais da cornea daqueles animais. No precioso livro de van Rooyen & Rhodes (30) encontramos um desenho dessas celulas com os “granulo-corpusculos” de Miyagawa.

Tais lesões tem sido descritas por diversos oftalmologistas e nas preciosas monografias de Cerutti & Pavanati (1) e de José May (31) encontramos referencias a estes tipos especiais de conjuntivites.

As manifestações secundarias que o ultra virus da moléstia de Nicolas-Favre exerce sobre o aparelho ocular são as mais variadas possiveis. Entre estas devemos citar as alterações que a referida moléstia determina no fundo do olho.

Os autores japonezes, principalmente Funakawa e Kitagawa, examinando o fundo de olho de pacientes portadores da moléstia de Nicolas-Favre observaram um engrossamento e tortuosidade dos pequenos vasos mais visinhos da papila ótica.

Posteriormente, Kitagawa estudou melhor esta reação ocular que se traduz essencialmente por um edema peripapilar acompanhado de uma dilatação e tortuosidade das veias retínicas.

Descrito este sinal por Kitagawa ele foi posteriormente encontrado por diversos autores entre os quais Vergara (32), no Mexico, Coutts (33), Espildora Luque — citado por May (31), Siqueira & Silva Lacaz (20) e muitos outros.

Vergara (32) estudando os transtornos oculares que se apresentam na molestia de Nicolas-Favre encontrou: dos 10 doentes estudados 8 tinham reação de Frei positiva com manifestações oculares (edema peripapilar); dessas manifestações oculares, 5 eram bilaterais e 3 unilaterais. Vergara afirma que esta coloração arroxeadada da papila é um sinal interessante mas de interpretação ainda duvidosa.

Waldemar Coutts (33) na Clínica Urológica do Prof. Bisquert, em Santiago do Chile, estudando 12 casos de epididimites linfogranulomatosas, observou igualmente o sinal de Kitagawa. De tão grande importancia é este sinal que Coutts afirma: para se estabelecer com segurança um diagnostico de epididimite linfogranulomatosa devemos nos valer da prova de Frei, dos exames histopatologicos e do exame de fundo do olho que revela quasi sempre o sinal de Kitagawa — edema peripapilar e coloração mais escura dos vasos da papila.

Este sinal talvez esteja ligado às alterações do liquido céfalo-raquidiano e das meninges.

Kitagawa, estudando o liquor em 30 pacientes atacados de linfogranulomatose benigna observou uma hipertensão do mesmo coincidindo em 70% dos casos com um edema da papila ótica.

Hector Cruz (34) estudando o liquor em 13 pacientes portadores de síndrome gênito ano retal de Jersild concluiu que nesses casos o liquor revelava alterações patológicas, consistindo essencialmente em um aumento ligeiro da quantidade de albumina, glicose e uréa, assim como um ligeiro aumento do numero de elementos figurados (linfocitos), alterações estas que se traduziam pela positividade das reações de Pandy e Weichbrodt na metade dos casos. Hector Cruz conclue o seu interessante trabalho afirmando que hoje em dia devemos na realidade ter uma nova concepção sobre a molestia de Nicolas-Favre, considerando-a entidade morbida de natureza geral, capaz de produzir alterações em varios órgãos e até no proprio sistema nervoso, como demonstram perfeitamente os exames liquóricos. Estes dados clínicos não são para se estranhar, pois experimentalmente numerosas provas demonstram o tropismo especial que o virus da molestia de Nicolas-Favre apresenta para com as células do sistema nervoso, central ou periférico.

Espildora Luque, citado por José May (31), com a colaboração de Coutts, Prates & Chaigneau, em 100 casos, comprovaram 32% absolutamente normais ao exame de fundo do olho; 49% com um fundo de olho que consideram típico, patognomônico até da molestia de Nicolas-Favre a tal ponto que afirmam: "en estos casos de fondo positivo encuentran una papila rojiza, plana, de bordes borrosos, pero no solventados. Alredor de la papila, un franco edema retiniano, de coloración grisácea. Pero lo más característico es la enorme dilatación de las venas y su acentuada tortuosidad. Llama la atención el intenso color negruzco, rojo muy oscuro, de la columna venosa, tanto mais notable quanto mayor es el edema retinal. Quizá sea este aspecto sólo un contraste; de todos modos es una alteración digna de notarse".

Em 19% dos casos eles não encontraram alterações típicas; faltava quasi sempre o edema retiniano peripapilar.

Em processos de induratio penis plastica de natureza linfogranulomatosa, Vázquez Barriède & May encontraram alterações do fundo de olho que eles sintetizaram da seguinte forma: "en la parte central de la córnea se hacen visibles los nervios que habitualmente sólo lo son en la periferia corneana, presentando el aspecto de plexos com irregularidad de los cordones nerviosos, borramiento grisáceo de los bordes superior e inferior, entre los grandes troncos vasculares con fina estreiciación que denuncia un grado de pre-edema en las capas de las fibras nerviosas".

No caso por nós observado juntamente com Ary Siqueira (20) o sinal de Kitagawa estava presente de maneira nitida e segundo o relatório fornecido pelo oftalmologista do Hospital Militar — Dr. Junqueira Franco, havia desaparecimento até do bordo temporal da papila esquerda, si bem que ambas estivessem com o edema peripapilar.

O doente era portador de uma epididimite de natureza linfogranulomatosa, comprovada por meio de varias provas (reação de Frei positiva, exame histopatologico falando a favor da natureza linfogranulomatosa etc.) e apresentava o sinal de Kitagawa fortemente positivo. Interessante relatarmos que neste caso o exame do liquor não revelou alteração alguma e a pressão foi normal.

Convém notar que em todos estes casos a visão era completamente normal. Os doentes não se queixavam absolutamente dos olhos mas um exame oftalmoscópico cuidadoso revelou o edema peripapilar. Procuremos tecer alguns comentarios sobre a significação deste edema, da dilatação dos vasos venosos peripapilares assim como a sua tortuosidade, fatos estes que constituem no conjunto o sinal de Kitagawa.

E' muito dificil para os oftalmologistas dizer, quando se trata de uma pequena dilatação venosa peripapilar, si o fundo de olho está ou não normal. Com efeito, Bailliart (35) afirma que o estado serpentiginoso dos vasos venosos peripapilares, sem hipertensão e foram mesmo de qualquer estado patologico é conhecido desde ha muito tempo. E mais adiante este autor afirma textualmente: "D'ailleurs il est aussi fragile, car il est très difficile de dire à quel degré la tortuosité du vaisseau commence à être anormale".

Alguns autores afirmam que esta tortuosidade dos vasos venosos peripapilares não é um sintoma patologico (Salus e Landa).

No entanto, o edema peripapilar tão bem visivel em nossos casos é digno de registro e como explicá-lo nos portadores de molestia de Nicolas-Favre? São doentes que apresentam pressão arterial dentro dos limites da normalidade; nem todos apresentam hipertensão liquórica que poderia explicar o edema peripapilar. Sabe-se que o edema peripapilar é quasi sempre a expressão de uma hipertensão intra-craniana ou de uma hipertensão liquórica. Para Riser e outros ela pode ser devida a fenomenos toxicos (retenção clorada, uremia,

hiperpolipeptidemia) ou então a reações meningéias aséticas devidas a lesões vasculares cerebrais.

A sífilis cerebral, as intoxicações crônicas, os tumores cerebrais, os focos infecciosos costumam determinar a pápila de estase.

Não se trata aqui de uma nevrite ótica intraocular, porque então o quadro oftalmológico seria muito mais complexo e muito mais rico em sintomas. O interessante é que se observa o edema peripapilar às vezes bem pronunciado, e o doente não revela alteração visual alguma, a pressão arterial acha-se normal e o liquor ora mostra-se hipertenso, ora encontra-se normal.

Vê-se pois que a patogenia do sinal de Kitagawa é ainda bastante obscura, cabendo aos oftalmologistas a resolução do problema.

Chamo a atenção dos ilustres e competentes especialistas de São Paulo para que se dediquem a este assunto, examinando o fundo de olho de todos os doentes portadores de linfogranulomatose benigna, em todas as suas formas clínicas, afim de pesquisarem este sinal, que si for constante representa sem duvida alguma um ótimo meio auxiliar para o diagnostico da molestia de Nicolas-Favre.

Nos casos por nós observados é interessante chamar a atenção para o seguinte fato: os doentes com adenite inguinal linfogranulomatosa apresentaram o sinal de Kitagawa bem evidente, ao passo que em 2 casos de retites estenosantes, com reação de Frei positiva, o sinal de Kitagawa mostrou-se ausente. Nas formas linfáticas pois, o sinal de Kitagawa foi positivo.

Todos os nossos 20 casos foram observados no Hospital Militar da Força Policial do Estado, quando lá trabalhávamos como interno acadêmico. Todo o doente com reação de Frei positiva era enviado ao oculista do Hospital — Dr. Junqueira Franco, que nos fornecia o competente relatório. Somos gratos ao distinto colega pelos exames realizados. Para termo de comparação foram examinados o fundo de olho de varios enfermeiros do H. M. com reação de Frei negativa, mostrando-se o exame completamente negativo.

OBSERVAÇÕES

- 1 — C. F. N., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva (12 de janeiro de 1940). Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos. Hiperhemia venosa com edema peripapilar.
- 2 — A. A., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos (17-1-1940).
- 3 — P. O. G., adenite inguinal direita. A reação de Frei deste doente já se havia mostrado positivo ha 1 mês mais ou menos quando o doente deu entrada no serviço com uma adenite linfogranulomatosa. A pesquisa do sinal de Kitagawa foi positiva naquela época. Desta vez o sinal não se evidenciou.
- 4 — A. C., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei fortemente positiva. Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos.
- 5 — J. D. S., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa ausente.
- 6 — F. M. S., adenite inguinal direita. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente (18-1-1940).

- 7 — J. L., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos.
- 8 — J. S., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos (12 de janeiro de 1940).
- 9 — J. R. M. F., retite estenosante linfogranulomatosa. Reação de Frei positiva. Pesquisamos o sinal de Kitagawa neste doente, muito depois do ato operatório a que foi submetido (amputação do reto com abaixamento do colo e implantação do esfíncter externo). Esta pesquisa se mostrou negativa.
- 10 — A. A., orquiepididimite de natureza linfogranulomatosa. Reação de Frei fortemente positiva. Sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos, sendo bem evidente, com desaparecimento do bordo temporal da papila esquerda.
- 11 — A. T., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente (17 de janeiro de 1940).
- 12 — L. J. S., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa presente.
- 13 — S. F., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Idem a pesquisa do sinal de Kitagawa.
- 14 — C. M., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Idem a pesquisa do sinal de Kitagawa.
- 15 — F. R. F., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Exame do fundo de olho revelou hiperemia venosa com ligeiro edema peripapilar (3 de fevereiro de 1940).
- 16 — J. M. N., adenite inguinal direita. Reação de Frei fortemente positiva. Idem a pesquisa do sinal de Kitagawa (12-2-1940).
- 17 — L. J. S., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Idem a pesquisa do sinal de Kitagawa.
- 18 — M. B., retite estenosante. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa ausente.
- 19 — J. F. L., adenite inguinal bilateral. Reação de Frei positiva. Sinal de Kitagawa ausente em ambos os olhos.
- 20 — J. V. P., adenite inguinal esquerda. Reação de Frei positiva. Kitagawa positivo.

CONCLUSÕES

Em 20 doentes por nós observados, com reação de Frei positiva 16 apresentaram o sinal de Kitagawa presente em ambos os olhos. Dois doentes com retite estenosante linfogranulomatosa não apresentaram o sinal. Apenas 2 pacientes com adenite inguinal e reação de Frei positiva não mostraram ao exame do fundo de olho qualquer alteração digna de nota.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — P. CERUTTI & E. PAVANATI — Linfogranulomatosi inguinale benigna. Edizioni Minerva S. A. Torino, 1938. XVI.
- 2 — SALOMÃO FIQUÈNE — Doença de Nicolas-Favre (Revista Medico Cirurgica do Brasil — Ano IV — n.º 4 — Abril, maio, agosto, outubro, novembro de 1932).
- 3 — LUIZ BATISTA — Doença de Nicolas-Durand-Favre ou proadenite inguinal. Tese de doutoramento. São Paulo. 1933.
- 4 — EDMUNDO VASCONCELLOS — Tratamento cirurgico das retites estenosantes linfogranulomatosas (Arquivos de Cir. Clin. e Exp. — Vol. 3 — Fevereiro de 1939 — N.º 1).
- 5 — EDMUNDO VASCONCELLOS — Retite estenosante (Conferencia realizada no Departamento Cientifico do CAOC — 2 de maio de 1938).

- 6 — AGUINALDO XAVIER — Contribuição da retite infiltrante e estenosante (Brasil Cirurgico — Vol. II — Ns. 8-9 e 12 — Agosto-Set. e Dez. de 1940 — Rio).
- 7 — J. VIEIRA MACEDO — Sobre 44 casos de linfogranulomatose benigna — doença de Nicolas-Favre, observados em meretrizes que frequentam o dispensario 4, da Inspectoria de Prophylaxia da Syphilis (Arquivos de Higiene e Saude Publica — Ano 3 — Junho de 1938 — N.º 4).
- 8 — PAULO Q. T. TIBIRIÇÁ — Aspecto anatomo pathologico das afecções cirurgicas do reto (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. XXXVII — Janeiro de 1939 — N.º 1).
- 9 — PAULO Q. T. TIBIRIÇÁ — Concomitancia do linfogranuloma venereo a da shistosomose nas retites estenosantes (Arquivos de Cir. Clin. e Exp. — Vol. 2 — Junho de 1938 — N.º 1).
- 10 — PAULO Q. T. TIBIRIÇÁ — Pathologia microscopica das retites estenosantes produzidas pelo linfogranuloma venereo (Arquivos de Cir. Clin. e Exp. — Vol. 2 — Dezembro de 1938 — N.º 4).
- 11 — CARLOS DA SILVA LACAZ E PAULO GIOVANNI BRESSAN — Contribuição para o estudo da molestia de Nicolas-Favre em suas diferentes modalidades clinicas. Cnosiderações sobre 34 casos. Prêmio Alves Lima. 1940.
- 12 — AROUCHE DE TOLEDO E CARLOS DA SILVA LACAZ — Retite estenosante de natureza linfogranulomatosa. Completo exito operatorio pela amputação do reto com abaixamento do colo e implantação no esfincter externo (Revista de Medicina do CAOC — Vol. 24 — junho e julho de 1940 — N.ºs 78 e 79).
- 13 — EDUARDO COTRIM — O exame radiologico nas retites do tipo Nicolas-Frave (Arquivos de Cir. Clin. e Exp. — Vol. II — junho de 1938 — N.º 1).
- 14 — PAULO DE ALMEIDA TOLEDO — O exame radiologico nas afecções cirurgicas do reto (Annaes Paulistas de Med. e Cir. Vol. XXXVII — janeiro de 1939 — N.º 1).
- 15 — EUGENIO MAURO — O quadro hematologico na linfogranulomatose inguinal (Folia Clinica et Biologica — Vol. 10 — 1938 — N.º 2 — S. Paulo).
- 16 — EUGENIO MAURO — O quadro hematologico na linfogranulomatose inguinal (Folia Clinica et Biologica. Ano de 1938 — Vol. X — N.º 2).
- 17 — J. RAMOS E SILVA — Elefantiasse genital masculina e linfogranulomatose venerea (Acta Medica — Vol. 2 — N.º 4 — Out. de 1928).
- 18 — J. RAMOS E SILVA — Linfogranulomatose de Nicolas-Favre extra genital com a observação de um caso de localização cervico lingual (Archivos de Dermatologia e Syphiligraphia de São Paulo — Vol. 2 — Set e Dezembro de 1938 — N.ºs 3 e 4).
- 19 — CARLOS DA SILVA LACAZ — Elefantiasse do penis e linfogranulomatose benigna. Considerações sobre um caso (Folia Clinica et Biologica — Vol. XI — 1939 — N.º 2).
- 20 — ARY SIQUEIRA E CARLOS DA SILVA LACAZ — Orquiepididimite de natureza linfogranulomatosa (Comunicação à Sociedade Medica São Lucas — 20 de dezembro de 1930).
- 21 — FRANCISCO FINOCCHIARO — Linfogranuloma venereo e eritema nodoso (Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia — Vol. 36 — Nov. de 1938 — N.º 5).
- 22 — MIAGAWA, MITAMURA e outros — Studies on the virus of Lymphogranuloma Inguinal, Nicolas-Favre and Durand (The Jap. Journ. Exp. Med. Vol. 13 — N.º 1 — Fev. 20 — 1935).
- 23 — FLORIANO DE ALMEIDA E JOSÉ ORIA — Considerações sobre as inclusões celulares da molestia de Nivolas-Favre (Folia Clinica et Biologica — Vol. X — 1938 — N.º 5).
- 24 — FLORIANO DE ALMEIDA e JOSÉ ORIA — Inclusões celulares, especialmente as de origem nucleolar, na molestia de Nicolas-Favre. Novas considerações (Arquivos de Cir. Clin. e Ex. — Vol. III — N.º 6 — Dez. de 1939 — São Paulo).

- 25 — FRANCISCO FINOCCHIARO — Contribuição ao tratamento conservador da tuberculose cirurgica e de algumas outras molestias pelo metodo quimiofisioterapico (Annaes Paulistas de Med. e Cir. — Abril de 1934 — Vol. XXVI).
- 26 — FRANCISCO FINOCCHIARO — O tratamento do linfogranuloma veneno pelo metodo quimiofisioterapico (Annaes Paulistas de Med. e Cir. — Dez de 1937).
- 27 — FRANCISCO FINOCCHIARO — O metodo quimiofisioterapico nos processos inflamatorios agudos (Annaes Paulistas de Med. e Cir. — Março de 1938 — N.º 3).
- 28 — FRANCISCO FINOCCHIARO — Bases eletroradiobiologicas do metodo quimiofisioterapico (Annaes Paulistas de Med. e Cir. Vol. 36 — Agosto de 1938 — N.º 2).
- 29 — DEMETRIO PERYASSÚ — Acção dos preparados sulfamídicos sobre a lymphogranulomatose venerea (Brasil Medico — N.º 9 — 25/2/939).
- 30 — EDSON DE OLIVEIRA — A sulfanilamida nas retites infiltrativas — (Arquivos de Biologia. Ano XXIII — N.º 220 — Set. de 1939 — S. Paulo).
- 31 — FELIPE VASCONCELLOS — & J. ALCANTARA MADEIRA — Linfogranulomatose benigna. Seu tratamento pelo antígeno (Revista Clínica de São Paulo — Vol. 4 — Dez. de 1938 — N.º 6).
- 32 — M. J. MAUÀD — O tratamento da 4.^a doença venerea pelo antígeno (Therapia — Maio-junho de 1939 — Ano I — N.º 3).
- 33 — ARMANDO VALENTE — Tratamento da doença de Nicolas-Favre (Comunicação a Secção de Medicina da Associação Paulista de Medicina — 20/2/1939).
- 34 — VIOLANTINO SANTOS — Tratamento da doença de Nicolas-Favre pela Fuadina (Rev. Therapeutica — N.ºs 9 e 10 — Set. e out. de 1933 — Ano XIII).
- 35 — PAULO DE ALMEIDA TOLEDO — Considerações sobre 7 casos de linfogranulomatose inguinal e sua terapêutica pelo antimonio (Revista de Medicina — Vol. 16 — Julho de 1932 — N.º 56).
- 36 — RAUL RIBEIRO DA SILVA — Retite linfogranulomatosa estenosante (Revista Clínica de São Paulo — Vol. 5 — Janeiro de 1939 — N.º 1).
- 37 — A. ANCONA LOPEZ — Tratamento da doença de Nicolas-Favre ou poroadenite pelo Dagenan (Publicações Medicas — Abril de 1940 — S. Paulo).
- 38 — ARMANDO HEIDE — Linfogranulomatose inguinal sub aguda (Revista Brasileira de Med. e Pharmacia — Ano IX — N.ºs 1 e 2).
- 29 — BRASIL FILHO — Contribuição para o tratamento da molestia de Nicolas-Favre (nota previa) (Publicações Medicas — N.º 105 — Março de 1939 Pg. 53).
- 30 — C. E. VAN ROOYEN and A. J. RHODES — Virus Diseases of Man. Oxford University Press. London. Humphrey Milford. 1940.
- 31 — JOSÉ MAY — Poroadenolinfitis. Enfermedad de Nicolas-Favre. Linfogranulomatosis venerea. Montevideo. 1940.
- 32 — VERGARA — Resumen no Boletin de la Oficina Sanitaria Pan Americana. Año 16 — N.º 7, julio de 1937.
- 34 — HECTOR CRUZ — El liquido céfalo raquídeo en el síndrome linfogranulomatoso genito-ano-retal (Revista Medica Latino Americana — Año XXII — N.º 260 — Mayo de 1937).
- 35 — P. BAILLIART — Hypertension arterielle rétinienne (partie clinique). Relator do tema oficial ao XV Concilium Ophthalmologicum 1937. Egypto.
- 36 — CH. H. MAY — Manuel Des Maladies de L'Oeil. Sixième Edition Française. Masson et Cie. Éditeurs. 1936.
- 37 — V. MORAX — Précis D'Ophthalmologie. Masson & Cie. Éditeurs. Paris. 1921.



Placivacina

ANTI-PIÓGENA (anti-virus de Besredka)

CICATRIZANTE (Oleo de fígado de bacalhau)

Laboratório Torres — São Paulo — Rua Glicério, 429

Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Piorrhéa
 Receite PYORRHON aos seus clientes

HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSÉ

CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de *Viscum album* — *Cactus grandiflora* — *Cratoegus* — *Kola* — *Scila*
 Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.

Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Pyorrhéa

A TESTADO

E' para mim um prazer atestar que venho empregando em minha clinica com os mais brilhantes resultados, o **Pyorrhon**, medicamento de escol para o tratamento da Piorrhéa Alveolar e das Gengivites.

Tambem venho calorosamente recomendando o seu uso aos meus pacientes, porque assim fazendo estes teem assegurada a perfeita saude do seu meio bucal.

O **Pyorrhon** é um preparado que pela propaganda honesta com que é lançado e pelos seus meritos, merece da nossa classe a melhor acolhida.

São Paulo, 6 de Outubro de 1939.

Octavio Demacq Rosas.

Receite **PYORRHON** aos seus clientes

PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o especifico **PYORRHON**.

Consultas: 30\$000

Demonstrações praticas aos senhores medicos e dentistas.

DR. CLINEO PAIM

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 120 - 5.º ANDAR - SALAS, 505 e 506

(Casa Guatapará)

TELEPHONE 4-4050

SÃO PAULO