

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A MICOSE DE LUTZ NO RIO GRANDE DO SUL

Docente-livre Dr. CLOVIS BOPP *

OBSERVAÇÃO DE UM DOENTE COM FORMA CUTÂNEA PRIMITIVA

Dentre as micoses profundas existentes no Rio Grande do Sul, a granulomatose paracoccidioidica ocupa um lugar de certa importância, não só pela gravidade de seus sintomas, como pela sua incidência expressivamente elevada.

As primeiras observações neste Estado realizadas por Enio Campos (1) em 1942, seguiu-se a publicação simultânea, feita por D. T. Clausel (2), de um 3.º caso, diagnosticado por Pessoa Mendes e J. P. Corrêa Soares. Daquela época em diante, foi sendo descoberto um número cada vez maior de doentes portadores dessa afecção, tendo Newton N. da Silva e Enio Campos (3) já em 1945 assinalado o encontro de 18 pacientes, 5 dos quais observados pelo prof. Pereira F.º

SINTOMATOLOGIA

Durante o tempo decorrido entre 1949 e o momento presente, baixaram na 5.ª Enf. de homens da Santa Casa de Pôrto Alegre (Cad. de dermatossifilografia) 29 doentes de Blastomicose de Lutz, assim distribuídos:

1949 —	2 doentes
1950 —	1 doente
1951 —	1 doente
1952 —	0 doente
1953 —	10 doentes
1954 —	8 doentes
1955 —	7 doentes (setembro)

Desejando poupar a transcrição detalhada desses casos, monótona e cansativa, juntamos no quadro anexo as referências individuais que mais interessam em nossos pacientes.

Chama logo a atenção, o fato de serem encontradas lesões bucais com uma frequência quasi uniforme, constituindo estas o primeiro sintoma da afecção, o

que aliás, coincide com o observado em outras regiões do país.

As eflorescências mucosas localizam-se tanto nos lábios e comissuras como na ponta e bordos da língua, palato mole e duro, gengivas, faringe e laringe.

Comumente elas se caracterizam por ulcerações razas, de limites nítidos e bordos ligeiramente elevados, com fundo vermelho, granuloso, "moriforme", onde se nota por vezes um pontilhado branco-amarelado, ou francamente hemorrágico.

Uma abundante salivação e certo embaraço á mastigação e deglutição costumam acompanhar as lesões bucais.

Cabe aqui assinalar duas peculiaridades em nossos doentes, que conferem certo caráter distintivo com os de outras regiões do país.

Em contraste com o que ocorre em S. Paulo, Rio de Janeiro ou Minas (*) onde o enfartamento ganglionar costuma ser precoce e intenso, sendo freqüente a supuração na pele sob a forma "escrofulodermica" (em um trabalho muito bem documentado, Tancredo A. Furtado (7) demonstra que, entre 20 doentes portadores de blastomicose, apenas 2 não revelavam reação ganglionar) em em nossos pacientes foi raro o encontro de entumescimento ganglionar. De 27 pacientes examinados sob este aspecto, 25 não mostraram adenopatias bem definidas, sendo que dos 2 cujos ganglios reagiram, nenhum sofreu supuração.

Outra particularidade aqui observada é a escassez de sintomas cutâneos. No geral, as lesões cutâneas encontradas na M. de Lutz, representam simplesmente manifestações secundárias, por contiguidade com lesões mucosas ou ganglionares ou por disseminação hematogênica.

* Referências 4, 5, 6.

A. Pupo (8), distingue as seguintes modalidades de eflorescências cutâneas na Blastomicose de Lutz:

“1) Dermo-epidermite papulosa, constituída de pápulas lenticulares, de pouco relêvo, com tendência à ulceração lenta e superficial.

2) Dermo-epidermite pápulo-pustulosa, de localização folicular.

3) Dermo-epidermite tuberosa, resultante de um processo infiltrativo mais profundo.

4) Dermo-epidermite úlcero-crostosa ectimatiforme.

5) Dermo-epidermite vegetante, caracterizada por lesões papilomatosas, exulceradas, de aspecto framboesiforme.

6) Granuloma hipodérmico, de tipo nodular, com tendência à formação de abscessos sub-cutâneos.

7) Escrofulo-dermatite, por supuração e fistulização ganglionar, tomando o tipo da tb. coliquativa.

8) Granuloma hipertrófico difuso do lábio, ligado a um processo infiltrativo e edematoso do mesmo.”

Rabelo (9) descreve um outro tipo eruptivo, de origem hematogênica, constituído de “lesões miliares” “papuloides dispostas em corimbo, ou lesões de maior vulto, papulo-tuberosas, conglomeradas em infiltrados lupoides, extraordinariamente semelhantes ao sarcoide de Boeck-Schaumann”.

Apenas dois de nossos pacientes mostraram lesões cutâneas: em um deles, elas eram formas primitivas; em outro, as eflorescências do tipo úlcero-crostoso representavam a sementeira na pele do fungo veiculado por via sanguínea. (fig. 1 e 2)

O comprometimento pulmonar na B. de Lutz, considerado raro durante certo período do tempo, (*) era então considerado um dos elementos distintivos da granulomatose coccidioidica.

Nesses últimos anos, as investigações radiológicas de grande número de A. A. demonstraram pelo contrário, que os pulmões são invadidos precocemente e que os sintomas clínicos, muitas vezes inexistentes ou discretos, contrastam com a gravidade dos achados radiológicos ou de autópsia.

Os elementos obtidos com o exame radiológico de nossos pacientes, pela ele-

vada percentagem e pela invasão precoce do parenquima pulmonar, confirmam mais uma vez a noção de que o acometimento pulmonar na Micose de Lutz constitui uma de suas mais frequentes manifestações viscerais.

Dos 16 pacientes examinados radiologicamente, 14 revelaram invasão pulmonar, ou seja 87,5%.

Na literatura nacional destacam-se os trabalhos de: Amadeu Fialho, (11), que encontrou 94% de lesões pulmonares em 17 casos estudados em vida e 84% em 25 autópsias; Padilha Gonçalves (12) 56% em 25 casos estudados; Tancredo A. Furtado (7) em 90% dos 20 doentes estudados.

No Rio G. do Sul, Madeira da Rosa (13) verificou 87,5% em seus doentes, e Pereira Filho (14) nos 11 doentes observados demonstrou que todos eram portadores de lesões pulmonares.

Padilha Gonçalves e Bardy (12) classificaram as alterações radiológicas do pulmão na M. de Lutz sob três modalidades:

Nodulares, fibróticas cavitárias.

Os achados radiológicos de nossos doentes mostram que a invasão costuma ser bilateral, com tendência a poupar os ápices, e se revela pela existência de imagens nodulares, de dimensões variáveis, irregularmente distribuídas, associadas à proliferação fibrosa do tipo de reação intersticial.

Em nenhum caso foram observadas imagens cavitárias ou reação pleural.

De um modo geral, o estado físico dos pacientes é bem conservado, apenas nas fases finais da doença, quando se dá o comprometimento visceral difuso é que o doente sente uma redução gradativa das forças, acompanhada de emagrecimento, adinamia, febre de tipo contínuo.

Alguns pacientes mostraram hepato e esplenomegalia discretas.

Embora não rareiem na literatura os casos de invasão do trato gastro-intestinal (*) predisposto que é à inoculação do parasito pela sua riqueza em tecido linfadenóide, não temos a assinalar nenhum caso com tal localização.

Em 14 dos 29 doentes de M. de Lutz, foram praticadas as reações sorológicas para a sífilis.

Em apenas um dêles, estas reações foram positivas.

O passado venéreo do paciente, e a ausência de qualquer tratamento anterior, fazem admitir que as mesmas estivessem ligadas à sífilis latente, ao envez de constituir falsas reações biológicas ocasionadas pela granulomatose paracoccidíodica.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A blastomicose sul-americana é uma afecção da idade adulta. Costuma incidir na época de maior atividade do homem, i. é. dos 20 aos 50 anos, representando como diz Floriano de Almeida (16) uma verdadeira moléstia profissional, como podem ser também consideradas: a esporotricose, a cromomicose, os micetomas, a leishmaniose.

Neste ponto, concordam tôdas as observações, inclusive as nossas, cuja distribuição por idade é a seguinte:

21 — 30 anos	— 2
31 — 40 "	— 7
41 — 50 "	— 12
51 — 50 "	— 5
61 em diante	— 3

Concorda também, nosso quadro de profissão dos pacientes com o de todos os A. A. nacionais:

O homem do campo, que se dedica à agricultura, é o que maior tributo paga à doença.

Dos 29 doentes, 23 são agricultores, i. é. 79%; 2 são carpinteiros; 1 é vidracelero; 1 é comerciário; 1 é pedreiro, e 1 é pintor.

Os autores (*) admitem que o parasito se encontra livre na natureza, em estado saprofítico, sob a forma de filamentos micelianos, tornando-se patogênico quando contagia o homem, adquirindo então a forma em levedo, com dupla membrana, berefringente, e reproduzindo-se por brotamento múltiplo.

Lacaz (15) semeou o "Paracoccidíodis brasiliensis" cultivado em agar-sabouraud, em alguns vegetais, obtendo o desenvolvimento do cogumelo em alguns deles (ipê, peroba, fôlhas de café, jacarandá).

Não é de estranhar portanto, que os indivíduos que estão mais em contato com o reino vegetal sejam os mais ex-

postos ao contágio.

Frequentemente os doentes admitem terem por hábito mascar fôlhas verdes de árvores, palitar os dentes com fragmentos vegetais, humedecer com a língua a palha do cigarro antes de "amaciá-la".

Cabe a Pereira F.^o (17) a indicação dêsse último veiculador vegetal do P. br, tendo êsse autor obtido o desenvolvimento do fungo na fase algodonosa em palhas molhadas com decocto de estigmas de milho, com decocto da própria palha e com diluição do suco de milho verde.

Em um de nossos pacientes, o traumatismo com espinho vegetal precedeu de pouco tempo o aparecimento do "cancro" paracoccidíodico na planta do pé.

Como tem sido assinalado por todos os autores, em nenhum caso houve evidência de contágio inter-humano.

Ocorreu o fato singular de dois irmãos, D. C. e O. C., originários de Concordia, S. Catarina, terem baixado à Enfermaria com um intervalo de um ano e meio, um portador de lesões na ponta da língua, bochecha D. e junto ao último molar D.; o outro, com lesões semelhantes, no lábio inferior e palato-mole.

Embora ambos tenham referido o hábito de tomar chimarrão em família e mesmo admitido a transmissão da doença de um para o outro, é de se considerar ter havido simplesmente coincidência de contágio, por exposição às mesmas causas (ambos colonos lavradores).

Em nossa casuística não consta nenhum caso do sexo feminino, embora o ambulatorio da Cadeira atenda pacientes de ambos os sexos.

Esta aparente predileção da doença pelo sexo masculino, que tem sido assinalada por todos os autores, é explicada pelo modo de vida da mulher em nosso meio, confinada que é aos afazeres domésticos, poupada assim às injúrias físicas de toda espécie a que está exposto o outro sexo.

Floriano de Almeida e Lacaz (16) observam que "as mulheres japonesas tomam parte ativa nos serviços da lavoura, razão pela qual os casos femininos quasi todos êles referem-se à raça nipônica".

Com relação à procedência, temos dois casos autóctenes de P. Alegre, certamente contagiados nesse meio citadino, já que negaram ter em qualquer época da-

qui se afastado, quatro doentes provieram de S. Catarina, (zona agrícola).

Os restantes, procederam de municípios situados na metade norte do Rio Grande, apenas um proveniente da zona sul.

Esses dados epidemiológicos coincidem com os de Newton N. Silva e Enio Campos (3), assim como os de Pereira F.^o, (3) analisados há alguns anos atrás, e sugerem a existência de áreas endêmicas, subordinadas às condições geo-econômicas, que de certo modo facilitaríamos a transmissão da doença, eis que na metade norte predomina a agricultura, enquanto na metade sul, dedicada em grande parte à criação de gado, é extremamente baixa a incidência dessa enfermidade.

Cumpramos observar nesse particular, que as condições geo-econômicas da Rep. do Uruguai, onde a doença tem sido raramente assinalada, são semelhantes por muitos motivos com as da metade sul do Rio Grande.

De particular importância, são os dados relativos à duração da doença por ocasião da baixa.

Os 26 doentes cujos dados pudemos analisar, são distribuídos do seguinte modo:

0	a	6 meses — 9 doentes
7 meses	a	12 meses — 8 doentes
1 ano	a	2 anos — 6 doentes
2 anos	a	4 anos — 3 doentes

—————
Total: 26 doentes

Por este quadro, pode-se concluir que a afecção obriga o doente a procurar recursos de tratamento em prazo relativamente curto, premido pelos embaraços causados pela doença, contrariamente ao que ocorre em casos de cromomicose, sífilis, leishmaniose, etc., as quais evoluindo geralmente sem provocar dores, permitem que o doente protele por muito tempo as providências que a doença requer.

A maioria dos doentes consignados em baixa com duração da doença por mais de um ano, são representados por pacientes em recidiva, já baixados anteriormente ou tratados alhures, por doses insuficientes de sulfa.

PORTA DE ENTRADA DA DOENÇA

Como já dissemos, a porta de entrada da doença costuma ser a mucosa bu-

cal, cujas lesões podem estar isoladas ou acompanhar-se de outras localizações ganglio-viscerais.

Bogliolo (18) encontrou o "Paracoccidioides br." em um granuloma apical dentário, e admitiu que certas formas aparentemente de início ganglionar, seriam já propagação aos ganglios de uma lesão dentária ou peri-dentária oculta, sem maior sintomatologia.

J. Aleixo e T. A. Furtado, (6) posteriormente confirmaram esta tese, publicando a observação de 5 doentes, cujas lesões iniciais se encontravam em focos dentários ou peri-dentários.

Nossa experiência vem também em apóio à importância que se deve conferir aos focos infecciosos dentários, representando ninhos de resistência do fungo, ou porta de entrada da infecção.

Frequentemente temos observado pacientes em fase adiantada de tratamento sulfamidico, com lesões bucais já epiteliizadas, nos quais a avulsão de um dente cariado, determina a recidiva "in-loco" de uma erosão, onde são encontrados exemplares de "Paracoccidioides br."

Como decorrência desse fato, e contando com a ação simplesmente fugaz das sulfas, costumamos prolongar a permanência dos doentes "curados" na Enfermaria, fazendo nesse interim extrair ou tratar os dentes em mau estado, vigilando com cuidado qualquer eventualidade de recidiva.

As amídalas representam uma das localizações preferenciais do "cancro" blastomicótico, o qual produz uma amídalite às vezes tão discreta que passa despercebida a um exame sumário.

Um de nossos pacientes, apresentava há meses, uma amídalite isolada, extremamente discreta, provocando leve disfagia, a qual finalmente só foi identificada após diversas pesquisas negativas para o P. br.

Outras vezes, o exame nada descobriu, a amídalite se revelando apenas pelo exame micológico ou histopatológico.

Rafael da Nova (19) descreveu este tipo de amídalite oculta paracoccidioidica.

Padilha Gonçalves (12) confirma esta modalidade de porta de entrada com a demonstração do "Paracoccidioides" nos cortes de uma amídalite aparentemente normal.

Azulay (5) cita a observação onde a porta de entrada do P.br. se deu através da mucosa nasal.

Belford de Matos (*) registra uma observação de blastomicose conjuntival.

Dada a frequência dos casos de infecção oculta bucal, determinando por propagação linfática ou hemática o aparecimento de formas ganglionares ou viscerais aparentemente primitivas, achamos que deverão ser revisadas com cuidado as observações de granulomatose consideradas primitivamente digestiva ou pulmonar.

L. Sodré e Cerruti (20) descrevem um caso de lesão inicial localizada no anus.

O paciente apresentava crises frequentes de diarreia, e os A.A. puderam confirmar o diagnóstico de retite paracoccidioidica pela histopatologia.

Posteriormente surgiram nesse paciente, lesões dos ganglios abdominais e cervicais.

Vale notar que este paciente tinha por hábito fazer a "toilete" anal com folhas de vegetais.

A. Monteiro e A. Fialho (21) publicaram a observação de um doente de 40 anos, motorneiro, que apresentava uma lesão ulcerada peri-anal, em cujo corte foram encontrados exemplares de "Paracoccidioides" em fase de brotamento múltiplo.

Os A.A. utilizaram a eletrocoagulação como recurso terapeutico, tendo se formado extensa cicatriz, sem recidiva e sem aparecimento de lesões à distância.

C. S. Laçaz e E. Oliveira (22) publicaram no "O Hospital", a observação de 2 doentes de M. de Lutz, portadores de lesões na região ano retal, sendo que em um deles tudo fazia crer que o processo iniciara na referida região.

LESÕES CUTÂNEAS PRIMITIVAS

A inoculação primitiva na pele do "Paracoccidioides br.", constitue exceção, contrariamente ao que ocorre na micose de Gilchrist.

Azulay (5) refere-se a um caso, portador de lesão isolada na região geniana, que foi rotulado com reserva como de inoculação primitiva.

Ramos e Silva (23) citando inicialmente o enunciado de Floriano de Almeida,

de que "são bastante raros os casos em que se observa uma forma cutanea pura sem comprometimento da mucosa bucal", relata 3 observações de doentes portadores de lesões primitivas da pele, de origem paracoccidioidica, sendo dois com localização facial e um terceiro no abdômen.

Rabelo e outros, (9) referem a observação (n. 3) de um doente de 28 anos, preto, lavrador, que um ano antes da consulta notou o aparecimento de um "caroço" no dedo indicador da mão E, sendo que 8 meses após, surgiu uma ulceração na mucosa bucal, com abundante sialorréia.

Embora os autores não deem maior destaque a essa observação, é de admitir-se que se tratava de uma das raras localizações primitivamente cutanea da micose de Lutz.

Lacaz (15) teve oportunidade de observar um caso de blastomicose com lesões iniciais na palpebra, seguidas de adenite satelite.

Diagnóstico diferencial

Flávio Niño (24) referindo-se as blastomicoses, diz textualmente "en efecto, grande a de ser el numero de estas afecciones que se rotulam como otras tantas: lues, tuberculosis, leishmanosis y neoplasias diversas, por colegas que no la tienen en cuenta ante un diagnostico diferencial.

Si se piensa en la gravedad del pronóstico que significa un diagnostico de blastomycosis por granuloma criptococico o por alguns de los granulomas que forman el grupo de las para-blastomycosis y el de las pseudo-blastomycosis, se comprenderá facilmente la importancia que tiene el mejor conocimiento de estas afecciones y la necesidad imperiosa de poder establecer en forma precoz la verdadera naturaleza de un tal padecimiento, ya que en ello va muchas veces, assegurado el exito de un tratamiento y la vida de un ser humano".

As lesões mucosas deverão ser distinguidas: das sífilides erosivas do período secundário, que frequentemente se assestam nessa região; da leishmaniose, especialmente quando a localização se faz no ísmo faríngeo ou nas asas do nariz ou septo nasal; das úlceras tuberculosas da bôca; do câncer bucal.

(*) Citado por Azulay (5).

gigantócitos ou no interior dos micro-abscessos.

Diag.: Granulomatose paracoccidiodica.

Ass. Gorki de Lima

R. Wasserman — negativa.

R. Kahn — negativa.

Exame de urina: traços leves de albumina.

Hemograma: 4.800.000 hemácias — 98% hemoglobina.

Leocócitos: 10.600.

	Segmentados	62%
Neutrófilos	Bastões	6%
	Linfócitos	21%
	Eosinófilos	5%
	Monócitos	6%

Hemosedimentação: índice de Katz: 72mm.

Radiografia pulmonar: 18/4/55.

Processo exudativo bilateral, ocupando os campos médios e estendendo-se para as bases. Apices poupados. Vislumbra-se através da exudação, um fino retículo. (Fig. 6)

EVOLUÇÃO

Em 15/4 o doente iniciou a sulfamidoterapia, tomando 6,0 no 1.º dia e 4,0 ininterruptamente nos dias subsequentes, divididos em quatro tomadas de Gantrisin 3,4 — dimetil 5 — sulfanilamidoisoxasol)*.

Simultaneamente, fizemos aplicar compressas de água de Dalibour nas lesões, a fim de remover a infecção secundária.

Praticamos exames de urina semanais e observamos diariamente o estado das ulcerações.

Já nos primeiros dias houve sedação das dores, assim como redução do edema da perna e do nariz e da abundante exudação das úlceras, que gradativamente mostravam um fundo mais limpo com a remoção continuada das crostas.

Dentro de um mês de tratamento, tôdas as úlceras estavam cicatrizadas, mostrando apenas acentuada verrucosidade, que em algumas se manifestava nos bordos, em outras na área interna. Após 38 dias de tratamento, tendo já tomado 300 comprimidos de Gantrisin, foram pra-

ticados pelo Dr. Domingos T. Clausel os seguintes exames, com os respectivos resultados:

Pesquisa de "Paracoccidiodes brasiliensis", na exudação provocada por raspagem das lesões: Negativo.

Exame cultural de um fragmento de lesão: Negativo.

Inoculação de um fragmento de lesão em testículo de cobaio: Negativo.

Exame histopatológico (realizado pelo Dr. Paulo F. Becker) Tecido epitelial do tipo malpighiano, com extensas áreas de hiperqueratose e hiperacantose. No corio, notamos a presença de vasos sanguíneos dilatados, cercados frequentemente por linfócitos, plasmócitos, histiócitos e gigantócitos do tipo corpo estranho, multinucleados.

Estes mostram às vezes corpusculos birefringentes, de núcleo acidófilo e com vacuolos (restos de paracoccidiodes). Aqui e ali neutrófilos dispersos sem arranjos particulares.

Diagnóstico: Granuloma paracoccidiodico (com cogumelos em fase de desintegração).

Em 7 de junho de 55, nova radiografia pulmonar revelou acentuada regressão da exudação.

Em 23/7, fez o terceiro exame radiográfico, o qual mostrou o mesmo aspecto anterior.

Em 20/8 completou 1.000 comprimidos de Gantrisin, tendo durante o decorrer do tratamento demonstrado muito boa tolerância à medicação. Suspendendo o uso da sulfa, o paciente continuou aplicando diariamente nas lesões hiperkeratóticas da perna, a vaselina salicilada a 30%, da qual vinha fazendo uso desde meados de junho.

Em 25/8, fez o 4.º exame radiológico com o seguinte resultado: Simultaneamente com o desaparecimento da exudação, torna-se mais nítida a reação fibrosa trabecular.

Em 27/9, uma 5.ª radiografia pulmonar, revelou o mesmo aspecto que a anterior.

Em 30/9/55 — Sedimentação globular: Índice 25.

Em 4/10 novo exame radiológico dos pulmões deu o seguinte resultado: Persiste o trabeculado, com alguns nodulos entremeados nas malhas, principalmente na base esquerda. (Fig. 7)

* Agradecemos ao Laboratório Roche, o fornecimento do referido medicamento utilizado nesta observação.

QUADRO SINÓPTICO DAS 29 OBSERVAÇÕES

N.º Ordem	Nome do Doente	Data de baixa	Idade	Raça	Nacionali- dade	Estado civil	Profissão	Procedên- cia	Duração da doença por ocasião da baixa	Adeno- patia	Comprome- timento pul- monar
1	F. S.	13-7-49	66 a.	bra.	alemão	casado	agricultor	Ignorada	4 anos	não	—
2	J. D. A.	17-11-49	59 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Ignorada	—	—	—
3	R. G. M.	16-6-50	31 a.	bra.	brasileiro	solteiro	agricultor	Ignorada	—	—	—
4	H. R.	7-3-51	36 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Ignorada	5 meses	não	—
5	M. R. S.	15-1-53	66 a.	parda	brasileiro	casado	agricultor	S. F. Paula	1 ano	não	não
6	A. P.	28-1-53	42 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Sobradinho	2 anos	não	—
7	O. C.	15-4-53	30 a.	bra.	brasileiro	solteiro	agricultor	Concórdia (S.C.)	3 meses	não	—
8	J. S. O.	3-5-53	46 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Tórres	6 meses	não	—
9	F. T.	8-5-53	48 a.	bra.	rumaico	casado	agricultor	Erechim	3 anos	não	sim
10	H. D.	30-5-53	55 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Caxias	1 ano	não	sim
11	G. B.	30-6-53	46 a.	bra.	brasileiro	casado	carpinteiro	Taquara	1 ano	sim	sim
12	J. J.	14-11-53	43 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Cachoeira	4 meses	não	sim
13	M. F.	7-12-53	21 a.	parda	brasileiro	solteiro	agricultor	Taquara	3 meses	não	sim
14	J. B.	23-12-53	44 a.	parda	brasileiro	casado	agricultor	Gramado	5 meses	não	sim
15	J. T.	25-1-54	56 a.	bra.	brasileiro	casado	carpinteiro	Lages (S.C.)	2 anos	não	—
16	M. L.	26-3-54	63 a.	parda	brasileiro	casado	agricultor	Jaguari	—	não	—
17	C. B.	10-5-54	41 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Cachoeira	10 meses	não	—
18	R. O. F.	2-7-54	37 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	M. Ramos	9 meses	não	sim
19	D. C.	26-9-54	31 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Concórdia (S.C.)	6 meses	não	—
20	L. B.	2-11-54	48 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	S. F. de Assis	10 meses	não	sim
21	I. O.	15-12-54	50 a.	parda	brasileiro	casado	pintor	P. Alegre	1 ano	não	sim
22	V. D.	29-12-54	49 a.	bra.	brasileiro	casado	vidraceiro	Estrela	2 anos	não	sim
23	T. M. B.	9-1-55	53 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	Taquara	2 anos	sim	sim
24	C. M.	14-3-55	48 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	A. Luz (S.C.)	2 anos	não	sim
25	P. G.	10-3-55	45 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	L. Vermelha	2 anos	não	—
26	J. B. R.	18-4-55	25 a.	bra.	brasileiro	solteiro	comércio	P. Alegre	6 meses	não	—
27	J. O. T.	2-7-55	37 a.	pardo	brasileiro	casado	pedreiro	Caxias	7 meses	sim	não
28	F. A. P.	20-8-55	49 a.	bra.	brasileiro	casado	agricultor	S. Borja	4 anos	não	sim
29	S. V.	1-9-55	39 a.	bra.	brasileiro	solteiro	agricultor	S. Sepé	6 meses	não	sim

As lesões continuam totalmente epitelizadas, tendo perdido em grande parte seu aspecto papilomatoso, conforme mostram as fotografias anexas. (Fig. 8 e 9)

Bibliografia

- 1) Campos, Enio: Sôbre 2 casos de Granuloma Paracoccidioidico no Rio Grande do Sul.
Arq. do D.E.S. vol. 3: 71 P. Alegre 1942.
- 2) Clausell, D. T.: Estudo micológico e experimental de 3 casos de Granuloma Paracoccidioidico.
Arq. do D.E.S. vol. 3: 81 P. Alegre 1942.
- 3) Neves da Silva N. e Campos, Enio: A blastomicose de Lutz no Rio Grande do Sul.
Arq. do D.E.S. vol. 6 pg. 81. P. Alegre 1945.
- 4) de Almeida F., Lacaz, C. S. e Cardoso Cunha, A: Dados estatísticos sôbre a Granulomatose Paracoccidioidica.
Rev. Bras. med. 3: 187, 1946.
- 5) Azulay, R. D.: Contribuição ao estudo da micose de Lutz. Tese.
Rio de Janeiro Graf. Olimpia, 1950.
- 6) Aleixo, J. e Furtado, T. A.: Micose Lutz de início dentário. (Relato de cinco casos). Bras. Med. 62: 265, 1948.
- 7) Furtado T.A.: Comprometimento pulmonar na blastomicose sul-americana.
Rev. Ass. Med. M. G. — 3 (1-2): 49-57, 1952.
- 8) de Aguiar Pupo J., e da Cunha Motta L.: Granulomatose Paracoccidioidica (Blastomicose brasileira).
Anaes Fac. Med. S. Paulo XX: 407, 1936.
- 9) Rabelo F. E., Portugal H., Antunes A. G., Rocha G. L.: A micose de Lutz — Seus caracteres biológicos e clínicos.
IIª Reunião anual dos derm. — sif. bras. Belo Horizonte 1943 pg. 81.
- 10) de Almeida F.: As blastomicoses no Brasil.
An. Fac. Med. S. Paulo: IX vol: 69, 1933.
- 11) Fialho A.: Localizações pulmonares da blastomicose brasileira.
Bol. Acad. Nac. — Med. Rio de Janeiro, 115: 35, 1944.
- 12) Padilha Gonçalves A. e Bardy, C.: Aspectos clínicos e radiológicos da blastomicose brasileira.
Hospital, 30: 1021, 1946.
- 13) Madeira da Rosa M. e Neves da Silva N.: Forma pulmonar primitiva de Blastomicose: Anais do Cincoentenário da Fac. Med. P. Alegre vol. IIº: 95, 1951.
- 14) Pereira Filho M.J.: Notulas sôbre o ciclo evolutivo do agente da blastomicose sul-americana.
Localizações pulmonares. Administração prolongada da sulfamerazina. Rev. Med. Rio Grande do Sul, 4: 205, 1948.
- 15) Lacaz C.S.: Manual de Micologia Médica 1953.
- 16) de Almeida F., Lacaz C.S. e Fava Neto Ac. C.: Dados estatísticos sôbre o Granuloma Paracoccidioidico no Brasil. Importância de seu estudo.
An. Fac. Med. Univ. S. Paulo XVIII — 137 — 1942.
- 17) Pereira Filho M.J.: Estudos do agente etiológico da blastomicose sul-americana.
An. Fac. Med. P. Alegre vol. II, 111 — 1951.
- 18) Bogliolo, L.: Granuloma apical dentário por "Paracoccidioides brasiliensis" (Splendore) Almeida 1929.
Bras. — med. 60: 341, 1946.
- 19) — da Nova R.: Formas oto-rino-laringológicas das blastomicoses, 1.º sul am. de oto-rino-laring. Buenos Aires 1950 p. 21.
- 20) Sodré, L.A. e Cerruti, H.: Retite blastomycótica.
Bol. Soc. med-cir., S. Paulo 14:167, 1930.
- 21) Monteiro A. e Fialho A.: Blastomicose perineo-ano-retal, Hospital, Rio de Janeiro 17: 931, 1940
- 22) Lacaz, C. S. e Oliveira E.: Blastomicose ano-retal. Hospital XXXIII — 845, 1948.
- 23) Ramos e Silva J.: Sôbre a forma puramente cutânea de início da blastomicose brasileira. Hospital 22: 737, 1942.
- 24) Niño, F.: Contribucion al estudio de las blastomicoses en la Republica Argentina. Bol. Inst. Clin. quir. 14: 117, 1938.

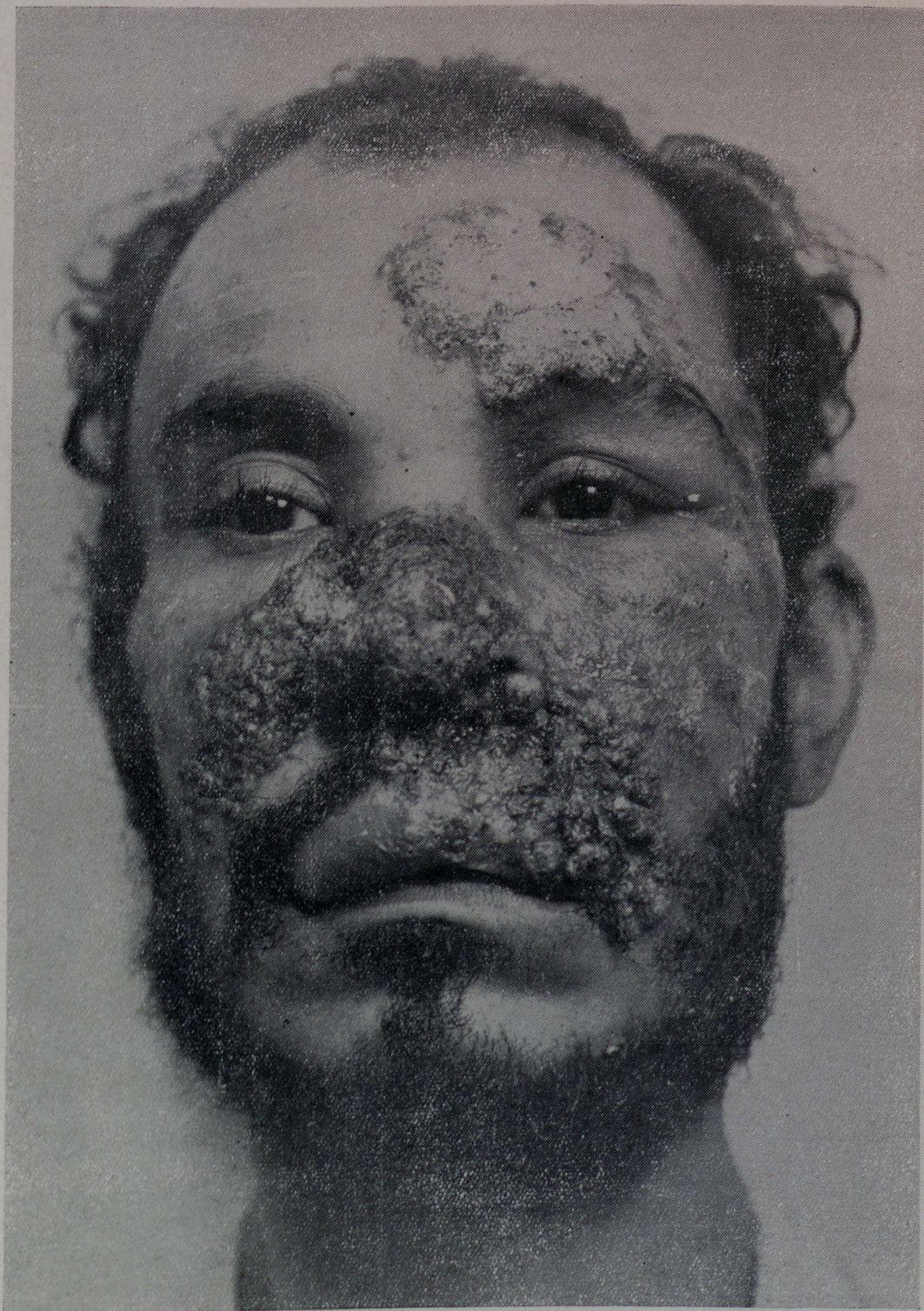


Fig. 1 — Doente com lesões ulcero-vegetantes, secundárias a lesões viscerais



Fig. 2 — Mesmo doente com lesões ulcero-vegetantes secundárias, por disseminação hematogênica.



Fig. 3 — Lesões cutaneas primitivas ulcero-vegetantes da planta do pé.



Fig. 4 — Lesões cutâneas primitivas ulcero-vegetantes da perna

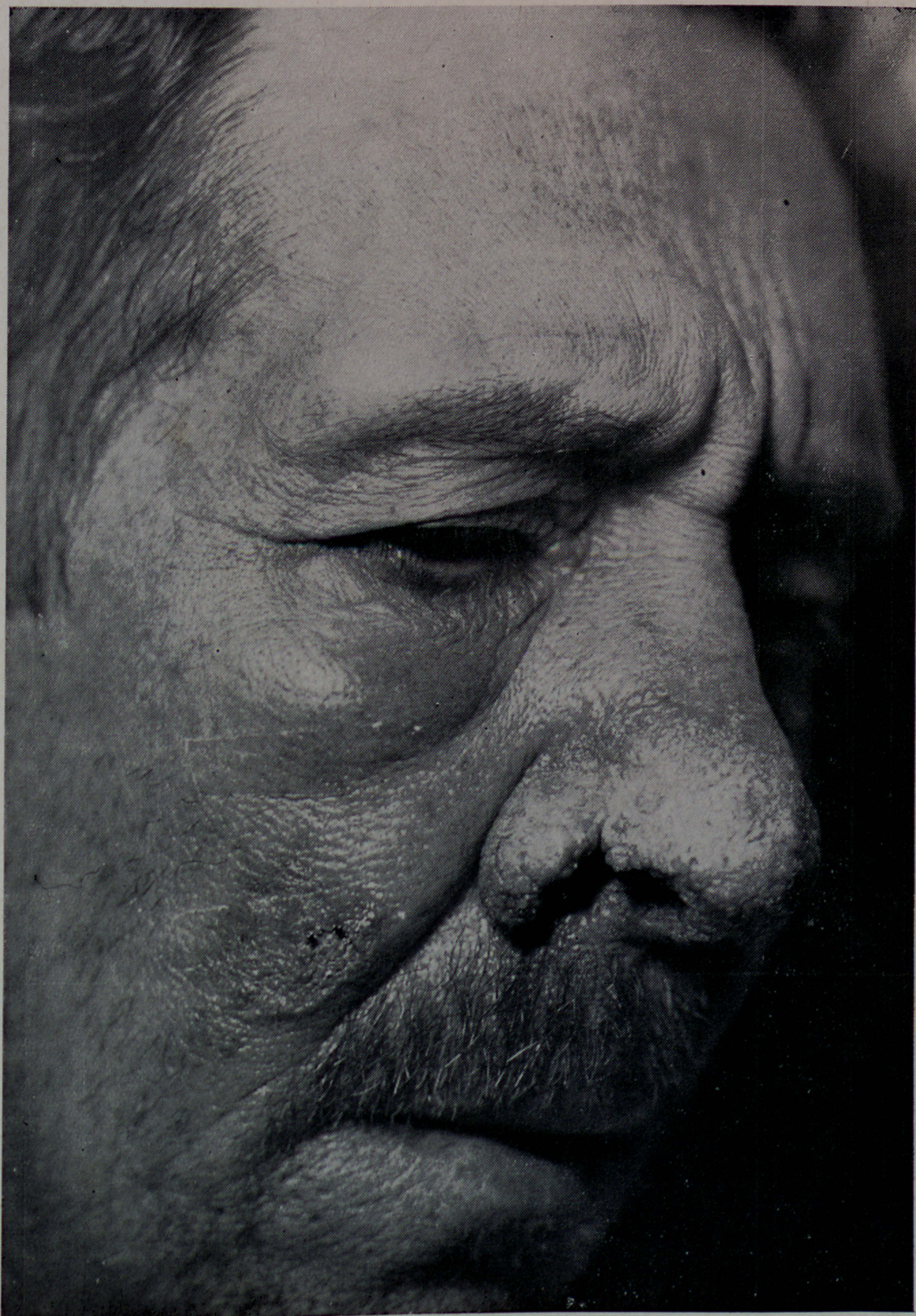


Fig. 5 — Lesões secundárias da aza do nariz.

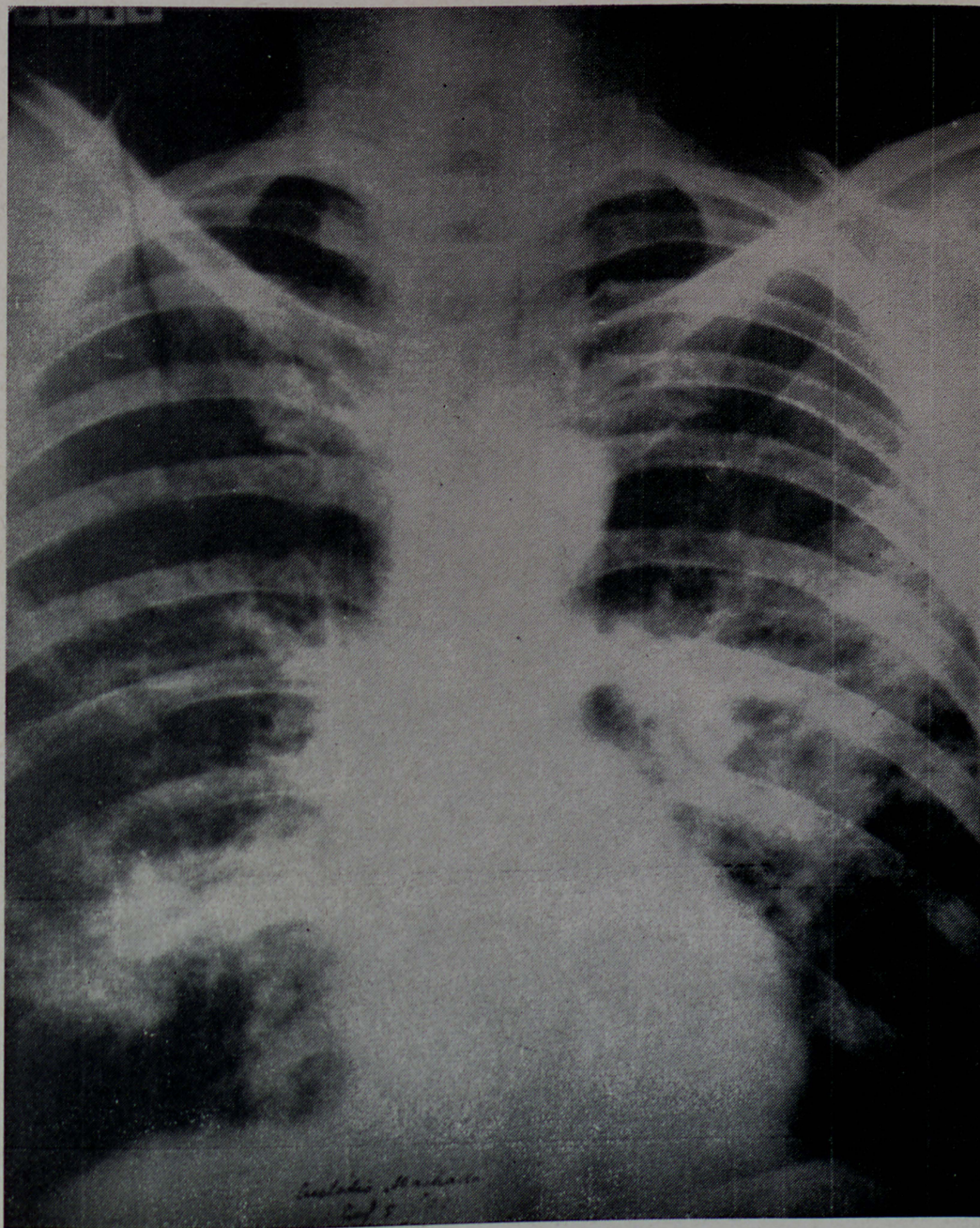


Fig. 6 — Aspecto radiológico dos pulmões antes do tratamento.
Processo exudativo bilateral.

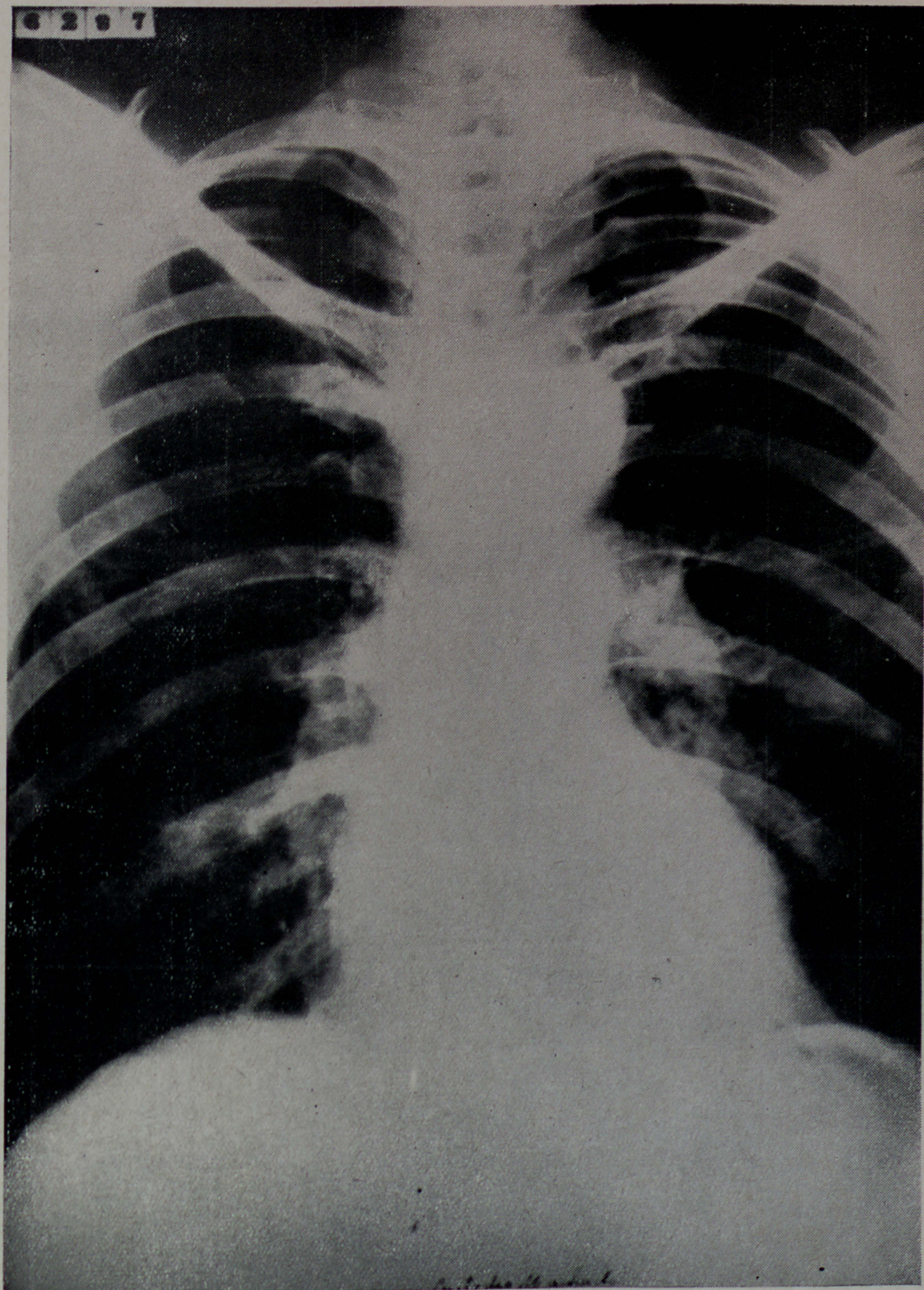


Fig. 7 — Imagem radiológica dos pulmões após o tratamento.



Fig. 8 — Ulcerações da planta do pé em fase de regressão.

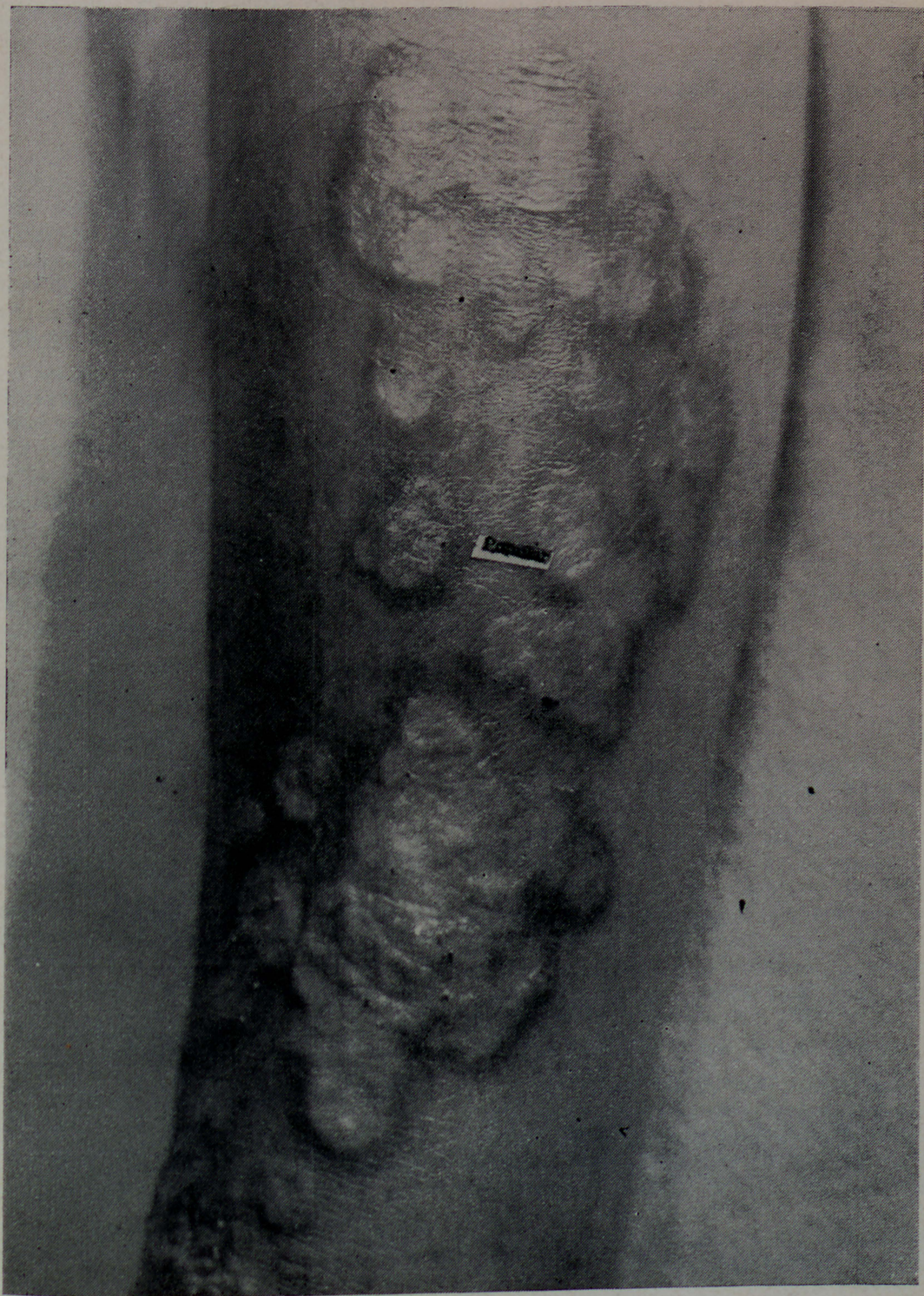


Fig. 9 — Ulcerações da perna já curadas.