

## FORMA PULMONAR PRIMITIVA DE BLASTOMICOSE

**Newton Neves da Silva,**  
docente-livre de Clínica Médica

**M. Madeira da Rosa,**  
bacteriologista do D. E. S.

Todos sabem que o termo "Blastomicose", derivado de blastomiceto, indica doença produzida por diferentes gêneros de cogumelos, os quais se reproduzem por brotamento. Aqui, apesar do título do trabalho, vamos fazer referência apenas à "Micose de Lutz", "Blastomicose Brasileira", "Doença de Lutz-Esplendore-Almeida", que são, entre outras, tantas denominações com que se conhece a entidade mórbida que nos ocupa. E dela, abordaremos, somente, a forma pulmonar primitiva.

Em 1908, Adolfo Lutz publicou as suas primeiras observações sobre esta micose, datando de então o início do seu estudo. Posteriormente, surgiram e continuam a surgir muitos trabalhos a respeito da parasitose, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro, aos quais não nos referiremos, particularmente, por não caberem no âmbito deste pequeno trabalho. Queremos, porém, citar, de passagem, as publicações realizados em Pôrto Alegre sobre a matéria. São em pequeno número. Ênio C. Campos, D. T. Clausell e H. Medina são os primeiros que publicam, em 1942, um trabalho sobre o assunto, no 3.º vol. dos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde. Depois, aparecem trabalhos de Newton Neves da Silva, de Ênio Campos e nossos, tratando de diversos aspectos da questão.

Na sua tese "Localizações Pulmonares da "Micose de Lutz", o professor Amadeu Fialho apresenta a seguinte classificação das formas clínicas da doença.

- Formas cutâneas.
- Formas mucosas.
- Formas cutâneo-mucosas.
- Formas linfáticas.
- Formas viscerais primitivas.
- Formas associadas ou mistas, com participação frequente dos órgãos linfáticos.

Dentre as formas viscerais primitivas,

destacamos a pulmonar, da qual vamos apresentar duas observações clínicas.

No dizer de Floriano de Almeida e Carlos Lacaz, é esta uma forma rara, da qual se conhecem poucos casos publicados, no país. Em trabalho publicado por um de nós no vol. 6.º, ano de 1945, dos Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, sob o título "Aspectos Clínico e Radiológico da Forma Pulmonar da Blastomicose de Lutz", ao nos referirmos à frequência da localização pulmonar do parasito, sem levar em conta se primitiva ou secundária, dizemos: "Contrariamente ao que se lê em vários dos trabalhos brasileiros — especialmente os de São Paulo — que compulsamos sobre a matéria, em quase todos os casos que nos vieram às mãos, há manifestação pulmonar da micose, fato este que concorda, plenamente, com a opinião de Flavio L. Niño, da Argentina, para quem tais manifestações seriam frequentes. No ano transato e neste foram realizadas na Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, duas palestras, sendo a primeira pelo prof. Amadeu Fialho, do Rio de Janeiro, e a segunda pelo prof. Versiani, de Belo Horizonte, sobre o tema em apreço. Ambos salientaram a frequência das lesões pulmonares no curso da "Blastomicose de Lutz", afirmando este que, de 18 casos examinados, 14 exibiam alterações pulmonares, o que dá uma percentagem de 77,7 %. Conseguimos reunir, ao todo, oito casos, sendo sete pessoais e um colhido da literatura médica estadual, dentre os quais sete mostram, claramente, comprometimento pulmonar causado pelo parasito. Logo, uma proporção de 87,5 %.

Para Olimpio da Fonseca, as manifestações pulmonares "seriam muito frequentes fases finais da doença", porém, Floriano de Almeida em seu livro "Micologia Médica" (1939) assevera constituírem quase

que uma exceção as lesões pulmonares, declarando: "Em São Paulo, em relatório de 23 necrópsias que pudemos compulsar, apenas em três, ou seja, em cerca de 15 %, havia lesões pulmonares". E Cunha Mota, em 58 necrópsias, diz ter encontrado localização pulmonar em 12,06 % dos casos (1942). Amadeu Fialho, no seu trabalho já citado, dá uma percentagem de 84% de alterações pulmonares.

Deduz-se do relatado ser mais numerosa a corrente dos que julgam ser muito frequente a localização pulmonar da micose, parecendo-nos esta a sua manifestação visceral mais comum.

Levando em conta a semelhança clínica que podem apresentar as formas pulmonares do mal, especialmente a primitiva, com as da tuberculose pulmonar, compreender-se-á a importância de bem conhecê-las, maximé, se consideramos que é uma doença que se vem alastrando rapidamente no território nacional, a ponto de já poder constituir um problema médico-social.

O seu diagnóstico, se, por vezes, se apresenta relativamente fácil, dada a frequente concomitância de lesões cutâneo-mucosas, que logo despertam por seu aspecto e localização, a suspeita do clínico avizado, tornar-se-á difícil na sua manifestação pulmonar primitiva, quando nada a denuncia, crescendo que o mal pode vir associado à tuberculose, o que poderá impedir um diagnóstico completo do caso. O não diagnosticar a existência da "Blastomicose de Lutz, significa deixar de praticar a terapêutica capaz de curá-la, pondo em grave risco a vida do paciente.

A seguir, relataremos as observações dos dois casos de forma pulmonar primitiva, que possuímos.

I) C. C., branco, brasileiro, agricultor, casado, residente em Candelária neste Estado, consulta em Santa Cruz, porque se sente fraco, tem tosse úmida e está emagrecido. O exame revela lesão pulmonar constante da chapa (fig. 1), sem outra manifestação clínica. Submetem-no, naquela cidade, ao pneumotorax terapêutico; porém, como, depois de um certo tempo deste tratamento, não melhorasse e lhe aparecessem fenômenos laringeos, vem a Porto Alegre consultar um especialista de garganta, que o envia a um fisiólogo. Feitos os necessários exames, estabelece-se o verdadeiro diagnóstico.

O interessante nesta observação, e que queremos assinalar, sobretudo é o fato das primeiras queixas do paciente serem para o lado do aparelho respiratório, sendo nos pulmões onde se verifica a presença de alterações mórbidas, que depois se propagam ao laringe.

O "*Paracoccidioides brasiliensis*" foi encontrado no escarro e no esfregaço das lesões bucais.

Como tratamento, usou sulfa na dose diária de 3,0, desaparecendo tôda a sintomatologia clínico-radiológica (figs. 2, 3 e 4), assim persistindo até 13-10-48, quando o revimos pela última vez.

II) A. A. branco, casado, brasileiro, comerciário, natural de Taquara, onde reside, começa os seus padecimentos com emagrecimento, tosse úmida, escarros hemoptóicos, febrícula e adinâmia. Faz na sua cidade várias consultas, sendo descobertas as lesões pulmonares (fig. 1), sem outra localização do parasito. Depois de usar diversas medicações sem, qualquer resultado, transporta-se para Porto Alegre, onde, entre outros médicos, consulta a um laringologista que pede ao Dr. Newton Neves da Silva uma série de exames para esclarecimento do caso. Por essa época, decorridos quatro meses do início clínico da doença, surgiram-lhe disfagia, afonia e ulcerações disseminadas pelos quatro membros.

O "*Paracoccidioides brasiliensis*" foi revelado em material colhido do terço superior da coxa esquerda, das lesões do laringe e epiglôte e no escarro. A reiterada pesquisa do bacilo do Koch foi sempre negativa. A intradermo-reação com antígeno de puz de cobaia foi positiva nítida (leitura no terceiro dia).

Fez tratamento com "Sulfadiazina", obedecendo ao seguinte esquema: 1.ª semana — 12 comprimidos diários; 2.ª semana — 10; 3.ª semana — 8; 4.ª semana — 6; e, daí por diante, 6 comprimidos diários. Cerca de um mês depois de iniciado esse tratamento, achava-se bem das lesões buco-larigéias e cutâneas, tendo engordado.

Os exames laboratoriais repetidos em 20-3-48 foram todos negativos para o parasito. O paciente sentia-se perfeitamente bem e assim continuava até cinco meses atrás, quando foi visto pela última vez. Apesar disto, o quadro radiológico não regressara totalmente (figs. 2, 3, 4 e 5).

— Ver estudo estratigráfico.

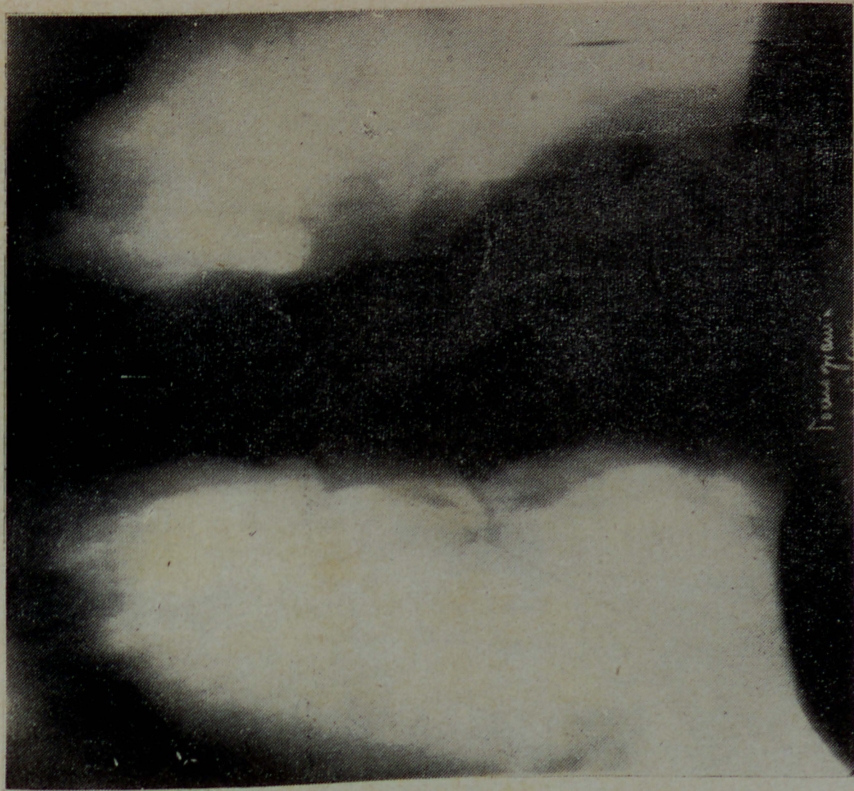


Fig. 1

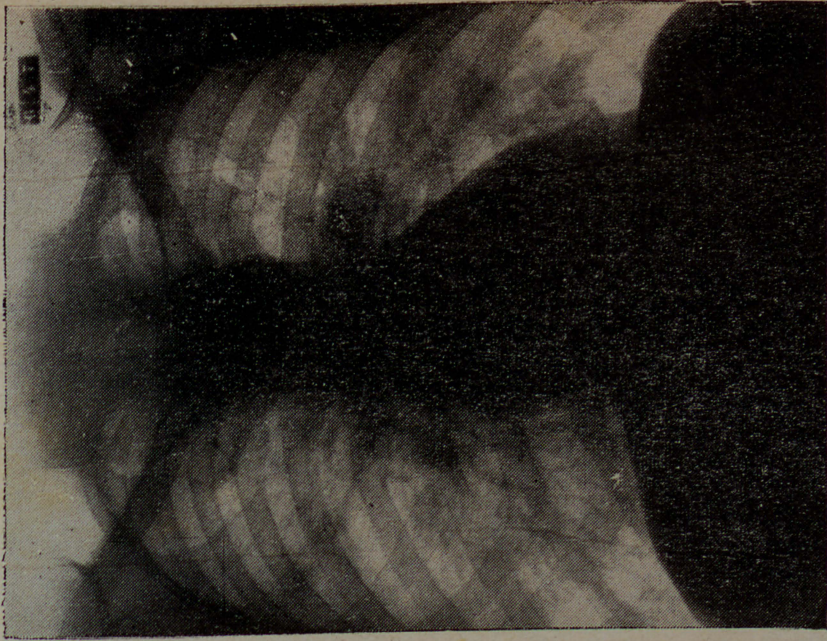


Fig. 2

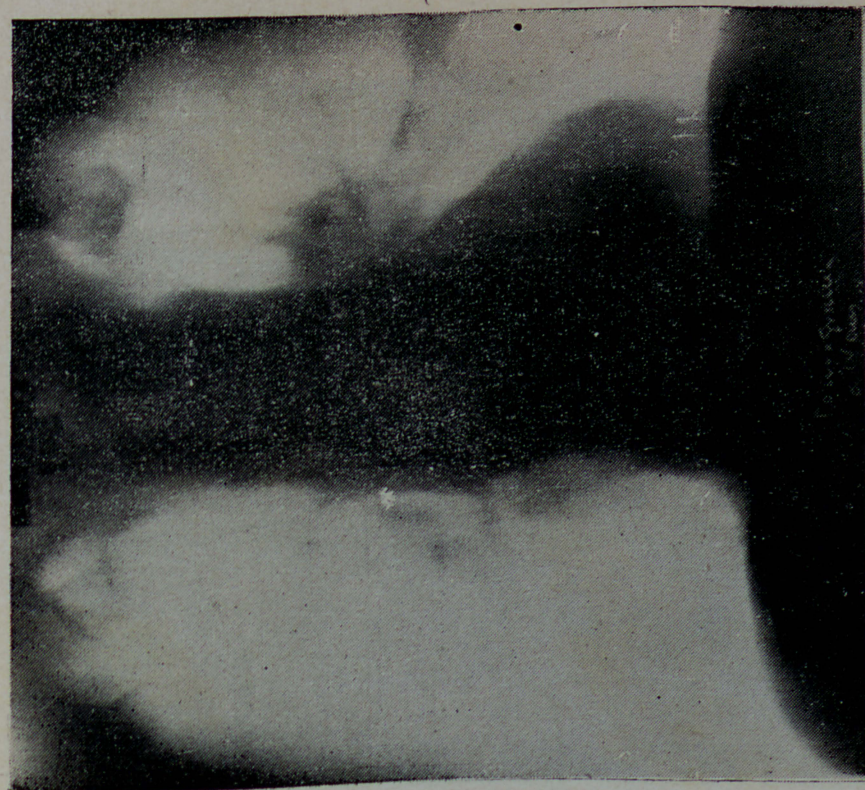


Fig. 3

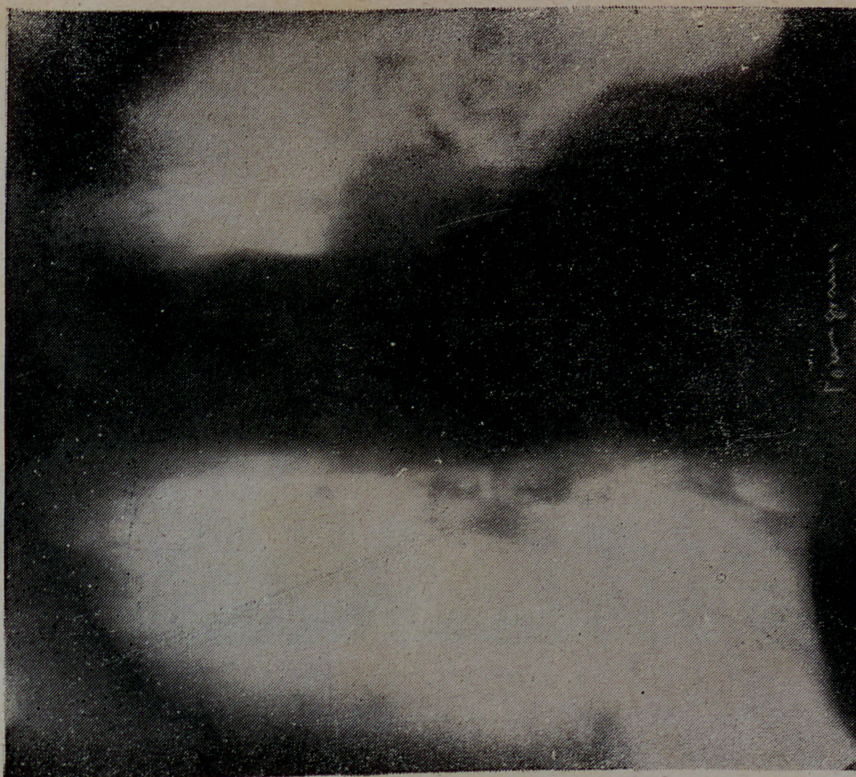


Fig. 4

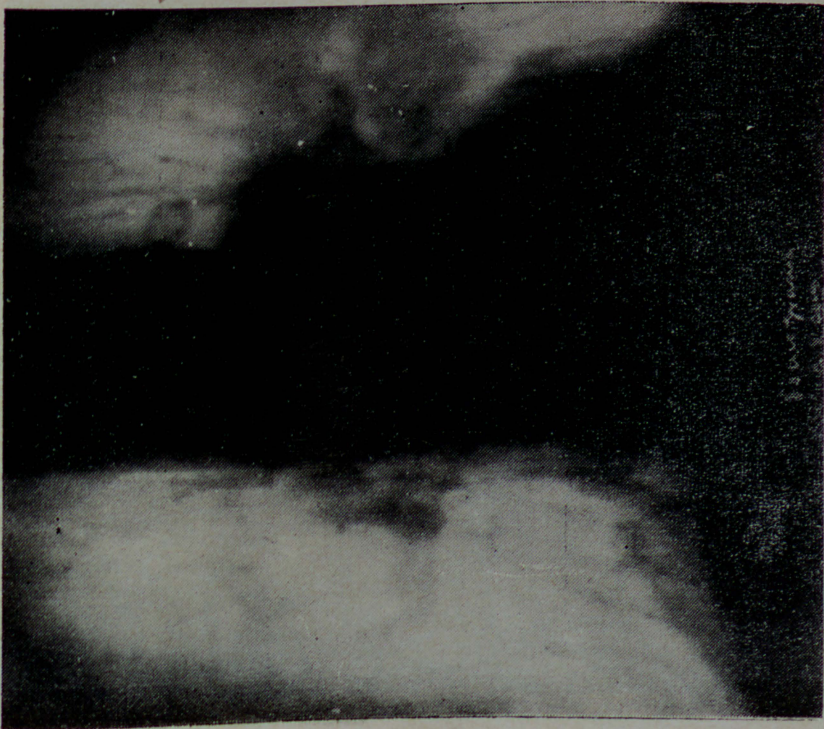


Fig. 5

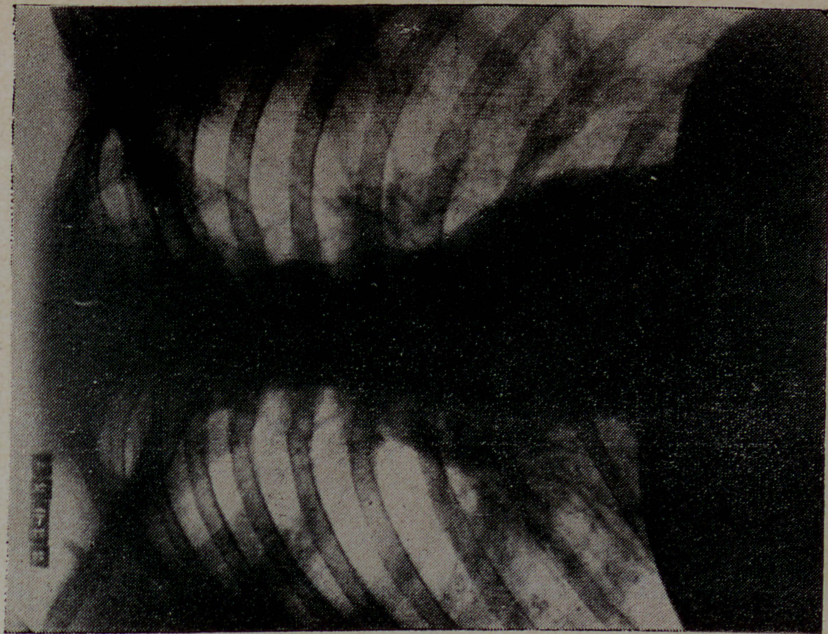


Fig. 6

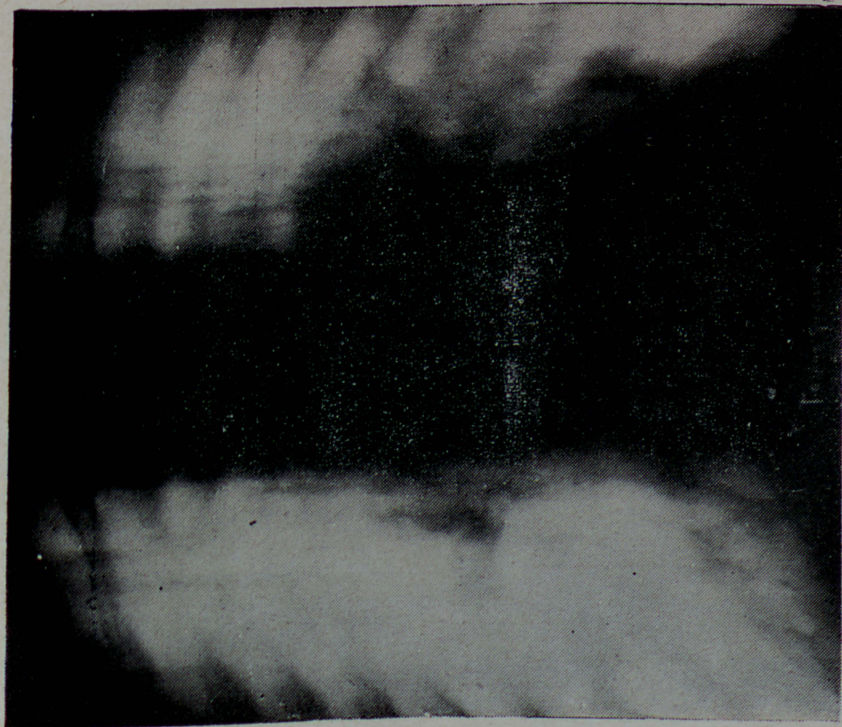


Fig. 7

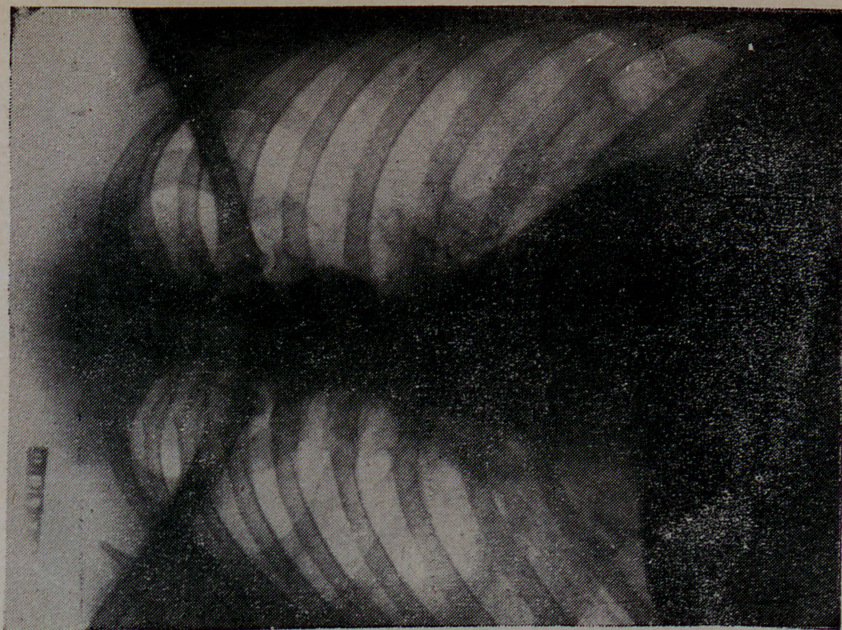


Fig. 8

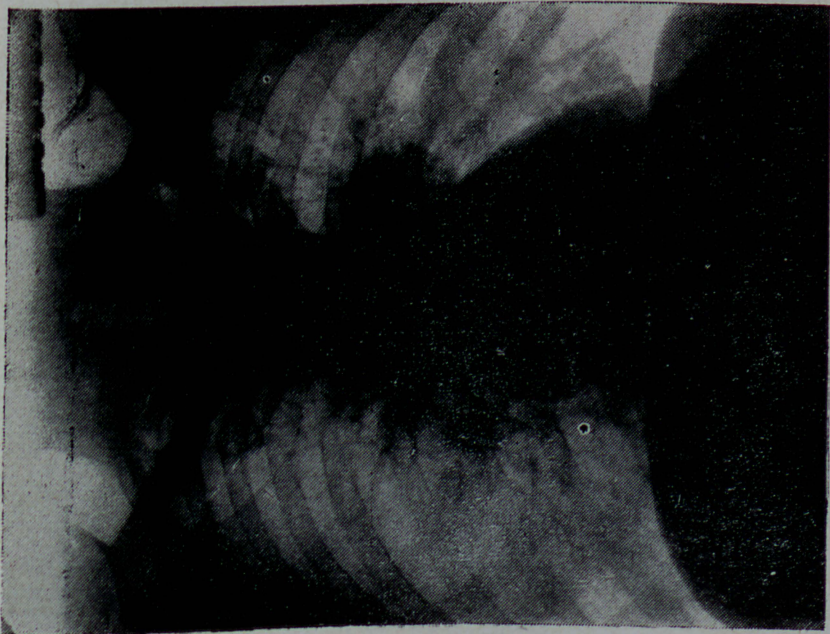


Fig. 9

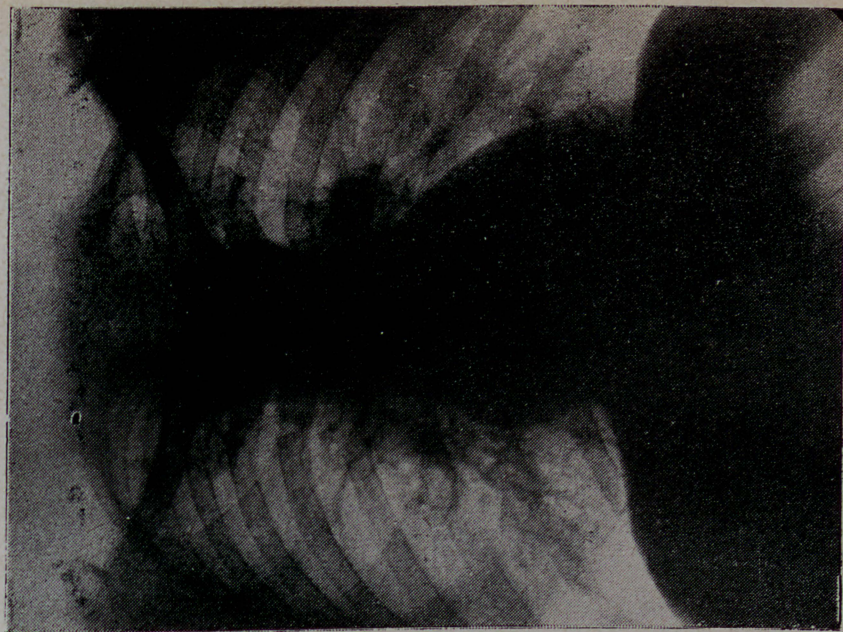


Fig. 10

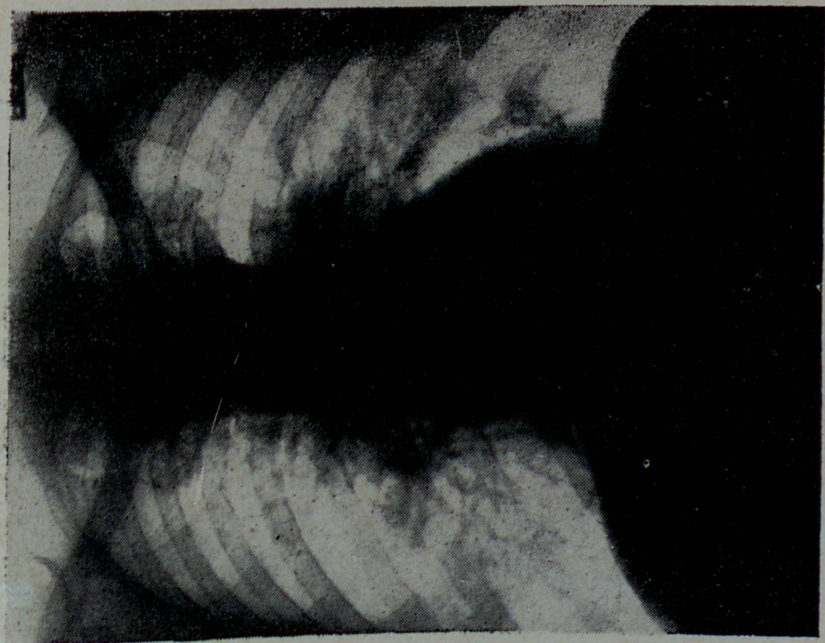


Fig. 11

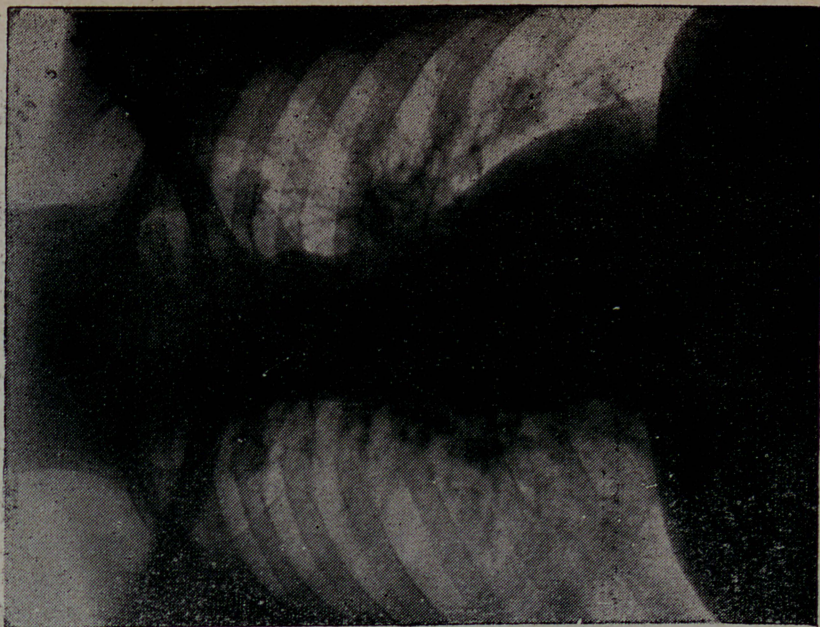


Fig. 12

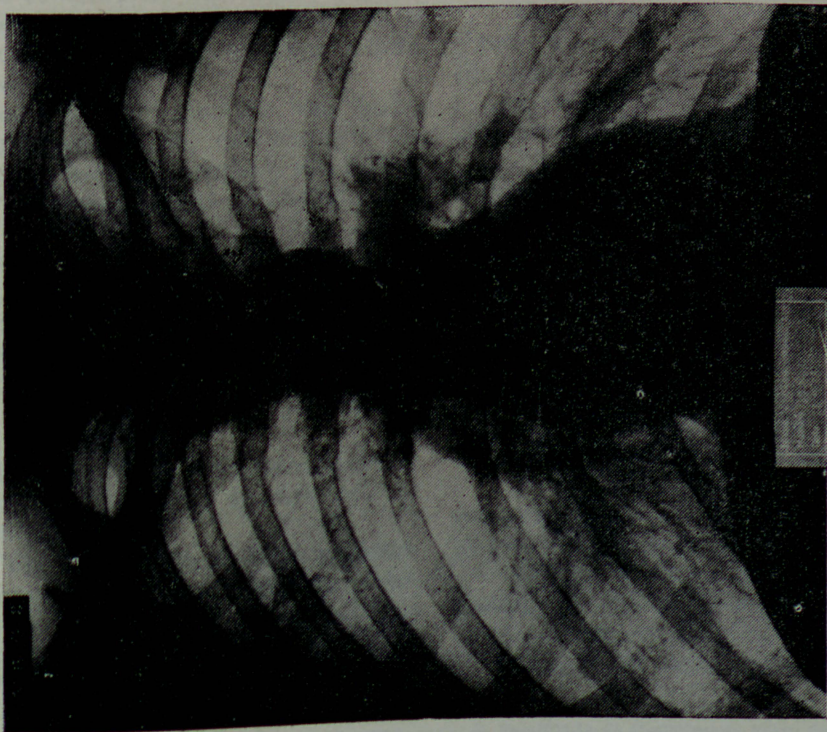


Fig. 13

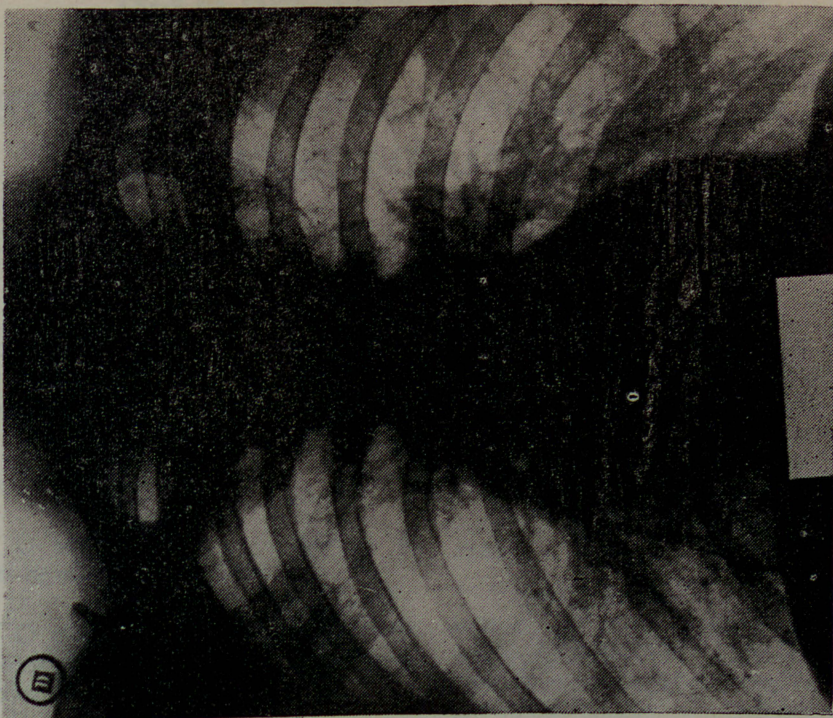


Fig. 14