

Ensaio de micologia (*)

pelos drs.

Octavio de Magalhães e Heuser Brant Aleixo

Nossa contribuição, desta vez, visa principalmente os chamados "Microsifonados". Estudaremos também um "Aleurosporado", um "Esporotrichado", um caso de "Paramicetoma" e outro de "Pseudomicetoma".

Êsses dois últimos casos englobaremos, talvez com mais propriedade, sob a denominação de "Pseudomicetomas". Fizemos uma revisão geral dos nossos arquivos de lâminas e observações e conseguimos alguns dados interessantes, dignos de registro. Arquivámos novos casos de cogumelos patogênicos para homens e animais e procurámos fazer um estudo, tanto possível claro, dos fungos e das lesões por êstes produzidas. Para cada caso, daremos a origem do material, a enfermaria com o nome dos colegas responsáveis, aos quais nos confessamos desde já agradecidos.

"ACTINOMICETOS"

De acôrdo com Bergey (Manual of Determinative Bacteriology, 5.^a ed., Baltimore, 1939), êsse grupo de cogumelos assim se classifica :

CLASSE Schizomycetes Naegeli, 1857.

Ordem II — Actinomycetales Buchanan, 1917.

I — Bastonetes ou filamentos, só com muito poucas ramificações. Não formando conídios.

Família I — Mycobacteriaceas Chester, 1901.

II — Formas filamentosas, muitas vezes ramificadas, às vezes formando um verdadeiro micélio. Pódem existir conídios.

Família II — Actinomycetaceae Buchanan, 1918.

(*) Comunicação ao I Congresso Inter-Americano de Medicina reunido no Rio de Janeiro, de 7 a 15 de setembro de 1946. Trabalho do Instituto Oswaldo Cruz. Divisão de Estudos de Endemias. Laboratório de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais.

* Recebido para publicação em Dezembro de 1946.

FAMÍLIA Actinomycetaceae.

I — Bastonetes ou filamentos, geralmente não ramificados:

- a) Não ramificados, muitas vezes com clavas, parasitos da bôca do homem — Gênero *Leptotrichia* Trevisan, 1879;
- b) Filamentos freqüentemente espessados, ocasionalmente ramificados. Parasitos da pele de suínos e, possivelmente, do homem — Gênero *Erysipelothrix* Rosenbach, 1909;
- c) Desenvolvimento, a princípio sob a fôrma de curto micélio; mais tarde, de bastonetes curtos e formas cocóides. Em geral encontrados no sólo — Gênero *Proactinomyces* Jensen, 1931.

II — Filamentos ramificados, geralmente formando micélio
..... — Gênero *Actinomyces* Harz, 1877.

Há várias classificações para o gênero *Actinomyces*: a de Puntoni, Jensen, Waksman e Umbreit, de Dodge, Ciferi e Redaelli, etc.

Não acreditamos que qualquer delas satisfaça inteiramente às exigências da moderna micologia. E' sabido que a sistemática botânica dos fungos patogênicos é questão profundamente controvertida, porque êsses parasitos são profundamente polimorfos e, raro, difíceis de apresentar os órgãos característicos, para uma bôa sistemática. E' sabido que a classificação botânica varia, não raro, com a própria escola do especialista. Basta olhar, por exemplo, para o cogumelo que descrevemos em 1912, há 34 anos, e estudámos exhaustivamente — clínica, micológica e biologicamente, isto é, o "*Neogeotrichum pulmoneum*", que ainda não recebeu o "benet placet" dos especialistas, tendo caído em sinonímia e sido considerado bôa espécie, não sabemos quantas vêzes! Ainda não há muito, J. E. Mackinson trabalhando certamente com contaminação de cultura — identificou-o a uma *Monilia* qualquer avirulenta.

Se a parte botânica dos nossos trabalhos fôsse cuidadosamente lida e interpretada, pensamos, isto não aconteceria. A "*Candida albicans*" é outro exemplo, pois tem cerca de 96 sinônimos diferente!

E' claro que não podia acontecer coisa melhor nos actinomicetos. As classificações atuais dêstes fungos orientam, todavia, muito as pesquisas e servem até certo ponto para o diagnóstico das espécies parasitas.

Para a sistemática dos actinomicetos entram, desde os chamados "grãos", colhidos no pus, até o aspecto das culturas gigantes com a côr, superfície, aerobiose ou anaerobiose, ação fermentativa sôbre os assúcares, crescimento em meios especiais, aspecto microscópico das culturas, poder patogênico para os

animais e lesões anátomopatológicas no homem e nos animais. Além disso, como em todo estudo de cogumelo patogênico, procura-se, nas reações de imunidade, um subsídio para o diagnóstico.

O gênero "Actinomyces" foi criado por HARZ em 1876. A disposição das hifas desprovidas de septos, com espessura variável de 0,3 micron a 1 ou 2 microns, fez VUILLEMIN denominá-lo microssifonados, isto é, cogumelos com o microsifon ou talo filamentoso contínuo e muito pequeno.

A reprodução faz-se, geralmente, por esporios, mas estes podem faltar, como faltam, em muitas espécies. Às vezes, os filamentos se reúnem e tem-se a impressão de corêmios semelhantes aos dos eumicetos. A biologia a coloração, etc., dos actinomicetos têm sido já bastante estudadas. Classificá-los, contudo, não tem sido fácil.

Em 1914, com o prof. Antônio Aleixo, vimos, ao que parece, o primeiro caso de "Micotoma podal", em Minas Gerais (Heitor P. Fróes, obr. cit., quando da página 34). Clinicamente, era uma observação clássica de "Pé de Madura" e a pesquisa do pus dos trajetos fistulosos, revelou a presença de grãos branco-acinzentados. Naquê tempo, não foi possível identificar o fungo, porque o paciente fugiu da enfermaria de Sífilis e Moléstias da Pele, da Santa Casa, quando um de nós se dispunha a fazer os exames anátomopatológicos e micológicos da lesão.

Revedo o nosso arquivo do Instituto Biológico Ezequiel Dias e do Instituto de Radium de Belo Horizonte, encontrámos registrados mais alguns casos, que vamos relatar em série e de acôrdo com o ano.

Em 1932, vimos um caso de micetoma da mão, em doente lavrador, na enfermaria do prof. Júlio Soares, na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. O pus tinha grânulos amarelo-claros. O parasito foi insulado pelo Dr. AROEIRA NEVES e identificado mais tarde pelo Dr. CARLOS DA SILVA LACAZ, como sendo o "Actinomyces brasiliensis".

Em 3/11/1932, recebeu o museu de peças anátomo-patológicas do Instituto Ezequiel Dias de Belo Horizonte uma peça resultante da amputação de um micetoma podal, proveniente da enfermaria do prof. Antônio Aleixo, tendo sido insulado dêle, pelo Dr. AROEIRA NEVES, o "Monosporium apiospermum", fazendo nós o estudo anátomo-patológico da lesão.

Em 1933, vimos mais outro caso de micetoma podal direito, também num doente da enfermaria do Dr. JULIO SOARES, com pus das fístulas, contendo grânulos amarelo-claros, tendo sido insulado num cogumelo, pelo Dr. AROEIRA NEVES e identificado pelo Dr. CARLOS DA SILVA LACAZ, como sendo o "Actinomyces madurae".

Em 1934, tivemos mais um caso de micetoma da mão. O doente entrou em 17/6/1934, para o Instituto de Radium, enfermaria do prof. ADELMO LODI. O doente apresentava nódulos e trajetos fistulosos, com pus, contendo grânulos branco-amarelados. A lâmina 2.026, mostra nitidamente a lesão. Tratava-se do "*Actinomyces brasiliensis*".

Em 14/3/1939 registrámos, numa vaca da Fazenda de Gameleira, em Belo Horizonte, um caso de actinomicose do maxilar interior, lesão ósteo mandibular, pelo "*Actinomyces bovis*".

Em 1940 vimos um caso de actinomicose pulmonar. Tratava-se de um doente internado num dos sanatórios de Belo Horizonte e cujo escarro foi enviado para pesquisa do bacilo de Koch. Os exames sucessivos foram negativos para o bacilo da tuberculose, mas encontramos grãos amarelados de um "*Actinomyces*", que infelizmente não chegámos a insular, tendo o paciente abandonado o sanatório, pelo agravamento do seu síndrome pulmonar. Este caso é interessante, apesar de não ter o registro da espécie, porque a sistomatologia era de uma localização primitiva pulmonar e depois, pleuropulmonar, pelo microsifonado.

Em 1941, observámos um caso de micetoma do joelho, da perna direita, com osteíte necrosante fistulada, pelo "*Actinomyces brasiliensis*". O doente A. J. de O. entrou no Instituto de Radium, para a enfermaria do professor BORGES DA COSTA. A lâmina 3.760 dá uma nítida idéia da lesão.

Ainda em 1941, registrámos mais três casos de actinomicose da língua e gânglio linfático dos bovídeos, pelo "*Actinomyces bovis*".

Em 1943, registrámos um caso de micetoma podal pelo "*Monosporium apiospermum*", na segunda clínica cirúrgica da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Esse doente viêra da enfermaria do prof. ANTÔNIO ALEIXO, que estava, então a cargo do prof. OSVALDO COSTA, de quem recebemos também material para o estudo, não tendo sido infelizmente conservada a peça anatômica, após a amputação.

Em 1943 ainda observámos um caso de micetoma torácico clássico, da enfermaria do prof. Aleixo, no doente J. R. da S., provocado pelo "*Proactinomyces asteroides*", variedade decolor.

Em 1944, obtivemos culturas de actinomicose torácica, do doente S. A., enviado pelo dr. Josephino Aleixo e dos doentes A. J. e J. P. C., de lesão da coxa e torácico, enviados pelo dr. Cid Ferreira Lopes. As culturas obtidas, eram do "*Actinomyces brasiliensis*".

Finalmente, um último caso. V. C. S., em 1945, cérvico-torácico, recebido em nosso laboratório, vindo de "Presidente Vargas", Minas Gerais, do qual obtivemos culturas de "Actinomyces brasiliensis".

Ao todo, registrámos 17 casos de micetomas de animais ou de homens, com as respectivas proveniências, em Minas Gerais.

Algumas fotografias dos casos que estudámos, já foram por nós cedidas, com muito prazer e publicadas pelo ilustre colega dr. Carlos da Silva Lacaz, no trabalho laureado pela Associação Paulista de Medicina. Os micetomas que apurámos em Minas Gerais, podem assim ser discriminados :

MICETOMAS Fórmulas clínico-cirúrgicas	HOMENS	Podal — 4 casos. (Pé de Madura)
		Mão — 2 casos
	ANIMAIS (B. taurus — boi)	Cérvico-torácico — 2 casos
		Torácico — 1 caso.
		Joelho e cõxa — 2 casos.
		Pulmonar — 1 caso
		Lesão ésteo mandibular — 1 caso.
		Lesão lingal — 3 casos
		Lesão ganglionar — 1 caso.
MICETOMAS Espécies insuladas	GÊNERO ACTINOMYCES Harz 1877	A. bovis — 4 casos. A. brasiliensis — 7 casos. P. asteroides var. decolor — 1 caso. A. madurae — 1 caso.
	GÊNERO MONOSPORIUM Bonordem 1851	M. Apiospermum — 2 casos.
	Um gênero e espécie não identificados	Caso Aleixo, O. de Magalhães, 1914.
	Um gênero e espécie não identificados, de lesão pulmonar.	Caso O. Magalhães, 1939.

GRANULOMA ACTINOMICÓTICO

Os microsifonados produzem no organismo que parasitam, uma inflamação específica: o granuloma actinomicótico.

E' sabido que o exame micológico do pús já está bem estudado. Há formação de grãos, de cor e aspecto diversos, que servem até de base para a classificação do fungo. Esses grãos são vistos nos córtices de tecido. A prin-

cípio, em torno do parasito, estrelado e com ou sem clavas características, se grupam os polimorfo-nucleares, sádios ou já degenerados, formando uma verdadeira corôa, aos quais se juntam depois os linfócitos. Há formação de um nódulo circunscrito. Mais tarde este nódulo cresce, havendo ou não formação de células gigantes, epitelioides e plasmocitos em torno da parte central, onde se encontra o fungo. Em muitos casos esses nódulos se enchem de gotículas de gordura. Há numerosos vasos capilares neoformados em torno. Mais para fóra, como cercadura concêntrica, aparece o tecido conjuntivo. O parasito não se limita ao grânulo central. Encontramo-lo sob a forma de filamentos, bastonetes, etc., dentro ou não das células, forçando a barreira defensiva celular. Há necrose, não raro, de certas camadas do granuloma e a presença dos chamados corpúsculos fuchsinophilos de Russel. Não raras massas de formações purulentas, centrais, se destacam e o grânulo sai pelos trajetos fistulosos da lesão, com o parasito no centro e, em torno, aderente, fina camada da corôa de polimorfo-nucleares e linfócitos e germes comuns da supuração. Em muitos córtes, se nota a presença de abundante pigmento, próprio da espécie de cogumelo patogênico. Nem sempre, porém, nos córtes histológicos, o nódulo se apresenta completo. Vêm-se alguns em os quais o parasito caiu, na manipulação do preparado. Outros, onde ele mal se percebe, tão jovem é o parasito no tecido. As técnicas comuns de fixação pelo Formol a 10% e pelo Bouin, com a coloração pela Hematoxilina-eosina, ou pela Hematoxilina-eritrosina-açafrão, pelo Giemsa e principalmente pelo Mac Callum, dão ótimo resultado, não só para o estudo das lesões histo-patológicas, como também do próprio cogumelo.

O fungo nem sempre é encontrado no seu aspecto clássico e, não raro, é necessário cortar um vasto trajeto fistuloso e mesmo o âmago da lesão, para se encontrar o aspecto característico do produtor do micetoma.

ESPÉCIES ESTUDADAS

Não é fácil, sempre, insular um "Actinomyces". Além dos exames diretos, sem coloração ou com coloração, é obrigatório o das sementeiras em aerobiose e anaerobiose na estufa, a 37° ou na temperatura do laboratório, em meios com composição especial, capazes de dar informação sobre o poder fermentativo do fungo, e produção do indól, o poder patogênico para os animais e a morfologia macro e microscópica do mesmo.

E' necessário acrescentar que, de um modo geral, seguíamos no estudo destes fungos o que descrevemos no trabalho de 1926, em colaboração com o Dr. Aroeira Neves (Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, tomo XIX,

fasc. II, 1926, págs. 245/322). Naturalmente no capítulo — Sementeiras, hoje fazemos mais numerosas ainda, quando se trata de apurar uma espécie. E' necessário acrescentar também que nem sempre, apesar de todo êsse esforço, é possível localizar com precisão a espécie. Uma das técnicas que nos facilitou o insulamento dos "Actinomyces", foi colocar os grãos colhidos no pús, dentro de uma mistura de glicerina e sôro fisiológico, durante algumas horas (48-72). Há o expurgo de muito germem comum, que dificulta o insulamento do fungo e que, dêsse modo, é afastado. O lactofenol de Amann sempre nos ofereceu bons resultados para aclarar os preparados.

"ACTINOMYCES BOVIS", HARZ 1877

(Centralblatt f. med. Wissenschaften, v. 15, p. 485; e Jahresber, Muenchener Thierarznei — Schule, 1877-8, p. 781)

E' sabido que ainda não se chegou a acôrdo sôbre esta espécie, apesar de discussões intermináveis, respeito a variedades, anaerobiose, saprofitismo e validade das espécies estudadas, com êste nome. Estamos, porém, com E. Brumpt (1936), sôbre a nomenclatura do "Actinomyces brovis" e "Cohnistreptothris Israeli", quando afirmava que só um Congresso de micologistas poderia resolver a questão. E' por isso que mantemos a designação de "Actinomyces brovis" e "Cohnistreptothris Israeli", quando afirmava que só um Congresso de micologistas poderia resolver a questão. E' por isso que mantemos a designação de "Actinomyces bovis".

E' um dos fungos mais antigos e conhecidos como parasitos. Êle não é exclusivo dos bovídeos, senão que também tem sido descrito em lesões de homens, de porcos e de cavalos. E' inútil descrever novamente aquí, tão cheios estão os clássicos das descrições sôbre o assunto. Assinalaremos o polimorfismo do cogumelo nas culturas artificiais e as divergências dos micologistas sôbre as diferentes amostras descritas como "Actinomyces bovis". O fungo cresce bem a 33 e 37.º, nos meios comuns para a microbiologia. E' interessante assinalar a dificuldade e mesmo impossibilidade de reproduzir a doença experimental nos bovídeos. Êste é um traço comum das amostras insuladas pelos diferentes autores e serve de base para o argumento de que são saprófitos e que o verdadeiro parasito é o descrito por Kruse, em 1896, o que naturalmente é possível, pela infestação pelo parasito, predisposição do bovídeo, virulência e quantidade do fungo inoculado. Seja como fôr, o "Actinomyces bovis" deve vir na palha, nas forragens que os animais ingerem e que acidentalmente penetram na via digestiva e, mais raramente,

em outros locais. Tentámos, na época em que estudámos em um dêsses animais parasitados de maior custo, uma série grande de tratamentos, sem qualquer resultado. De regra, os animais começam a emagrecer, já pela toxemia microbiana, já pela dificuldade na apreensão e ingestão dos alimentos, principalmente quando as lesões se assestam na bôca e nos maxilares. De regra, os animais morrem em caquexia.

“ACTINOMYCES BRASILIENSIS”, LINDEMBERG, 1909

(Archives de Parasitologie, vol. 13, n. 2 e Revista Médica de São Paulo, n. 18, 30 de Junho).

Esta espécie foi considerada sinonímia de “Actinomyces asteroides” (Eppinger, 1891). E', porém, uma bôa esyécie. Floriano de Almeida, na “Micologia Médica” de 1939, já afirmava, na página 137 :

“Alguns autores pensam ser essa espécie a mesma do “Actinomyces asteróides”, mas existem diferenças...”

Olympio da Fonseca Filho, em 1943, na “Parasitologia Médica”, dizia que não há identidade, que muitos autores quiserem ver, entre o “Actinomyces brasiliensis”, o “Actinomyces asteroides” e o “Actinomyces Freeri” (Musgrave et Clegg, 1907).

O “Actinomyces brasiliensis” foi bem estudado culturalmente, por Carlos da Silva Lacaz, no trabalho de 1945, sôbre os “Actinomycetos” produtores de Micetomas. Êle fez um estudo sistematizado comparativo de numerosas amostras dêste fungo.

Nós fizemos alguns estudos culturais e verificámos realmente dados que vamos dar aquí resumidamente.

Uma das coisas que nos chamou a atenção foi o fraco poder patogênico para os animais de laboratório e a grande resistênciã das culturas ao desecamento. No Caldo simples, êle não cresce na superfície, formando película. Apresenta o aspecto de pequenos flócos irregulares, depositados no fundo do tubo, em suspensão no meio, quando êste é agitado. No Agar simples, êle cresce melhor, dando, a princípio, uma cultura clara e mais tardiamente, com uma côr vermelha-ocre. No leite êle cresce bem, com pigmento e só muito tardiamente, pôde coagulá-lo. No sôro de Loeffler, cresce como no Agar e verificamos que a temperatura de 37.º favorece realmente o crescimento do parasito. Não obtivemos culturas apreciáveis na estufa ou fóra dela, tentando a cultura na cenoura. No Agar-fubá, cresce com pigmento semelhante ao do Agar simples. No Czapek, cresce lentamente, em

colônias insuladas. Na gelatina, êle cresce lentamente e se dissolve também vagarosamente em saco (16 dias). Esta dissolução se faz em tórno da colônia gigante. No Sabouraud líquido, cresce na superfície em película espessa, não turvando o meio. Na batata, cresce com pigmento ôcre, que lembra a côr de ferrugem e a água de condensação torna-se rica de elementos, com abundante germinação. Ela se tórna muitas vezes com uns repiques de aspecto cerebriforme, nêste meio, tal qual acontece no Sabouraud maltosado ou glicosado.

Não conseguimos reproduzir, experimentalmente, a moléstia no cobaio.

“PROACTINOMYCES ASTEROIDES VAR. DECOLOR”

(Eppinger, 1890) Baldacci, 1938

Wiener. Klin.

Wechr. 1890. vol. 3, págs. 321/323.

Micopatologia, 1938, págs. 1/68.

Êsse fungo é uma variedade do “*Proactinomyces asteroides*” (Eppinger, 1890). Difere principalmente, porque produz micélio aéreo esbranquiçado. Fizemos várias tentativas de cultura e vamos aquí relatar sinteticamente.

Leite — Cresce bem, formando película espessa, sem coagulação. Peptonisa o meio.

Gelose sangue — Colônias rasas, aderentes ao meio, escuras.

Gelose simples — Colônias rasas, sêcas, sulcadas, esbranquiçadas e ligeiramente amareladas na periferia e avermelhadas no centro.

Sôro de Loeffler — Crescimento regular. Colônia profundamente pregueada, úmida, branco-róseo, ligeiramente avermelhada no centro. Escurece o meio, parecendo dissolvê-lo no local do crescimento.

Batata simples — Crescimento abundante. Coloração branco-róseo, sêca, pregueada profundamente, com abundante penugem aérea esbranquiçada. Escurece o meio.

Sabouraud maltosado — Colônias sêcas, estreladas, pregueadas. Côr ocre e mesmo avermelhada. Colônias rasas, sêcas, esbranquiçadas na periferia, recobertas em alguns pontos de hifas aéreas estranquiçadas.

Cenoura — Cresce abundantemente, com aspecto estrelado, espiculado. Colônias salientes branco-amarelo-acinzentadas, cobertas de hifas aéreas brancas ou branco-acinzentadas. Na água do tubo, há crescimento de película branco-acinzentada.

Czapeck — Crescimento pequeno. Colônia rasa, seca, branco-acinzentada, ligeiramente amarelada no centro e franjada na periferia.

Agar fubá — Crescimento pequeno; colônia seca, amarelo-camurça, com uma pequena orla franjada, completamente transparente. No fim de 43 dias, o aspecto de camurça amarelada cobre todo o meio. O cogumelo é patogênico para coelho e cobaio. É fácil, nas culturas artificiais, encontrar abundantes elementos bacilares ácido-resistentes, com granulações no centro ou nos pólos dos bacilos.

“MONOSPORIUM APIOSPERMUM”, SACCARDO, 1911

(*Anales Mycologici*, v. 9, pág. 254)

O gênero “*Monosporium*” Bonordem, 1851 (*Handbuch der allgemeinen Mykologie*, pág. 95), pertence à ordem dos “*Aleuriosporales*”, sub-classe dos “*Conidiosporata*” da classe dos “*Fungi Imperfecti*”, de acordo com Vuillemin.

É a segunda vez que encontramos esse cogumelo em Minas Gerais. Em ambos os casos, o fungo provocara um micetoma podal.

Olympio da Fonseca Filho e Areia Leão, estudando esse cogumelo, referem-se a três tipos de elementos reprodutores que nêles encontraram:

- a) Aleurias simples, lisas, hialinas com 11 a 14 por 5,6 a 5,7 micra, terminais, em geral piriformes, com faceta de articulação no ponto de contato com as hifas. As aleurias são, às vezes, ligeiramente rosas.
- b) Células fusiformes, alongadas, encurvadas, com perfil de crescente, envoltas em membrana celular delgada, separadas da hifa, por um estrangulamento nítido.
- c) Clamidosporios, de parede espessa, terminais ou intercalares.

Dos dois casos que vimos em Minas Gerais, o cogumelo produziu sempre um pús fluido, neste último com grãos brancos, com evolução mórbida lenta.

Nos meios de Sabouraud maltosado, com 46 dias, o aspecto é branco, alvo, seco, penugento, com ligeiros tons acinzentados. Com 59 dias há laivos ligeiramente crêmes neste meio. Na batata, cresce com relativa facilidade, dando culturas secas, penugentas, como se fosse um flóco de algodão pousado sobre o meio, tornando-se a batata ligeiramente escura em torno da sementeira, no fim de 22 dias. Na cenoura, é muito lento o crescimento. Com sete dias mal se percebe uma ligeira penungem branca. Com o tempo, porém, conservando-se sempre úmido o meio, o cogumelo se estende, cobre

tôda a cenoura com uma camada branca e caindo na água de condensação do tubo, fôrma uma espessa película da mesma côr (3 meses).

No *Caldo*, êle cresce principalmente no fundo do líquido, com um ponto central mais denso e uma corôa penugenta esferoide branca em tôrno, tendo, no fim de cinco dias, 0,5 cms. de diâmetro. Daí por diante, tem-se a impressão que há uma formação de círculos concêntricos penugentos, alternados em partes transparentes e círculos mais escuros. No *Sabouraud* líquido, com 12 cms. de altura de meio, o fungo cresce no fundo do tubo, semelhante ao caldo, parecendo um floco esbranquiçado flutuante que, com 21 dias, ocupa 1/3 da camada líquido. No *Czapeck*, o cogumelo cresce com facilidade, dando culturas sêcas, penugentas, brancas, estendendo-se rapidamente, como um véu, sôbre o meio e as paredes do tubo. Coagula o leite em sete dias, separando pouco a pouco o sôro e dando um espesso coágulo que sobrenada, onde encontrâmos uma rica trama miceliana. Não conseguimos verificar, aparentemente, um crescimento apreciavel em três meses, num meio com sementes de cevada. Cresce bem no meio de *Loeffler*, dissolvendo, ou melhor, digerindo o meio, junto da cultura, a princípio e, depois, à distância. O meio fica transparente e a cultura é brancacenta. Cresce bem na gelatina e dissolve o meio em "tubo", no fim de trese dias. No *Agar-fubá*, cresce como na batata. Apurâmos colônias altas, penugentas, brancas, com ligeiro círculo irradiante em tôrno. Com dez dias, no centro há uma elevação e em redor a colônia é rasa e penugenta, tôda ela de um branco imaculado. Lembraria, guardadas as distâncias, a colônia incipiente de um "*Microsporum*" nos meios de *Sabouraud*. Vista pela parte posterior da sementeira, a cultura tem um centro escuro e uma periferia transparente.

A inoculação experimental de uma cultura de 80 dias em *Sabouraud*, foi negativa em nossas mãos, no coelho. Procurâmos fixar, em microfotografias e desenhos, os principais órgãos diferenciados que encontrâmos, nas culturas dêsse fungo, em diferentes época do seu crescimento artificial.

"PSEUDO ACTINOMYCOSE" PELO "RHINOCLADIUM BEURMANNI"

(Matrochot et Ramond — *Comp. R. Societ. Biolog. Paris*, pág. 379,
T. LIX, 1905)

"Hyphomyceto" — Grupo dos "Conidiosporados" — Família dos "Esporotrichados" — Gênero "*Rhinocladium*" Saccardo e Marchal, 1885) — Espécie "*Rhinocladium Beurmanni*" (Matrochot e Ramond).

Chalmers e Archibald crearam dois termos muito semelhantes: "Paramitomas" — destinados às moléstias micóticas, quando clinicamente semelhantes aos micetomas e "Pseudomicetomas" — para moléstias que podem confundir-se com os micetomas e paramicetomas. Nós, porém, englobamos todas essas lesões, talvez com mais razão, como centro de "pseudoactinomicóticas". São lesões que dão, clinicamente, a impressão do síndrome produzido pelos microsifonados, mas as culturas e os córtexes demonstram que a origem é outra. A localização cérvico-facial dos "Actinomyces" na Europa, é de quase 63% dos casos. Na Argentina, atinge a 50%, sendo que no Brasil não ultrapassa de 6%. O caso que apresentamos, é muito semelhante, clinicamente, ao produzido pelos "Actinomyces". O interesse, aliás, da nossa observação é duplo. Em 56 casos de esporotricose que registrámos em Belo Horizonte, foi o primeiro que se apresentou com êste aspecto.

OBSERVAÇÃO — Em 18/12/1945, se apresentou ao nosso consultório para pobres, na paróquia de Santana, Serra, a doente M. F. de Sousa, com 20 anos presumíveis, parda, solteira, datando a moléstia de três meses e começando por uma "espinha", na região do maxilar inferior, face direita. A lesão cresceu lentamente e tomou o aspecto fistuloso que o desenho procurou esquematizar. O diagnóstico clínico foi de "Actinomyose facial". O pus, porém, não apresentava grânulos, era fluido, sanguinolento e a sementeira revelou uma cultura pura do "Rhinocladium Beurmanni".

Há um outro interesse nessa observação. É que o exame do pus, pelo Gram e pelo Giemsa, revelou abundantes leucócitos polimorfo-nucleares, raros coccus, estafilo e estreptococcus e grande quantidade de elementos clássicos, "navette", de coccobacilos, certamente pertencentes ao "Rhinocladium".

Dos 56 casos que temos apurado, de lesões pelo "Rhinocladium", muito poucas vezes já encontrámos essa abundância de formas clássicas do parasito. Segundo mostrámos em 1926, com o Dr. Aroeira Neves (Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, Tomo XIX, fasc. II, 1926, págs. 245/322, Ensaio de Micologia), em numerosos casos de esporotricose, o que observámos no pus, são formas cocáceas insuladas ou não, com duplo contorno, regulares ou não, algumas bacilares, de difícil caracterização. Sem prática desses aspectos ou firmado no que dizem os autores europeus, fica-se na dúvida sobre a existência de micose. As sementeiras, porém, mesmo parecendo que o pús não tem cogumelo, são, de regra, abundantíssimas e precoces, de fácil caracterização. É preciso não esquecer ainda que as lesões anátomo-patológicas não são patognomônicas na esporotricose.

Os pseudo-micetomas podais já são muito conhecidos. Uma das diferenças fundamentais, pelo exame de pus, é que aqui não há grãos. Na obra

clássica de De Beurmanni e Gougerot (Les Sporotrichoses, 1912 — Librairie Felix Alcan — pág. 298), já há uma expressiva fotografia de um "Pé de Madura" esporotricótico.

Já dizia também Antônio Aleixo, em 1918 (*):

"Mesmo entre as micoses, a esporotricose é susceptível de simular o "Pé de Madura". Eu mesmo tive ensejo de levar ao Congresso Médico Paulista um caso de esporotricose de aspecto micetomatoso, que não é, aliás, o primeiro registrado na literatura dermatológica, na qual já se acha assinalado o de Beurmann e Fulconis."

Não é aliás, só com esporotricose que se podem confundir os micetomas podais, sinão que há necessidade de diferenciá-los mesmo de outras etiologias que dão síndromos semelhantes, tais como a tuberculose do pé, a elefantíase, a lepra, os tumores angiomatosos, etc. Em nosso caso, as culturas decidiram a questão, sendo uma lesão puramente facial.

PSEUDOACTINOMICOSE PELOS SÁIS DE CÁLCIO

(Granuloma pseudoactinomicótico)

Vamos apresentar agora uma observação das mais interessantes. Trata-se evidentemente de um granuloma por um corpo químico.

Os granulomas pelos corpos estranhos estão dentro do conceito das reações do organismo para a própria defesa. Como acontece com os granulomas específicos, eles se revestem de aspectos conhecidos. Já tem sido bem descritos e basta ler os Tratados de Anatomia Patológica, capítulo das inflamações específicas. Podem ser encontrados em tórno de pedaços de catgut, de sêda, de pequenos corpos sólidos estranhos, cristais de ácidos graxos, colessterina, sais de cálcio, fibras elásticas, etc. Há, nesses granulomas, células epitelioides, células gigantes (anômalas) em grande quantidades, linfócitos, etc.

Nos córtes do granuloma que observámos, não havia essa disposição e eles lembravam antes o aspecto do granuloma actinomicótico.

(*) Segundo Bol. do VIII Congresso Brasileiro de Medicina, 1908. Discussão sobre a comunicação do prof. Pirajá da Silva. Duas novas espécies de fungos produtores de maduromicose no Brasil.

Eis a observação :

A. M., moça branca, com 25 anos de idade, de constituição franzina, técnica de desenho do Instituto Biológico Ezequiel Dias. A paciente vinha se tratando, há tempos, com um colega de Belo Horizonte, após um surto de gripe que muito a enfraqueceu. Entre outros tantos remédios, receitára o nosso colega, gluconato de cálcio, em empolas de 20 cc., via intra muscular. Contou-nos a paciente que o próprio médico do bairro onde morava, fazia as aplicações. Ela já o encontrava com a seringa pronta para as injeções, que eram diárias, ao nível do triceps braquial, parte média. Depois de uma grande série de injeções, com o descanso respectivo, ela notou a formação de nódulos no ponto dessas injeções, nódulos que foram crescendo, tornaram-se duros, muito pouco doloroso, mas que começaram a incomodar a paciente. Tentou, por todos os meios, durante oito meses, uma medicação resolutiva, mas tudo foi em vão. Procurou-nos, por essa ocasião e encontramos, realmente, nos dois braços, região posterior, parte média do triceps braquial, dois ou três nódulos duros, do tamanho de uma avelã, ligeiramente dolorosos, móveis, sem reação linfática axilar nem elevação térmica apreciável. A paciente havia emagrecido bastante e tivemos a impressão de um processo reacionário, por uma infecção secundária, com um granuloma local.

Em 29/8/1933, resolvemos extirpar os dois nódulos maiores, pois todas as tentativas para reduzi-lo, inclusive pelo raio X, foram infrutíferas. Encaminhámos a paciente para o nosso ilustre colega, prof. Adelmo Lodi, que fez a extirpação e nos permitiu um exame anátomo-patológico mais delicado. Mais tarde soubemos que a paciente ainda teve outros nódulos, que foram extirpados por outro colega, em Belo Horizonte.

A primeira impressão que tivemos, foi de que se tratava de um granuloma actinomicótico, isto é de uma inflamação específica por um fungo microsifonada. Praticando, porém, várias colorações diferenciais, como é fácil ver, pelas microfotografias que acompanham êsse trabalho, verificamos que, no centro do granuloma, o que existia, não era um cogumelo, sinão que massas amorfas de cristais de cálcio. No centro, vemos pequenos cristais em disposição radiar que, pela compressão, são destruídos e em tórno, uma orla de polimorfonucleares e linfócitos e mais para fóra, células epitelioides, linfócitos e uma faixa espessa de tecido conjuntivo. Nos córtes, em que houve o esmagamento propositado, tem-se a impressão de um granuloma actinomicótico, em o qual o grão se perdeu. A paciente curou-se.

OBSERVAÇÕES

"MONOSPORIUM APIOSPERMUM"

R. V. da Silva — Papeleta 4.342 CC. II — Internado na enfermaria de clínica cirúrgica (2.^a), para onde fôra transferido, vindo da enfermaria do prof. Dr. Antônio Aleixo. Em 21 de março de 1944, foi submetido a uma operação, que tomou o número 2.179, pelo Dr. Hélio Otoni. A operação constou da amputação ao nível do têrço inferior da côxa direita, pelo processo tendoníplástico de Calandia, modificado por Kirk, segundo constava da papeleta. Teve alta, cêrca de um mês depois. O diagnóstico era de Mictoma podal.

Eis o que resava a papeleta da enfermaria do prof. Dr. Antônio Aleixo:

"R. V. da Silva, 42 anos, branco, casado, natural de Cocais, lavrador, residente em Tte. Fabriciano, vacinado. Admitido em 7 de novembro de 1943.

Pais vivos, a mãe teve 10 filhos a têrmo, dos quais, apenas 4 estão vivos atualmente.

O paciente teve Parotidite epidêmica e moléstias da infância. Não acusa acidentes venéreos.

Histórico da moléstia atual:

Iniciou-se há mais ou menos 5 anos, por tumefação situada na região intradigital, entre o segundo e o terceiro pedartículo direito. Dois anos após, novas tumefações circunscritas apareceram no dorso do pé, ao mesmo tempo que foi notado um abaulamento. No local das referidas tumefações, ou melhor, tumorações, houve rompimento, com saída de líquido eminentemente purulento. Datam desta ocasião, as dôres intensas de que tem sido acometido, bem como de um estado febril vespertino. O exame do doente mostrou uma tumefação do pé direito, com abaulamento da região plantar, vários trajetos fistulosos no dorso e planta do pé, com aspecto eritematoso, sem edema. O doente apresentava polimicroadenopatia.

"ACTINOMYCES BRASILIENSIS"

J. P. Coelho — 54 anos, branco, casado, lavrador, residente em Pará de Minas. N.º do Hospital : 50.599. N.º da Clínica : 7.058

Antecedentes familiares e pessoais : sem interesse para o caso.

Moléstia atual: — Doente desde maio ou junho de 1944, quando lhe apareceu uma tumefação na face postêro-externa da coxa direita, muito do-

lorosa, vindo a furo pouco tempo depois, em várias fístulas, com abundante supuração.

Relata que há 15 anos sofreu "furunculos" nessa região, ficando-lhe, depois de cicatrizados, um tumor duro e resistente no local.

Nega tenha sofrido traumatismo ou solução de continuidade nessa região, antes do aparecimento da moléstia atual.

Esteve na Clínica Cirúrgica Júlio Soares, onde foi feita dilatação da região abcedada. A radiografia nessa ocasião já mostrava ligeiras lesões ósseas, de rarefação e descalcificação dos 2/3 superiores do fêmur direito. Na dilatação se colheu material para exame histológico, que mostrou tratar-se de actinomicose. Foi então transferido para a Clínica Dermatológica, sob os nossos cuidados.

Ao exame encontrámos o paciente muito magro, pálido e queixando-se de muita dor na região doente, com grande diminuição de movimentos do membro doente. A coxa direita mostrava-se com edema inflamatório pronunciado e na face póstero-externa havia vários orifícios, de bordos regulares, de onde brotava líquido sero-purulento, em abundância.

Instituímos a terapêutica pelos ioduretos e sulfas, sem resultado. Radiografias posteriores revelaram que as lesões ósseas estavam progredindo rapidamente. Tôda a cabeça do fêmur e cavidade articular do osso ilíaco foram atingidos, havendo, em consequência do alargamento da cavidade articular, luxação patológica da cabeça do fêmur, há um ano. O estado avançado do processo, à vista das imagens radiológicas, contraindicou a redução da luxação.

Esse doente toléra muito mal o iodureto, no máximo 3 grs. de iodureto de potásio, "per oz", por dia.

Depois empregamos a penicilina. Da primeira vez injetámos 600 mil unidades e da segunda, 1 milhão e 200 mil unidades. Houve algumas melhoras, diminuindo bastante a supuração e fechando-se algumas fístulas. É possível que, em escala muito maior, a penicilina dê resultado satisfatório. Tratando-se de indigente, não foi possível obter mais do que seis vidros de uma vez e doze de outra, por subscrição entre colegas e estudantes.

Por fim se empregou a radioterapia profunda, num total de 3.860 r., em duas séries. Na primeira série houve notáveis melhoras, diminuindo a supuração, fechando-se várias fístulas e desaparecendo a dor, de que se queixava tanto o paciente. Já na segunda série, um mês depois da primeira, não se obteve mais esse resultado, nem mesmo com respeito à dor.

O doente recusou-se a fazer a terceira série, pela dificuldade em ser transportado ao Hospital Militar em padiola, que lhe provocava muitas dores na luxação.

Exames repetidos de escarro foram negativo para fungos patogênicos.

A Radiografia revelou campos pleuro-pulmonares normais.

(Observação fornecida pelo Dr. Cid Lopes)

A. de Jesus — 23 anos de idade, preto, solteiro, basileiro, residente em Nova Era, Minas Gerais.

Antecedentes familiares sem importância.

Antecedentes pessoais: Nega antecedentes venéreos. Relata que em janeiro de 1943 sofreu um abscesso dentário inferior direito, que foi dilatado por fóra, tendo tido evolução lenta, exigindo segunda dilatação. Mostra cicatriz pigmentada, atrófica, na face direita.

Moléstia atual: Conta que seis meses depois êsse abscesso dentário, lhe apareceu uma massa tumerosa e muito dolorosa, no início, na face anterior do hemitórax direito, ao nível do rebórdo costal, mais ou menos, sem que houvesse sofrido aí nenhum traumatismo ou solução de continuidade. Êsse tumor veio a furo espontaneamente, em vários pontos, ou melhor em vários orifícios, com abundante supuração. Essa manifestação não lhe trouxe febre, nem lhe impediu de continuar trabalhando como cavouqueiro em construção de estrada. Em fevereiro de 1944 se matriculou na Enfermaria Prof. Aleixo. O diagnóstico clínico ficou entre goma sífilítica e actinomicose. A reação de Kahn foi positiva +++ e o exame histológico revelou tratar-se de tecido de inflamação crônica, com características de etiologia luética. Em face dêsses resultados de laboratório, apesar de nossa impressão de se tratar de actinomicose, instituímos o tratamento antisifilítico, com salicilato de bismuto e neo-arsfenamina. Não se obteve nenhum resultado.

Com o insucesso do tratamento anti-luético, instituímos logo o tratamento pelo iodureto de potássio, "per oz" e iodeto de sódio endovenoso. O paciente tem grande tolerância pelos ioduretos, chegando a tomar 10 grs. de iodureto de potássio por dia, sem o menor sinal de intolerância. Apesar da grande quantidade de ioduretos que tomou, não obteve nenhuma melhora.

Aumentando a supuração, foi feito um debridamento da lesão, com resecção de pedaços de costela, quando se colheu material de tecidos mais profundos, para cultura, inclusive de fragmentos de costela. Com o debridamento, a ferida melhorou bastante.

Instituímos o tratamento pelas sulfas, quer por via oral, quer por via endovenosa, sem resultado, a não ser a diminuição temporária da supuração, durante a administração desses medicamentos.

Em certa ocasião obtivemos penicilina do Instituto Oswaldo Cruz, graças à gentileza do prof. Henrique Aragão, para esse paciente. Conseguimos 30 empolas de penicilina diluída, a 200 unidades por empolas. Com tão pequena dose não obtivemos nenhum resultado.

Por fim o doente desistiu de tratar-se e pediu alta para ir para casa.

Um ano depois voltou à Enfermaria, com a doença no mesmo estado, mas apresentando condições gerais muito melhoradas.

Adotou-se então o tratamento radioterápico. Nas duas primeiras séries obteve boas melhoras. Algumas fístulas se cicatrizaram e a supuração diminuiu sensivelmente. Voltou a terceira série e não obteve os mesmos resultados. Pelo contrário, parece que não suportou bem a irradiação, ficando muito abatido, inapetente, adinâmico, embora já haja mais de um mês que se submeteu à terceira série.

Atualmente estamos providenciando recursos para lhe arranjar umas dez empolas de penicilina de 100.000 unidades.

Exames radiográficos: — Em fevereiro de 1945 a radiografia revelou extensas lesões das costelas, em correspondência com a lesão cutânea. A radiografia dos ápices pulmonares revelou imagem de lesão infiltrante infra-clavicular direita e com espessamento pleural acentuado da cúpula diafragmática, em tenda de campanha. Imagem de condensação infra-clavicular esquerda, nitidamente delimitada, do tamanho de ovo de galinha, percebendo-se tecido pulmonar no seu interior. Parece relacionada com absorção de pequeno derrame no local.

A radiografia em 8-8-46 mostra grande espessamento pleural direito e não se vê mais a imagem de condensação infra-clavicular esquerda.

Repetidos exames de escarro têm sido negativos.

(Observação fornecida pelo Dr. Cid F. Lopes)

S. A. de Queiroz — Enfermaria do prof. Antônio Aleixo. Sexo masculino, preto, com 20 anos, casado, lavrador, natural de São Pedro de Suassuí e residente em Peçanha.

Internado na enfermaria em 28 de julho de 1944.

Antecedentes familiares: Pais falecidos por causa ignorada. A esposa goza saúde.

Antecedentes pessoais: Acusa moléstias peculiares à primeira infância. Nega passado venéreo.

Moléstia atual: — Data de dois anos, iniciando-se por um pequeno "caroço", assestado no ombro esquerdo. À lesão inicial, guardando sempre os mesmos caracteres, outras lhe sucederam, nas vizinhanças primeiro e, ultimamente, até no pescoço. Pela ordem de aparecimento as lesões vêm, sucessivamente se ulcerando, impossibilitando-o de trabalhar, não só pela supuração que apresentam, como pela sensação dolorosa, em concomitância, nesses últimos tempos, com o prurido localizado.

Exame: Lesões variadas em número e em caracteres de evolução, dispondo-se na pele das regiões da espádua e lateral do pescoço, à esquerda. As da região da espádua, caracterizam-se por serem essencialmente ulcerocrustosas, deprimidas, irregulares nos contornos, de dimensões que variam, mas nunca ultrapassam 3 cms. e meio em seus maiores diâmetros. Pela remoção das crostas, nitidamente hemorrágicas, as ulcerações sangram facilmente, mostrando-nos fungos irregulares e vermelhos e bordos cuja característica principal é o declive acentuado. Marginando os bórdos em cada ulceração, existe orla epidérmica, violácea e radialmente sulcada, não ultrapassando 0,5 cms. de diâmetro. Na pele da região lateral do pescoço, os elementos são nódulos, distribuídos regularmente, segundo uma linha reta e guardando entre si, relações expressas por duros cordões, sensíveis à exploração. Os nódulos, de fórmias mais ou menos oval, tem dimensões variadas, mas que não chegam a ultrapassar a de um ovo de pomba. Aquêles que se encontram em situação mais inferior, são nitidamente flutuantes, ou se acham já fistulizados e, neste caso, exudam um líquido sero-sanguinolento, contendo, de per-meio, grânulos amarelados. Duros e bem destacaveis são os que guardam posição superior, cerca do terço médio da região lateral.

O material dêsse doente nos foi enviado pelo Dr. Josefino Aleixo.

Exames: 1.º — Reação de Wassermann no sangue. Resultado negativo.

Exames culturas: A pesquisa foi feita no pus, semeando meios diferentes em aerobiose e anaerobiose e, pelo exame direto, três vezes consecutivas, em 31-8-44, em 17-8-44 e em 28-8-44. Insulámos o "Actinomyces brasiliensis", o "Staphylococcus p. albus." Muitos meios ficaram estéreis. O material foi colhido por punção dos nódulos fechados, examinando também o pus dos trajetos fistulosos. O exame radiológico, feito pelo dr. Paulo Rocha, em 1-8-44,

revelou: formas da silhueta cardíaca acentuadamente arredondadas: hipertrofia do miocárdio.

$$D.T. = 13,2. \text{ Relação cardiorácica} = \frac{13,2}{26,5} \quad 1$$

Dimensões dentro dos limites da normalidade.

Não se observam sinais de lesão pulmonar ou pleural.

V. C. da Silva — 28 anos de idade, côr parda, solteiro, brasileiro, operário, natural de “Presidente Vargas” e residente nesta mesma cidade. Clínica Dermatológica, Enfermaria do prof. Antônio Aleixo.

Antecedentes familiares: Pai falecido de pneumonia. A mãe teve 16 filhos dos quais, 8 falecidos. Não sabe informar a respeito de abôrtos. Nada na pele dos vivos.

Antecedentes pessoais: Sarampo, catapora, parotidite epidêmica em 1.^a espécie.

Hábitos: Costumava mastigar folhas novas de funcho.

Moléstia atual: Tempo: desde julho de 1943. Primeiros sintomas: desânimo, tosse, febre, expectoração, suores de mudar várias camisas à noite, cansaço. Consultando o médico, êste lhe diagnosticou bronquite, tratando-se desta forma até março de 1944. Nesta data se iniciaram pontadas nas costas, *à direita*, e dôres nas pernas. Deitando-se do lado direito, as dôres aliviavam-se e mesmo a tosse, que sempre esteve mais em função da falta de repouso. Informa que, deitado de bruços, a tosse desaparece como por encanto. O médico diagnosticou pleuris e retirou-lhe líquido claro, segundo informa. Melhorou daí em diante: suores noturnos, amargo no bôca, dôres, diz que não desapareceram.

Em dezembro de 1943 lhe surgiram, ao nível do ombro direito, dois caroços. Depois em derredor, novos surgiram, estendendo-se as lesões para o tórax anterior e axilar direita. Também no ombro esquerdo, dois ou três nódulos, entre os surgidos na parte anterior. Depois, o caroço envermelheceu, arroxou, tornou-se doloroso, flutuante e deu lugar à saída de pus grosso dos orifícios.

Exames: Foram feitos exames diréto, com culturas, por punção, tendo-se obtido o “*Actinomyces brasiliensis*”. O exame do escarro foi negativo para o bacilo de Kock. O exame de sangue, para Wassermann e Kahn, foi negativo. O exame radiológico, feito pelo Dr. Jaime de Barros, deu o seguinte resultado:

“Clavículas, omoplata e arcos costais direitos, com aspecto normal. Nota-se extenso processo de espesamento pleural, à direita, comprometendo também a cisura interlobar. Paqui pleuris.”

6-4-1945

(a) *Jaime de Barros*

“PROACTINOMYCES ASTEROIDES VAR. DECOLOR”

J. R. da Silva — 47 anos de idade, côr parda, casado, brasileiro, lavrador, natural de São João Batista, residente em N. S. da Graça, distrito de Capelinha, vacinado. Clínica Dermatológica, Enfermaria do Prof. Antônio Aleixo. Admitido em 12 de julho de 1943.

Antecedentes familiares: Nada de importante a assinalar.

Antecedentes pessoais: Nega antecedentes venéreos. Até então gozava boa saúde.

Moléstia atual: Há cêrca de quatro anos, traumatizou a pele ao nível do hemitórax direito, com o cabo da enxada. Sómente após transcorridos dois anos, notou o aparecimento, nessa região, de um pequeno tumor indurado, saliente e pouco doloroso. Desta ocasião até o presente, múltiplos tumores se formaram na mesma região, enquanto o mais antigo envolveu em grande extensão: êste último, há cêrca de dois meses se rompeu espontaneamente ao exterior, secretando líquido turvo e de consistência viscosa e com ligeiras manifestações dolorosas.

Ainda como sintoma subjetivo, queixa-se o paciente de dôres profundas localizadas na região torácica posterior e de cefaléia exacerbada à noite.

Local: Circunscritos ao hipocondrio direito, notam-se atualmente tumores múltiplos: em número (cêrca de 6), fôrma e dimensões, delimitados entre si por sulcos, indurados — de uma dureza lenhosa — mostrando-se salientes sôbre a pele e de um modo geral, em conexão íntima com os tecidos profundos (não se movem sôbre o plano profundo), de um lado e de outro lado, com a pele. Na superfície da maior parte dêstes tumores, vemos manchas violáceas, que dificilmente desaparecem pelo vítreo-pressão. A sensibilidade à dôr é nula, a não ser no tumor mais antigo, verdadeira placa endurecida, pela sua extensão e na superfície do qual notamos três soluções de continuidade: uma fístula e duas ulcerações — as quais, secretam líquido gomoso; as ulcerações, melhor classificadas úlceras verdadeiras, apresentam-se com formas ovalar, pequenas dimensões, bordos talhados à pique e descolados, fundo irregular e de coloração amarela-esbranquiçada.

Exames: Reação de Wassermann no sangue, negativo.

O exame radiológico, feito pelo Dr. Paulo Rocha, deu o seguinte resultado :

“Exame realizado: Costelas direitas (arco anterior), em 28-7-1943.

Resultado: presentemente não se observam sinais de lesão óssea.

(a) *Paulo Rocha*”.

(vide radiografia junto)

Exame do pús : positivo para “*Proactinomyces asteroides* var. *decolor*”.

Foi colhido material para exame anátomo-patológico.

RESUMO

Os autores estudam as micoses produzidas principalmente por microsifonados em homens e animais, no Estado de Minas Gerais.

Estudam as seguintes espécies:

I — “*Actinomyces bovis*”.

II — “*Actinomyces brasiliensis*”.

III — “*Proactinomyces asteroides* var. *decolor*”.

Descrevem também um caso de micetoma podal, por “*Monosporium apiospermum*” e dois casos de pseudo micetoma :

O primeiro, na face, pelo “*Rhinocladium Beurmanni*” e o segundo, nos braços, pelos sais de cálcio.

Relatam as noções fundamentais sobre granulomas actinomicóticos e descrevem as propriedades culturais das espécies. Dão um resumo das observações clínicas com as respectivas origens.

SUMMARY

The authors study the mycosis produced principally by microsiphonades in man and animals, in the State of Minas Gerais.

The following species are studied:

- I — "Actinomyces bovis".
- II — "Actinomyces brasiliensis".
- III — "Proactinomyces asteroides var. decolor".

They also describe a case of foot-mycetoma (Madura-foot) by "Monosporium apiospermum" and two cases of pseudo mycetoma :

The first, on the cheek, by "Rhinocladium Beurmanni" and the second, on the arms, by calcium salts.

They relate the fundamental notions on actinomicotic granules and describe the cultural properties of the species.

They give a summary of clinical observations with their respective origins.

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, prof. Floriano Paulo
1939. "Mycologia Medica". Com. Melhoramentos, São Paulo.
- BRUMPT, E.
1936. "Précis de Parasitologie". Masson et Cie. Editeurs, Paris, 1936. 2 vol.
- COSTA, prof. Oswaldo; JUNQUEIRA, dr. Moacyr A.
1941. "Mycetoma Podal. Observação clínica de um caso". Brasil Médico n.º 19. Ano LV, págs. 333-335, 10 de maio de 1941. Rio de Janeiro.
- FONSECA FILHO, prof. Olympio
1943. "Parasitologia médica", 1 vol. Tomo I. Editora Guanabara, Rio, 1943.
- FRÓES, Heitor Prager
1930. "Do Mycetoma pedis no Brasil". Tese para concurso. Editora Nova Gráfica. Bahia, 1930.
- LACAZ, Carlos da Silva
1945. "Contribuição para o conhecimento dos Actinomyces produtores de Micetomas". Tese para livre docência para a Faculdade de Medicina de São Paulo. São Paulo, 1945.
- LACAZ, Carlos da Silva
"Contribuição para o estudo das micoses com lesões óstero-articulares". Prêmio A. C. Camargo. Associação Paulista de Medicina. Gráfica Edit. Edigraf. Ltd. São Paulo.

LANGERON, M.

1945. "Précis de Mycologie". Masson et Cie. Editeurs, 1945.

LEWIS, George M. and HOPPER, Mary E.

1943. "An Introduction to Medical Mycology". The year book. 2nd Edition. September 1943. Publishers, Inc. Chicago. Illinois, U.S.A.

MACKINNON, Juan Enrique

1946. "Zimologia Médica". Imprenta "El Siglo Ilustrado", pg. 1276, 1946, Monditveo.

NEGRONI, Pablo

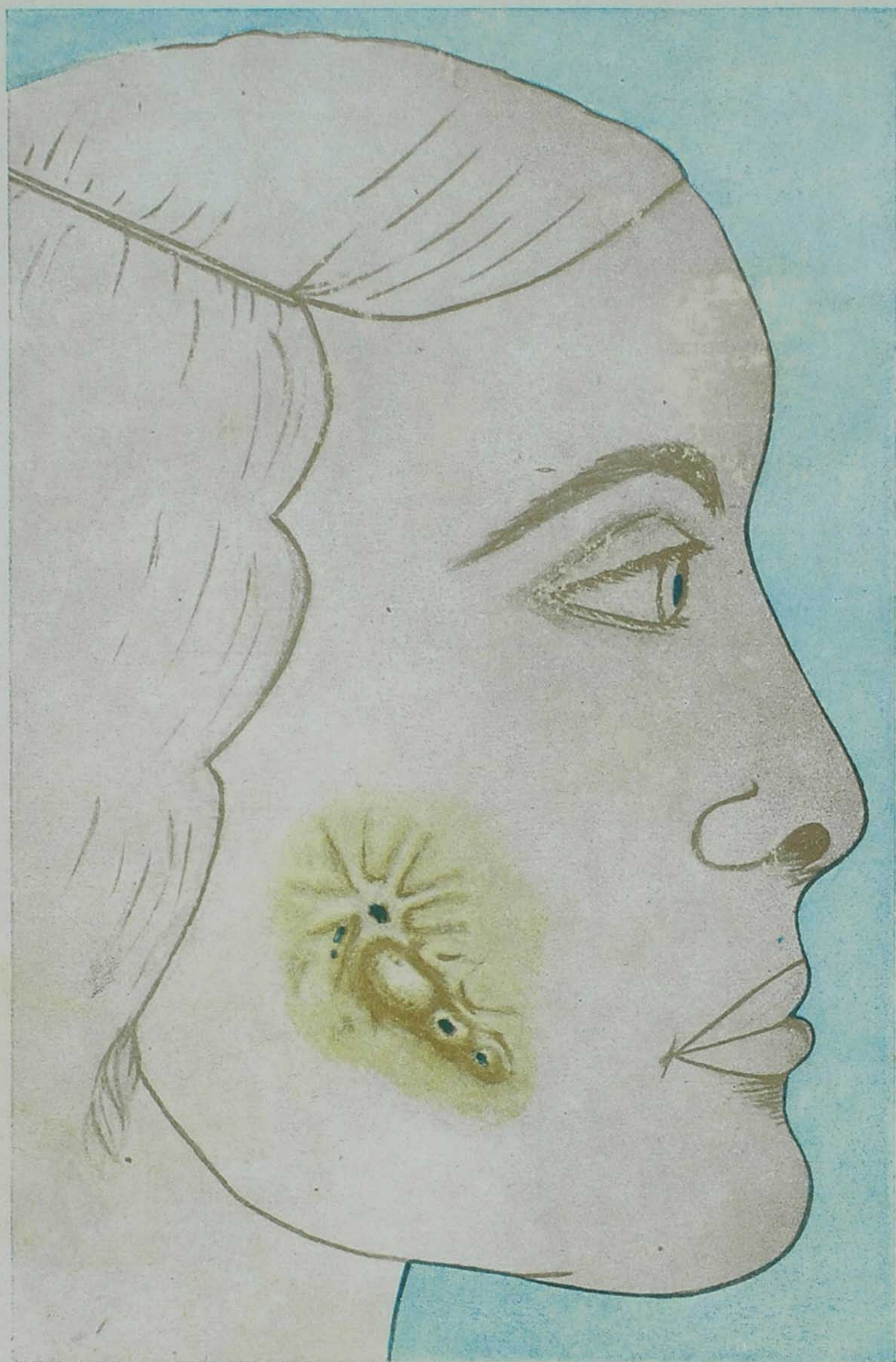
1944. "Micosis cutaneas y viciales". Libreria y Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1944.

NEVES, J. Aroeira

1942. "Contribuição ao estudo dos micetomas em Minas Gerais, Brasil". Maduro-micetoma podalico pelo *Monosporium Apiospermum*, Saccardo, 1914 (com 11 gravuras). Rev. Brasil. de Biolog. Vol. 2, n.º 3, pgs. 305-316. Setembro de 1942.

YASBECK, Alexandre Kahl

1920. "Dos Mycetomas. Subsídios para os estudo". Tese de doutoramento. Prêmio dr. José Florêncio Gomes. São Paulo, 1920.

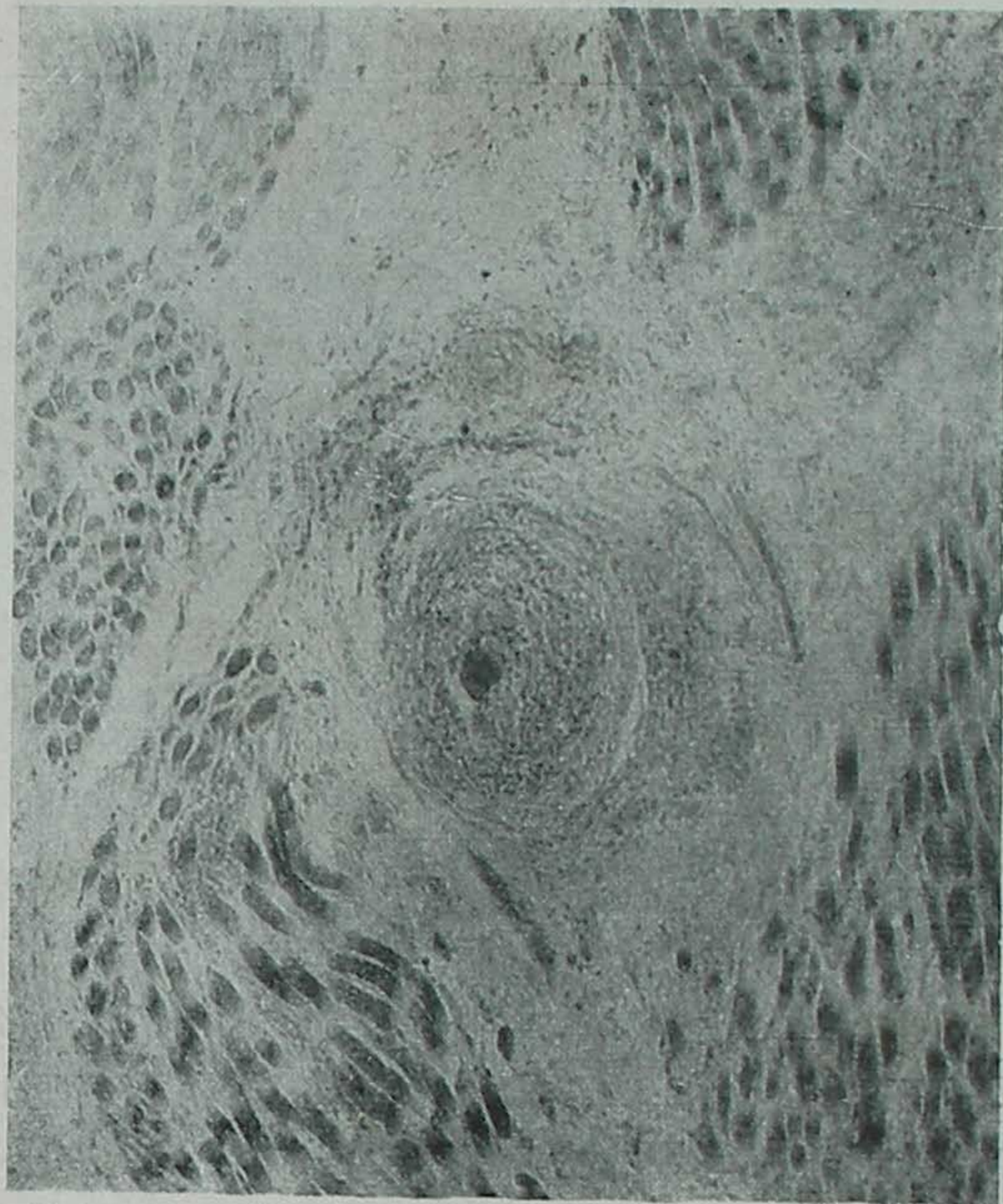


Lesão semelhante a produzida pelos actinomicos (pseudomicetoma). Insulou-se
o *Rhinocladium beurmanni*

M. F. de S.



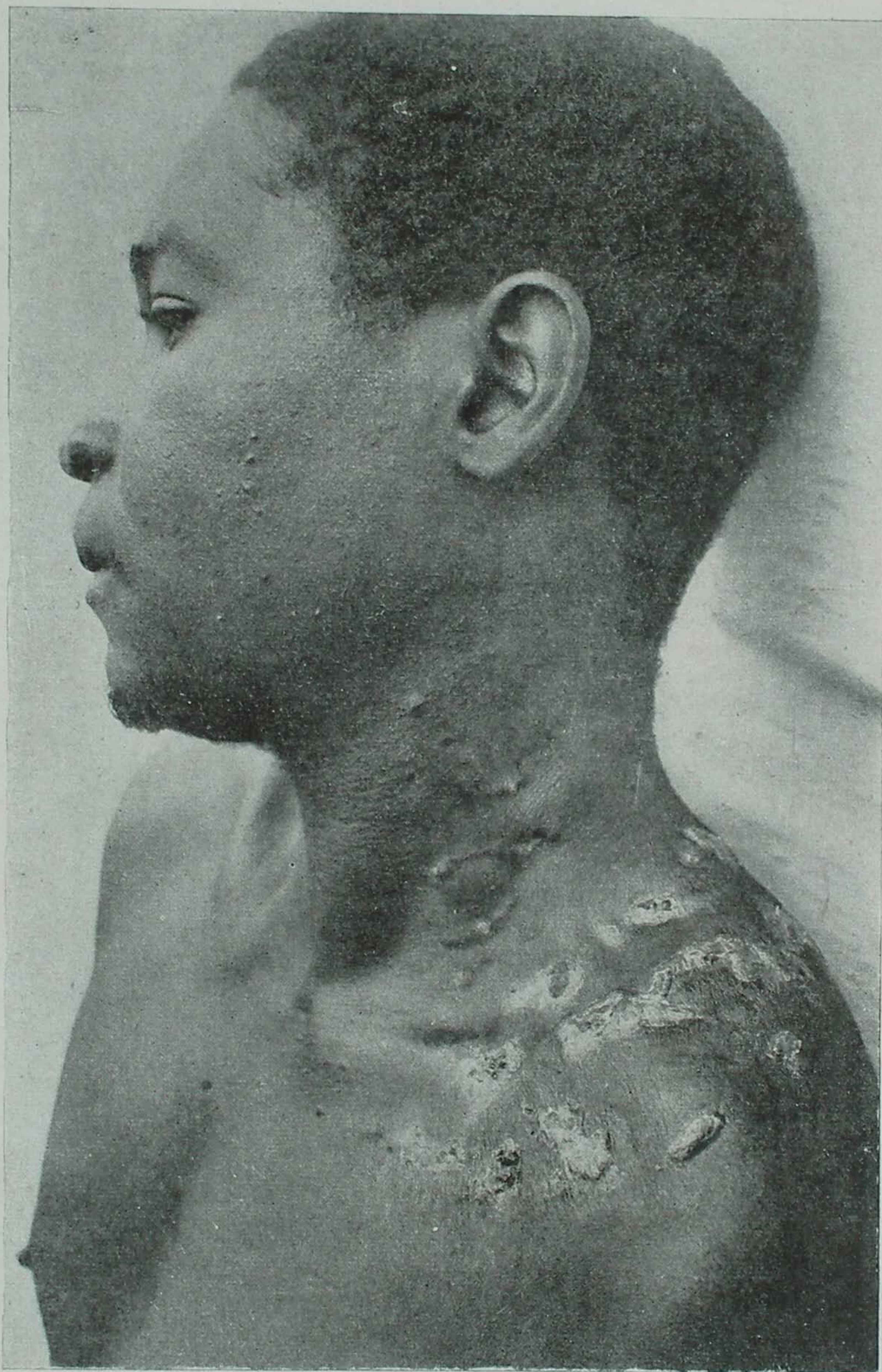
Actinomyces bovis — Gânglio da região parotidiana do boi — 3.º caso



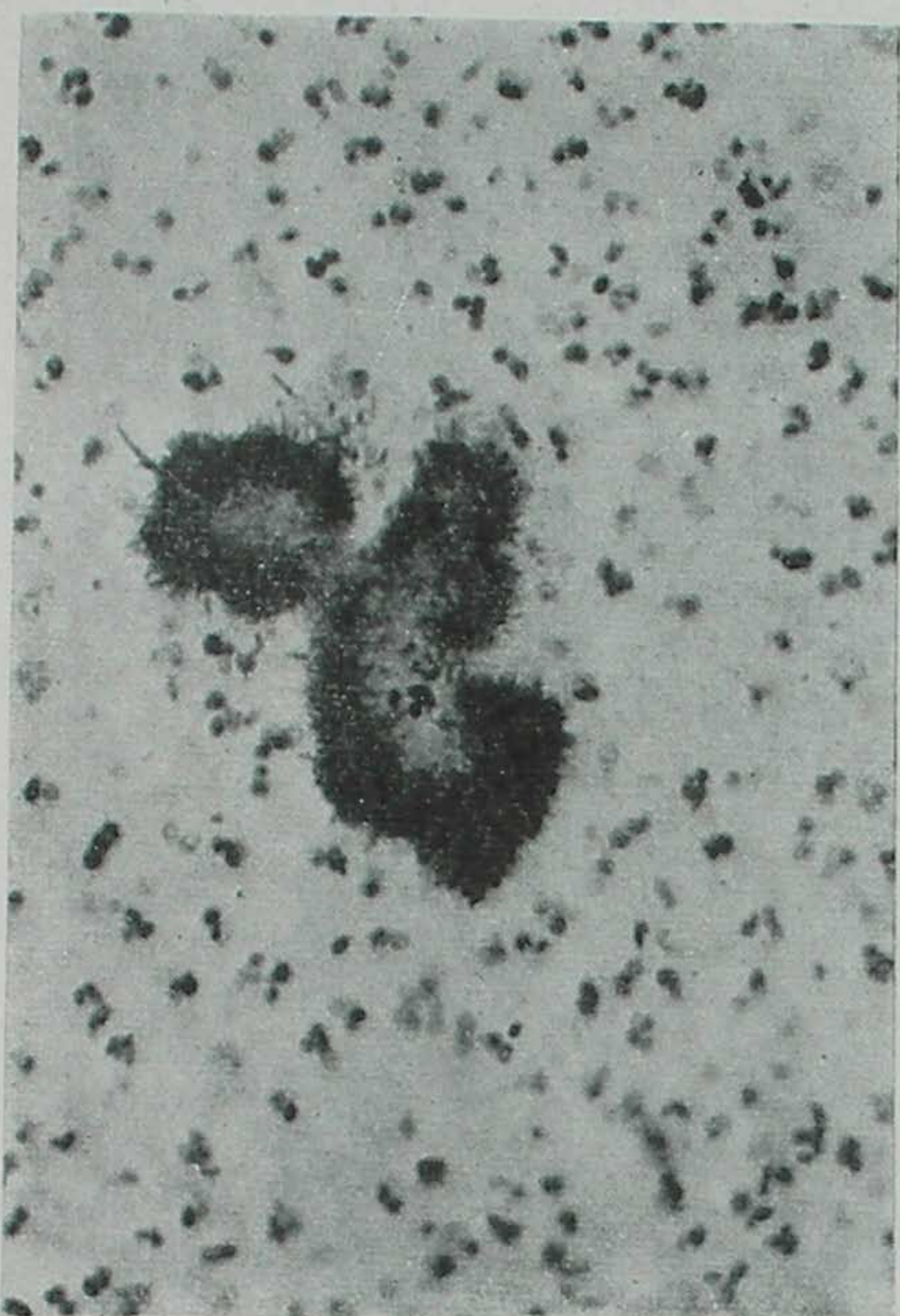
Actinomyces bovis — Micetoma lingua de boi — 1.º caso.



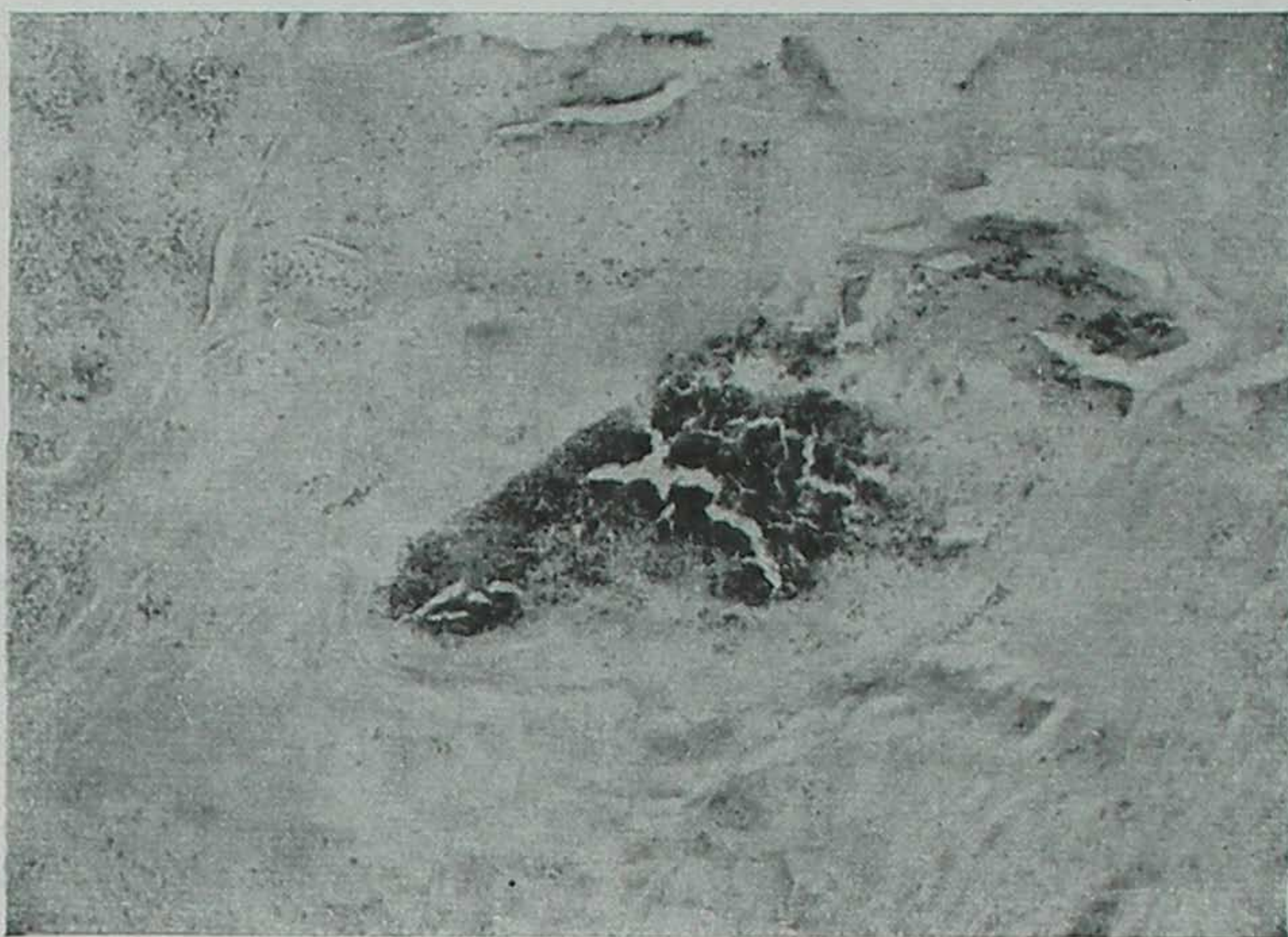
Lâmina 3.843 — Actinomyces bovis — Língua de boi — 2.º caso



S. A. de Queiroz
Actinomicose cervico-torácico



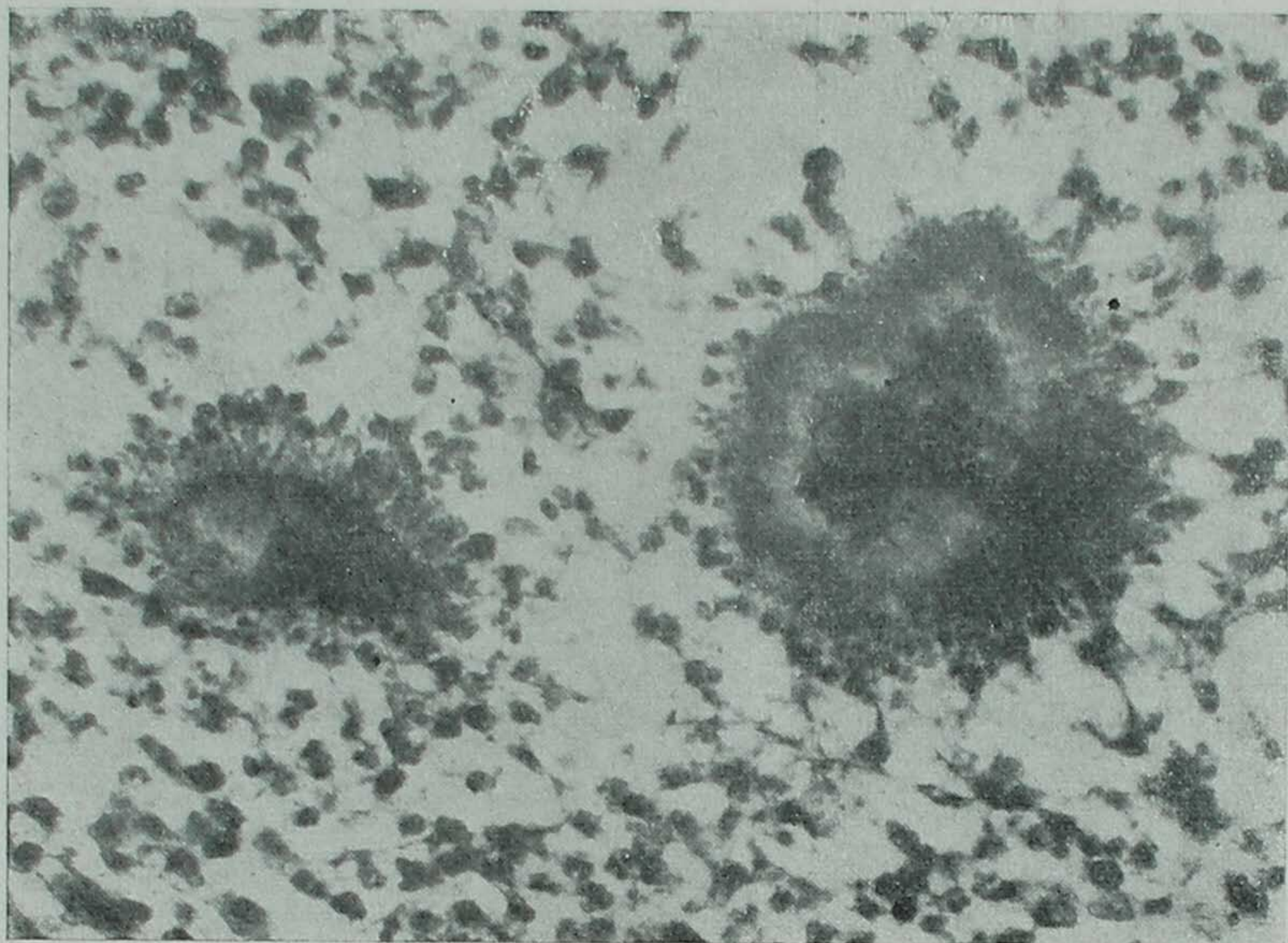
Lâmina 2.026 — *Actinomyces brasiliensis*
— Micetoma da mão — Doente: B. T.



Lâmina 2.026 — *Actinomyces brasiliensis* — Micetoma
da mão — Doente: B. T.



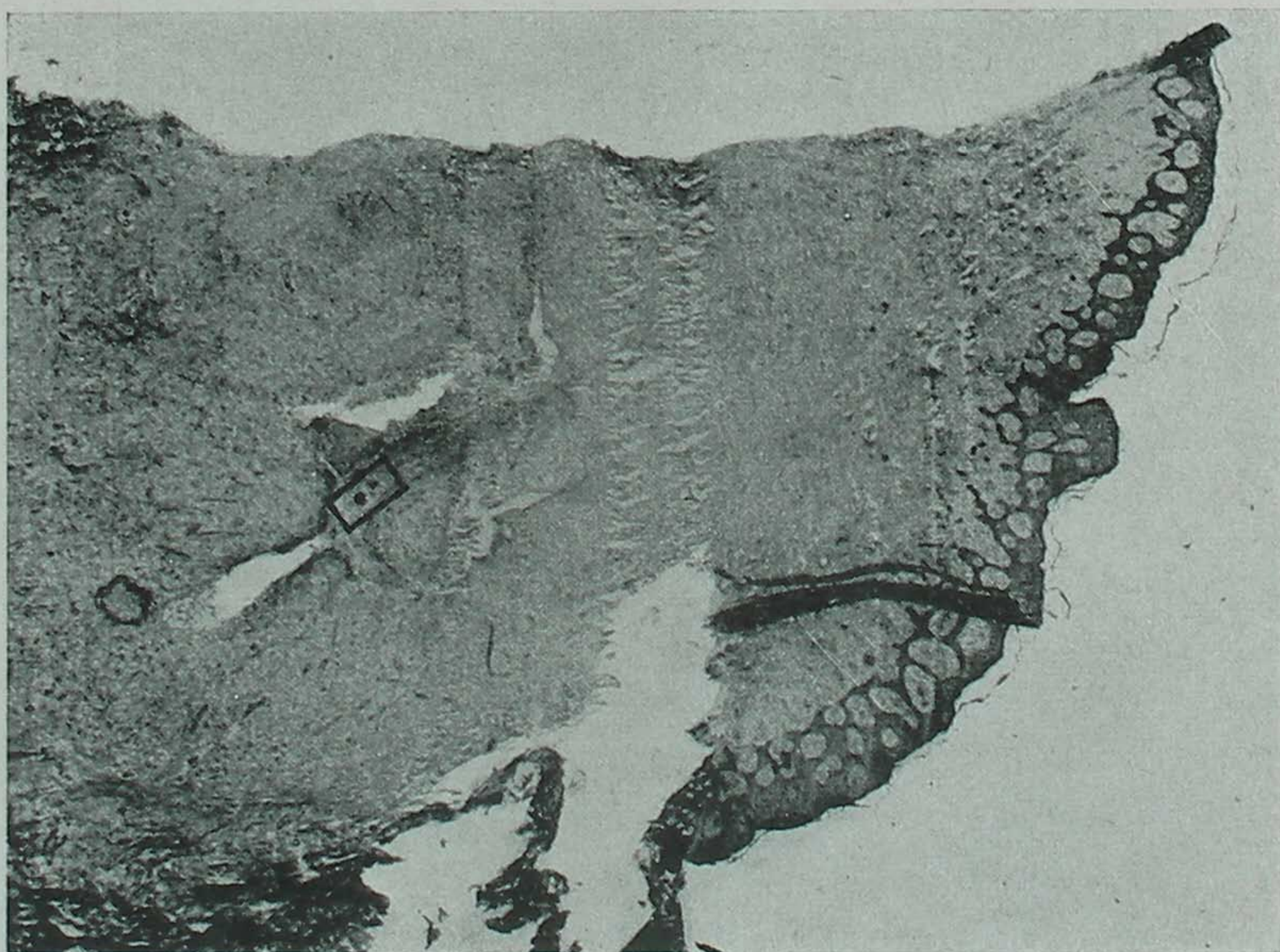
Actinomyces brasiliensis — Pus — Granulo actinomicótico
Doente: A. de Jesus



I

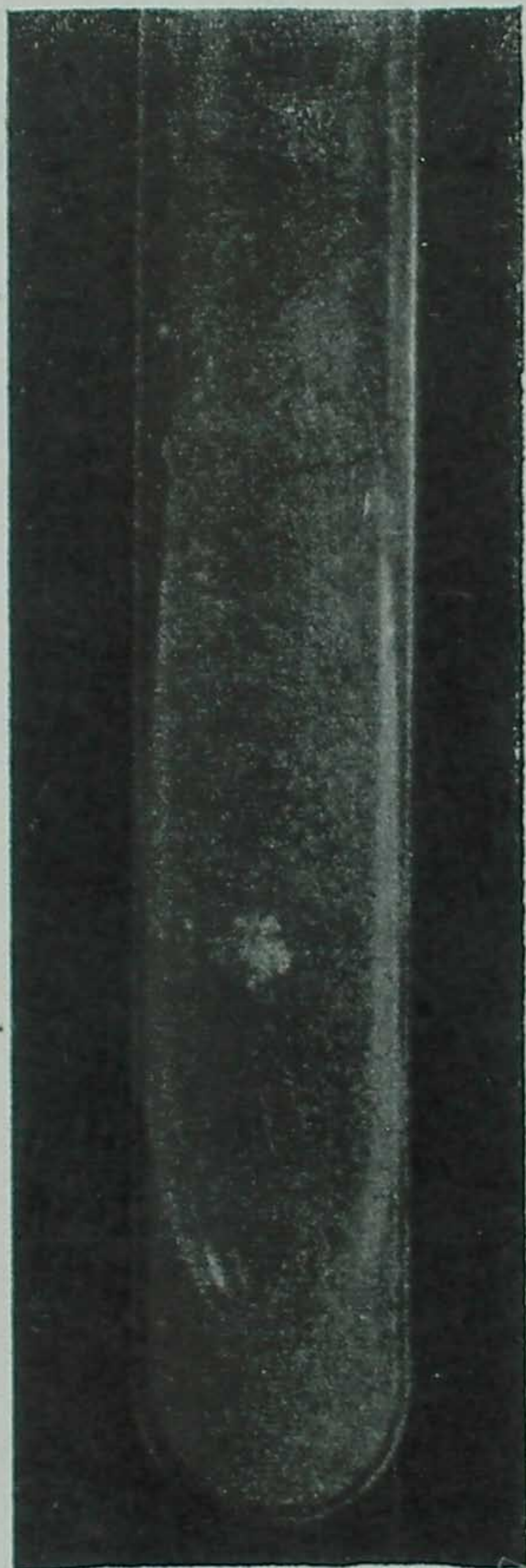
Lâmina n.º 3760 — 1941

Micetoma do joelho e coxa

Doente — A. de J. de Oliveira — *Actinomyces brasiliensis*.

II

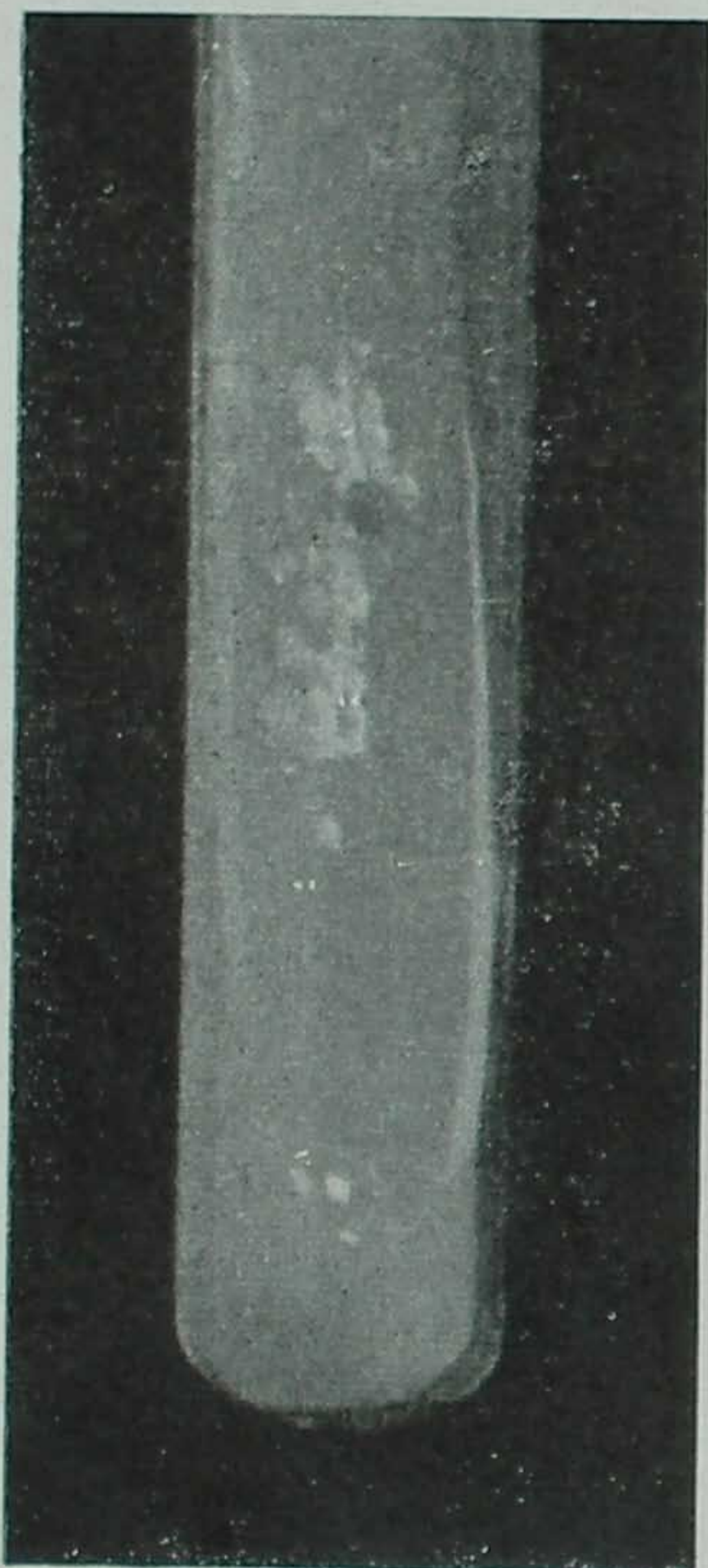
- 1) O fungo no tecido da microfotografia n.º 2.
- 2) Corte da pele e tecido fistuloso subjacente.



Actinomyces brasiliensis - A. de Jesus
Cultura em Agar
simples — 28 dias
Temperatura ambiente.



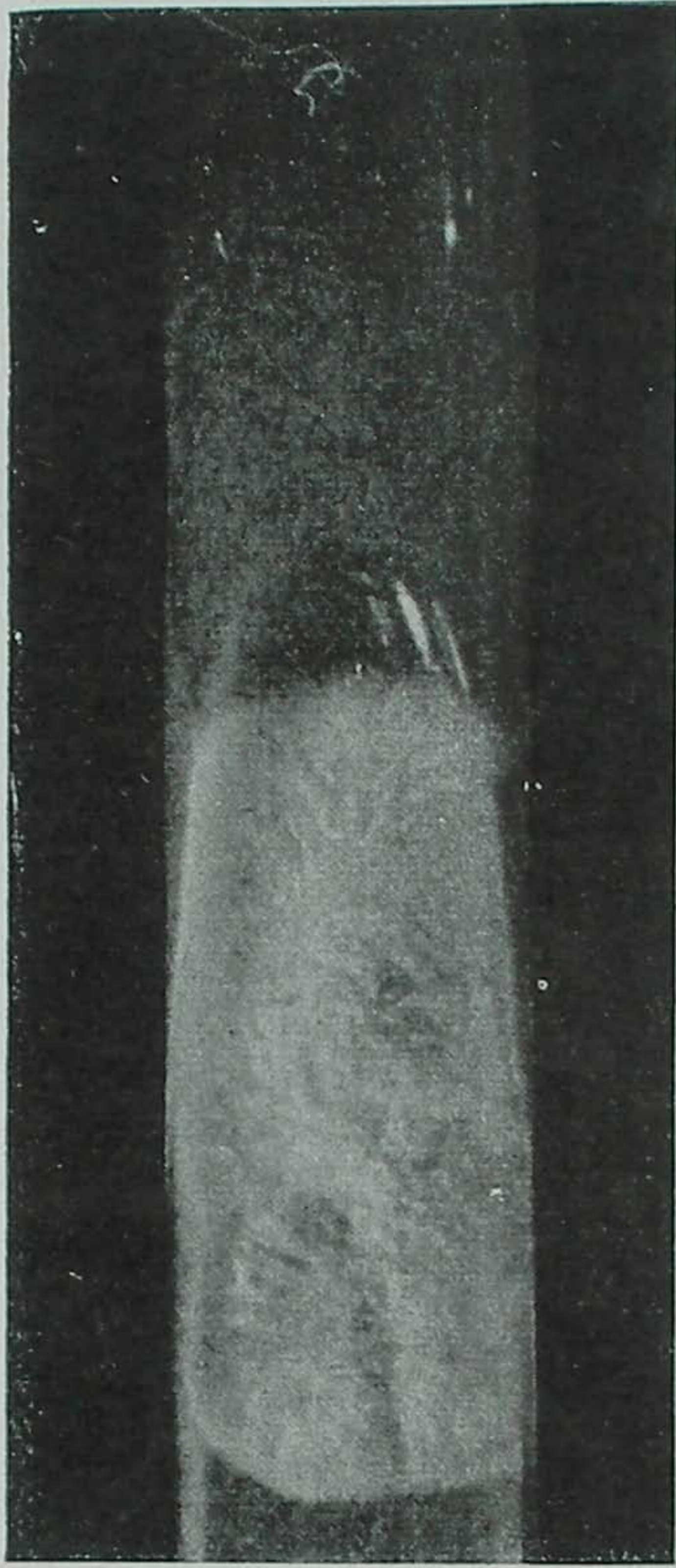
Actinomyces brasiliensis.
J. P. Coelho — Cultura em
batata 32 dias — Tempe-
ratura ambiente.



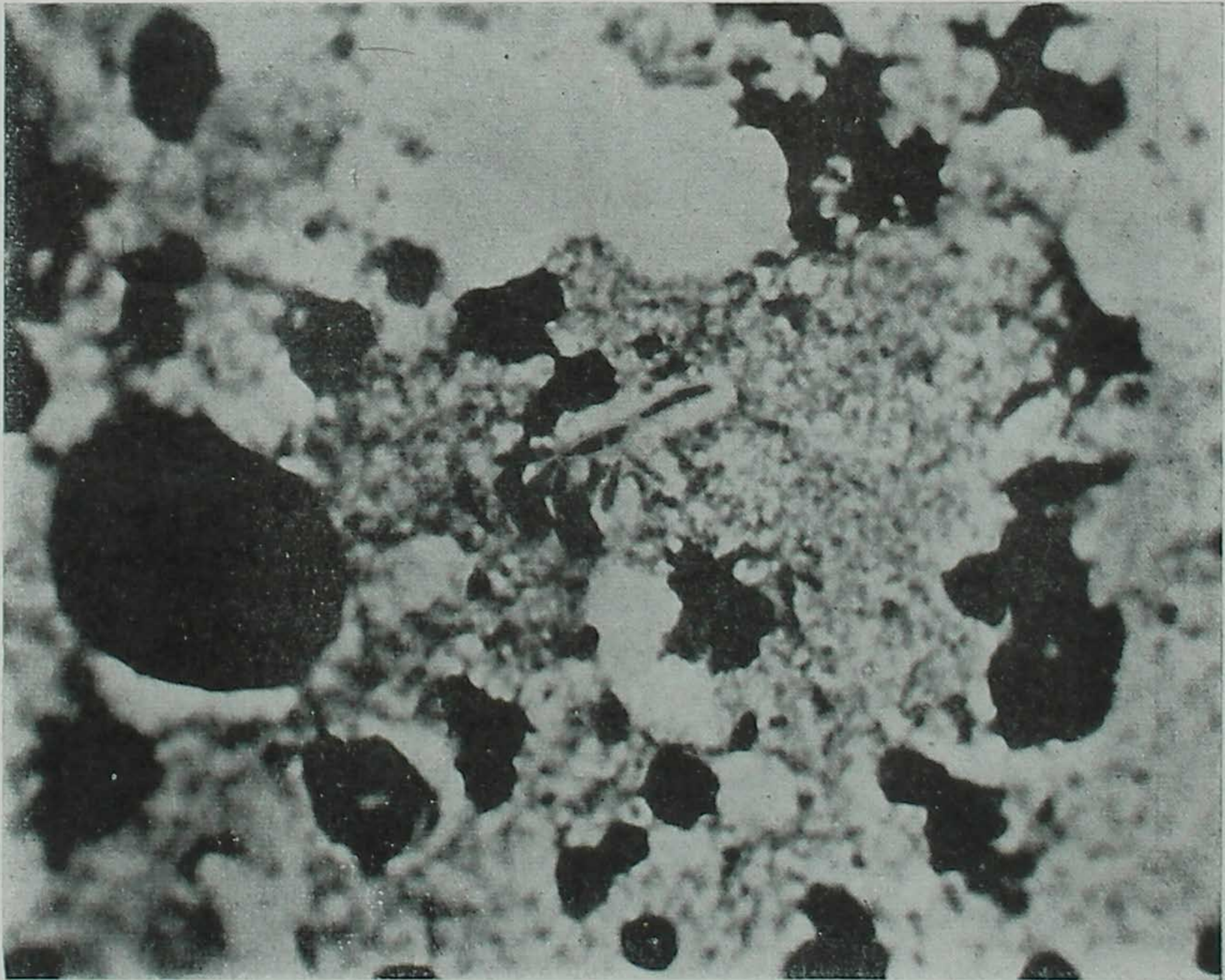
Actinomyces brasiliensis S. A. de Queiroz. — Cultura em Agar simples 32 dias — Temperatura ambiente.



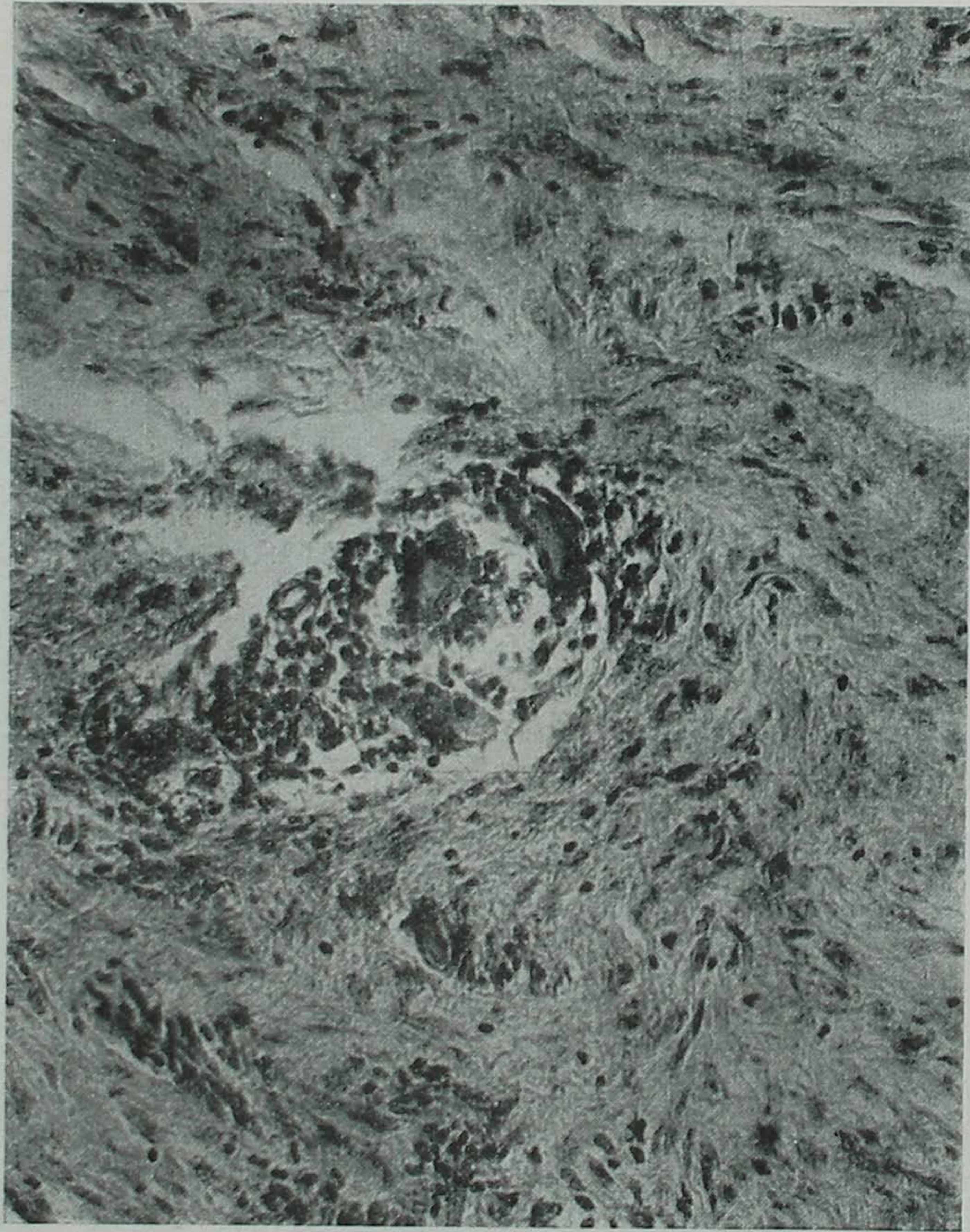
Proactinomyces Asteroides Var. Decolor — J. Rodrigues — Sabouraud maltosado 32 dias — Cultura, temperatura ambiente.



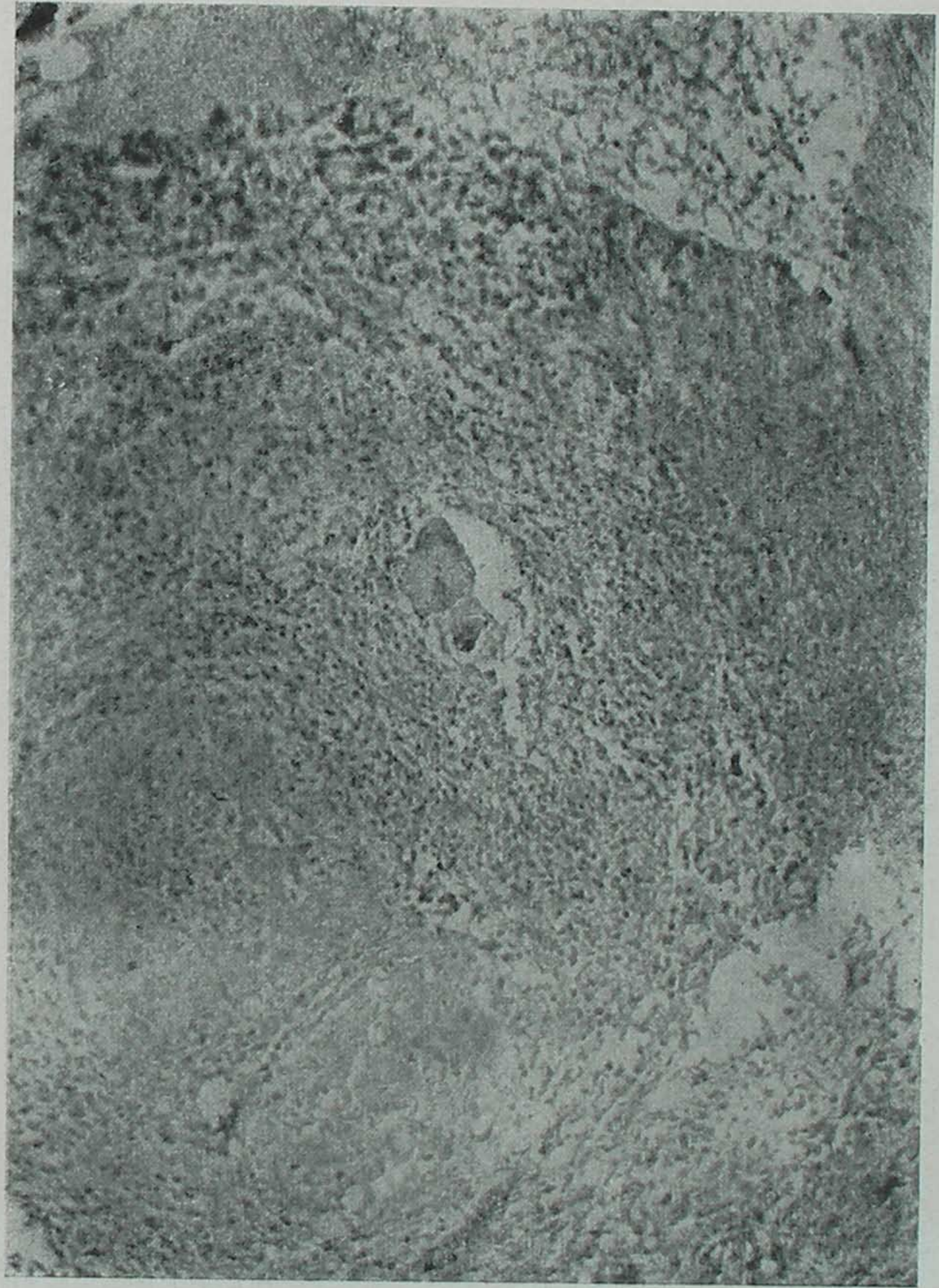
Rhinocladium Beurmanni M. F. de S.
Sabouraud maltosado 25 dias
Lesão pseudo-actinomicótica da face.



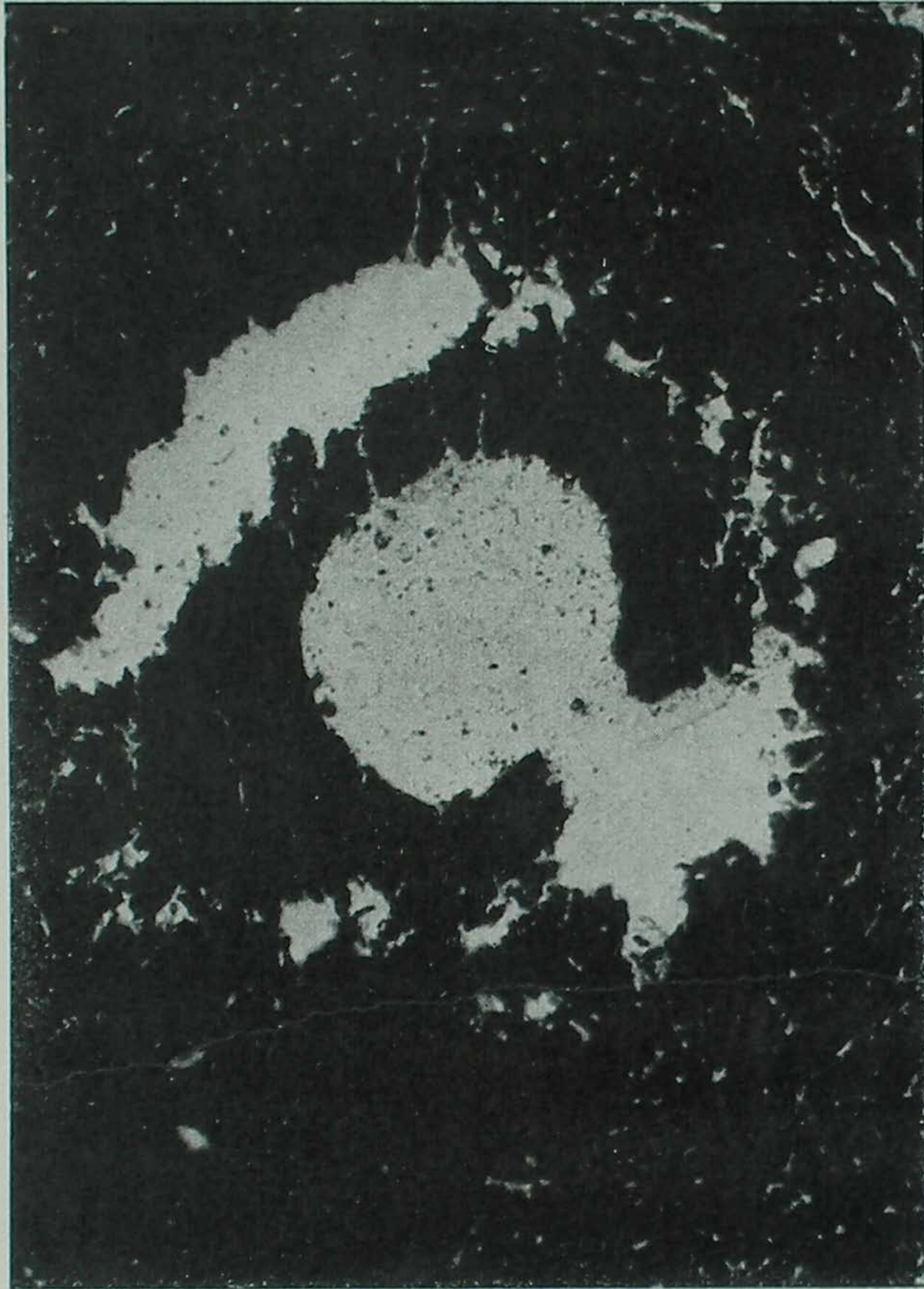
Esfregaço do pús de M. F. de S.; vêm-se muitas fórmãs em "navette".



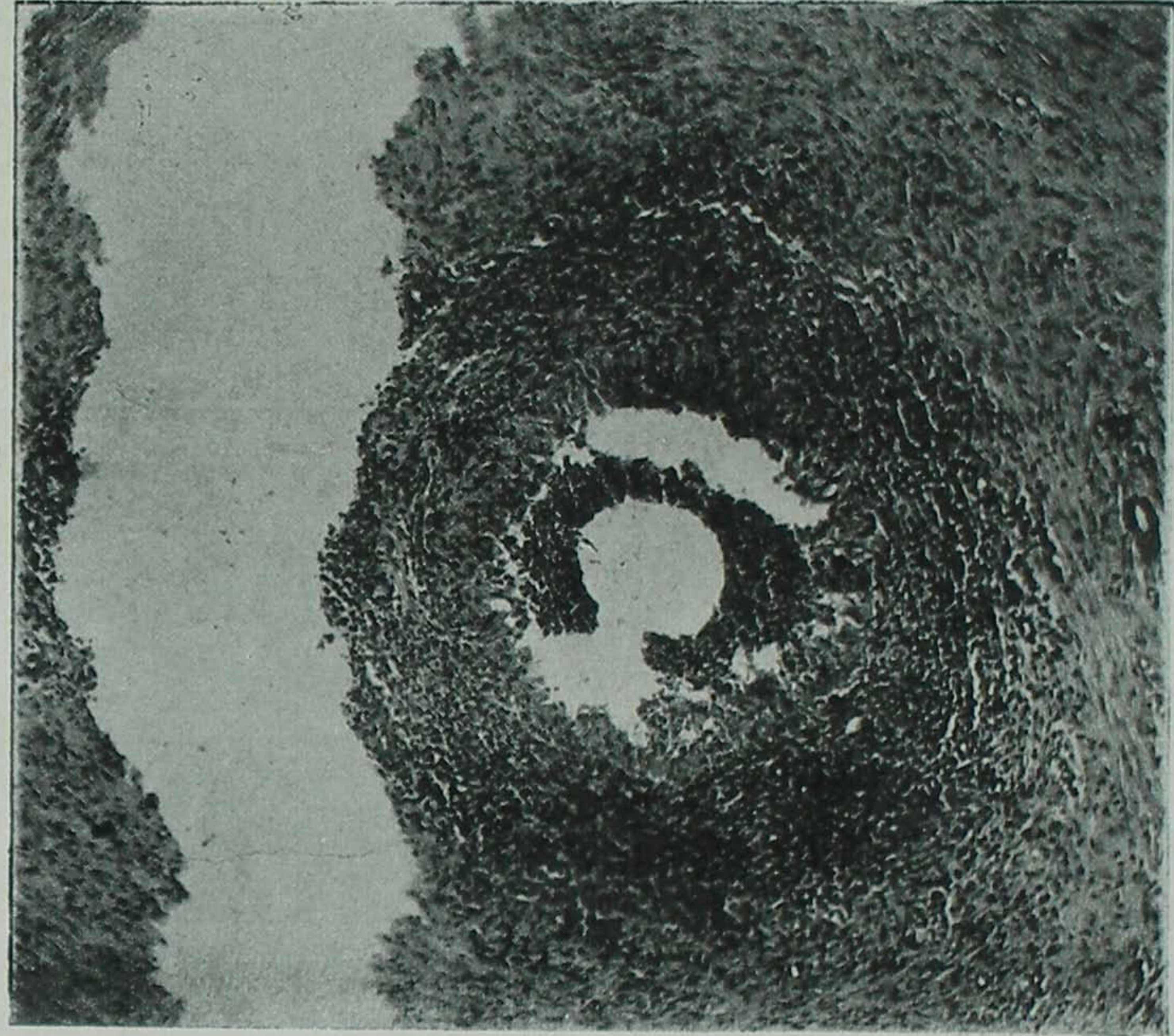
Doente A. M.
Pseudo-actinomyces do braço, pelos sais de cálcio.



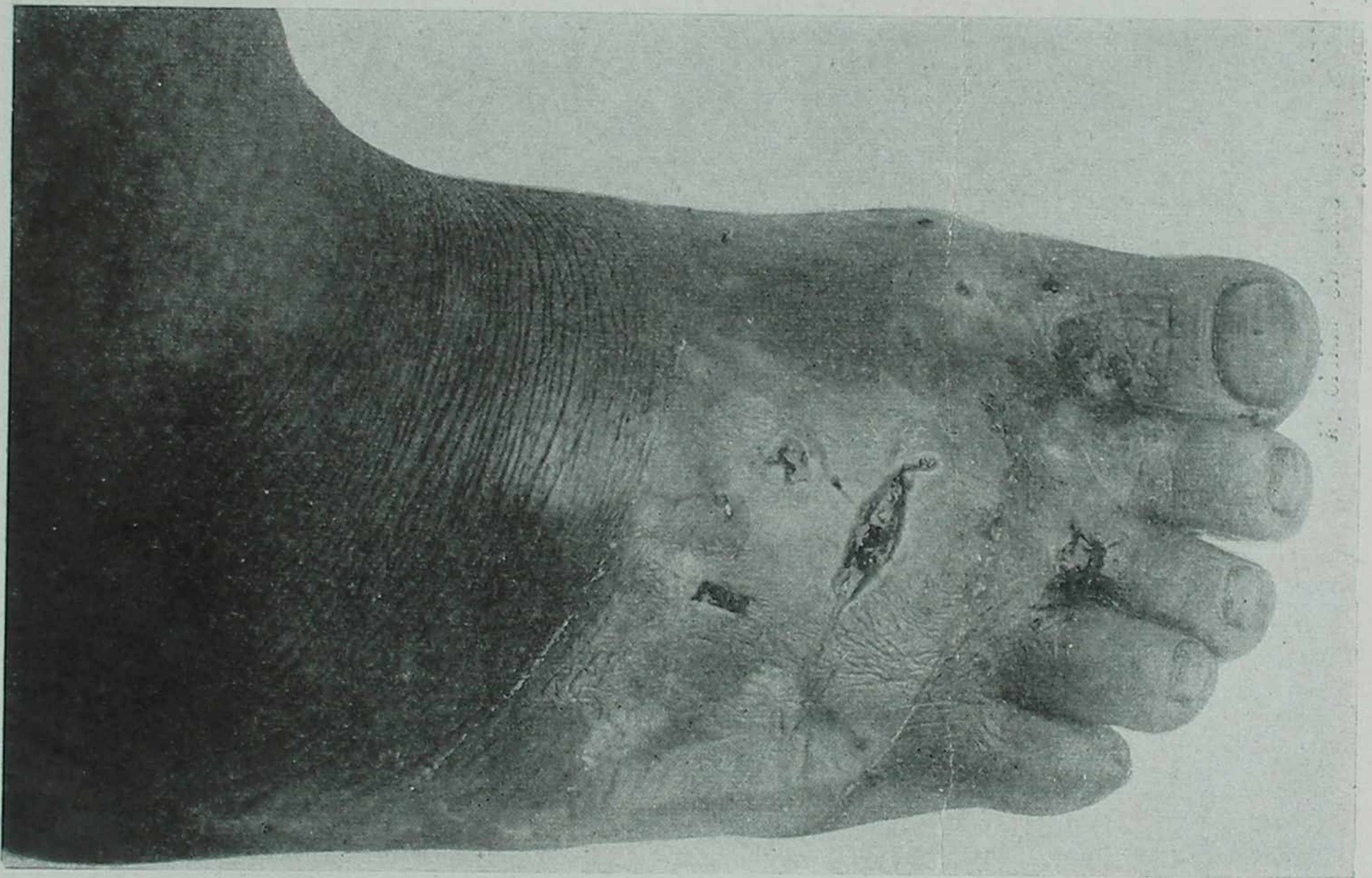
Doente A. M.
Fóco de pseudo-actinomyces do braço, pelos sais de cálcio.
Método de Kossa.



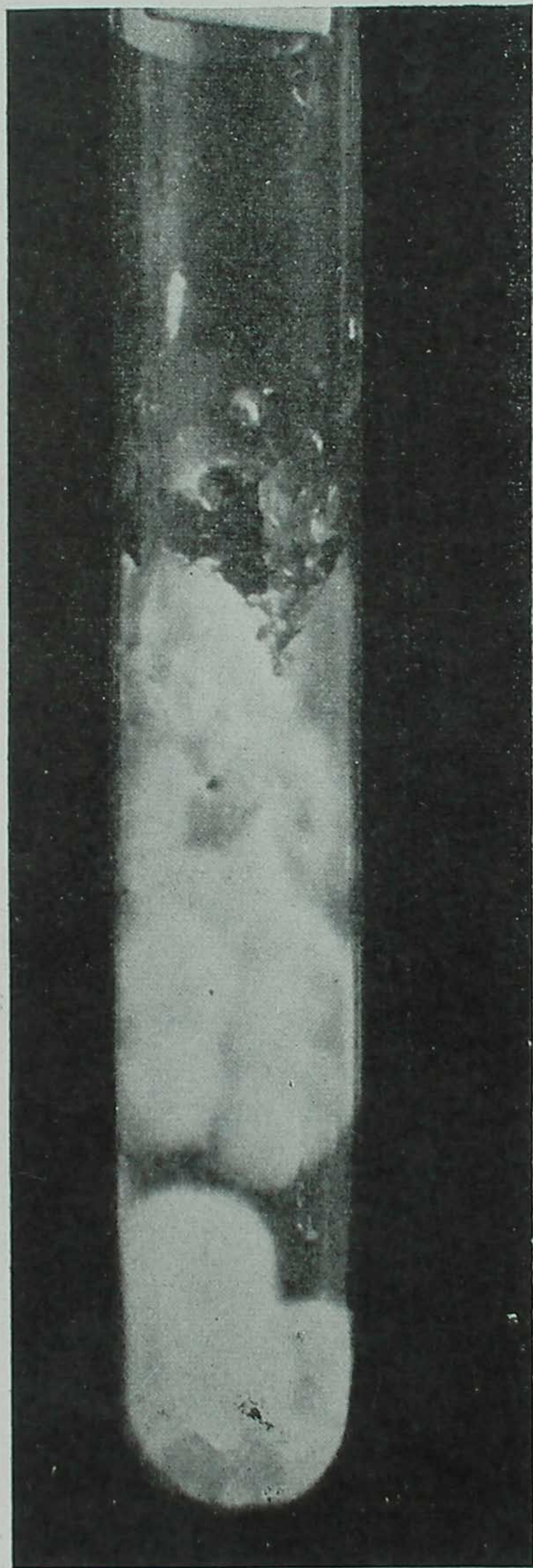
Doente A. M.
Granulo pseudo-actinomycótico no braço, pelos sais de cálcio já despedaçados pela compressão.



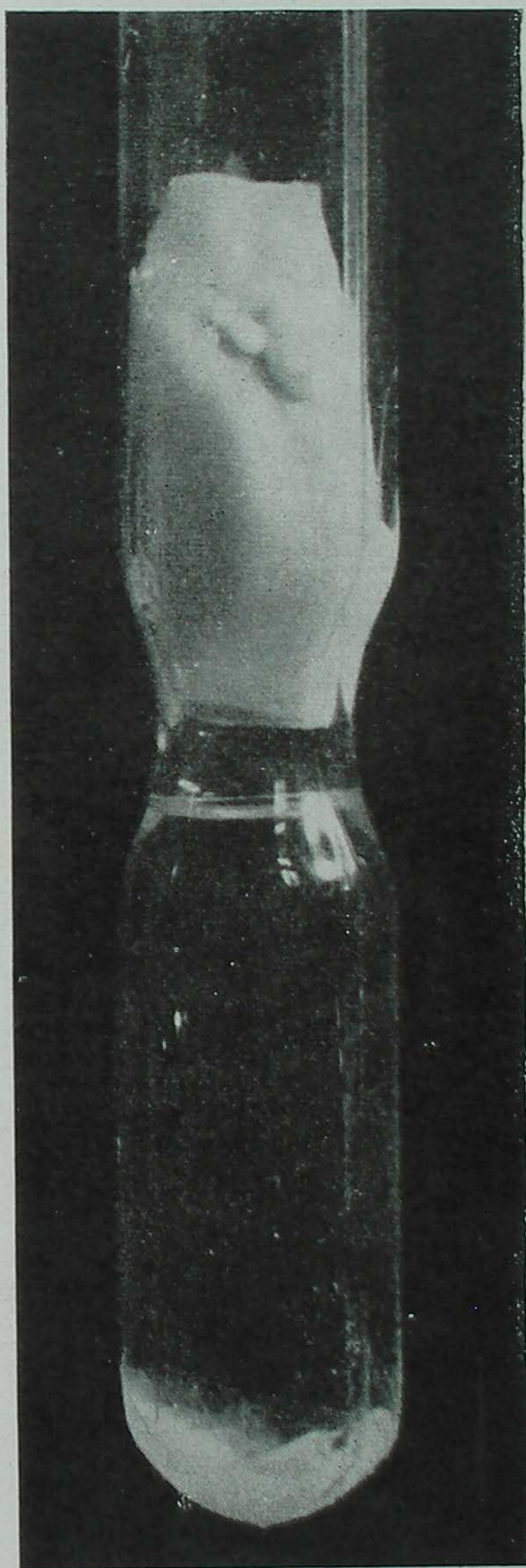
Doente A. M.
Corte anterior com aumento forte, mostrando vestígios dos sais de cálcio despedaçados pelo compressão.



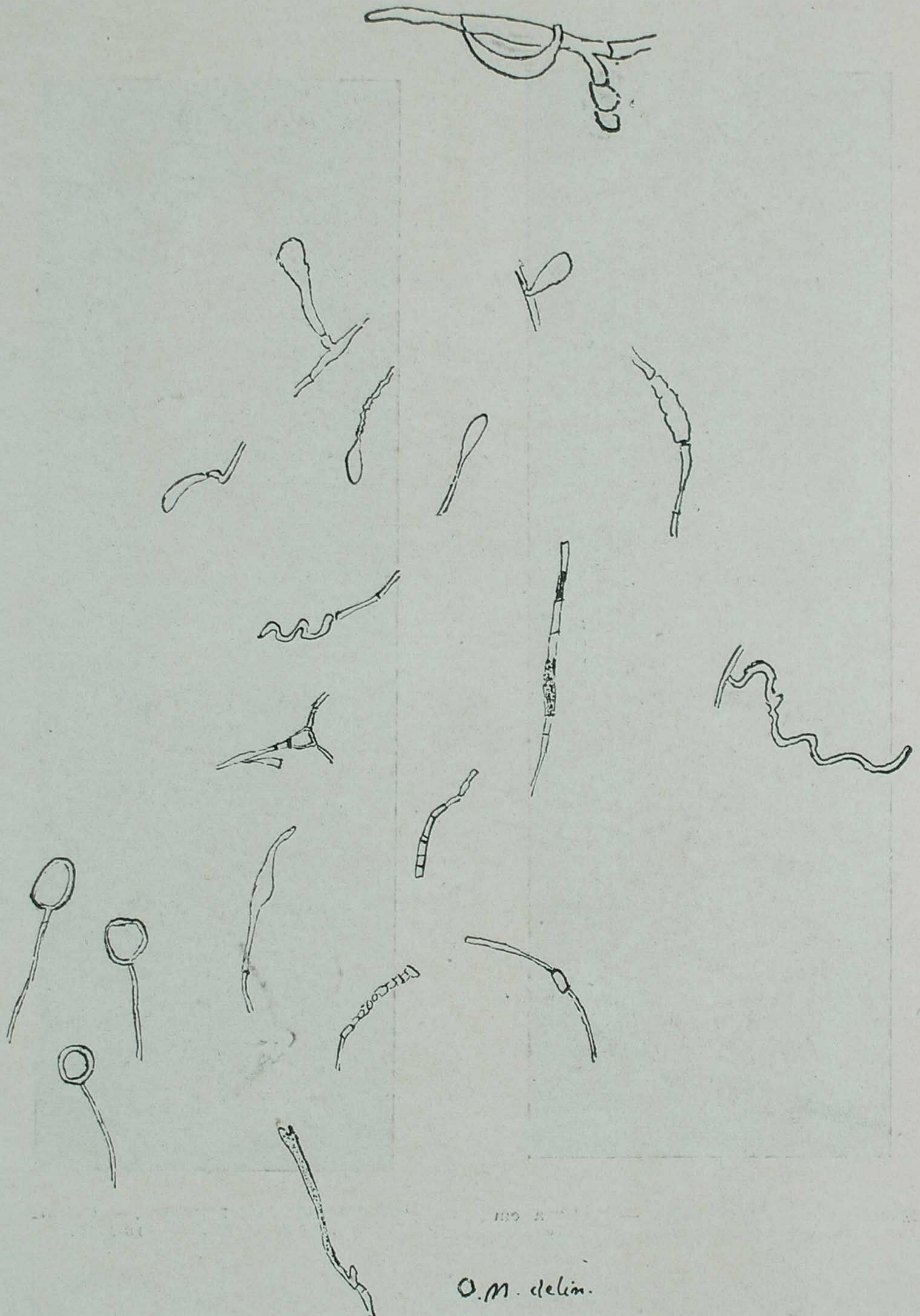
Micetoma podal — Doente R. V. da Silva — *Monosporium apiospermum*.



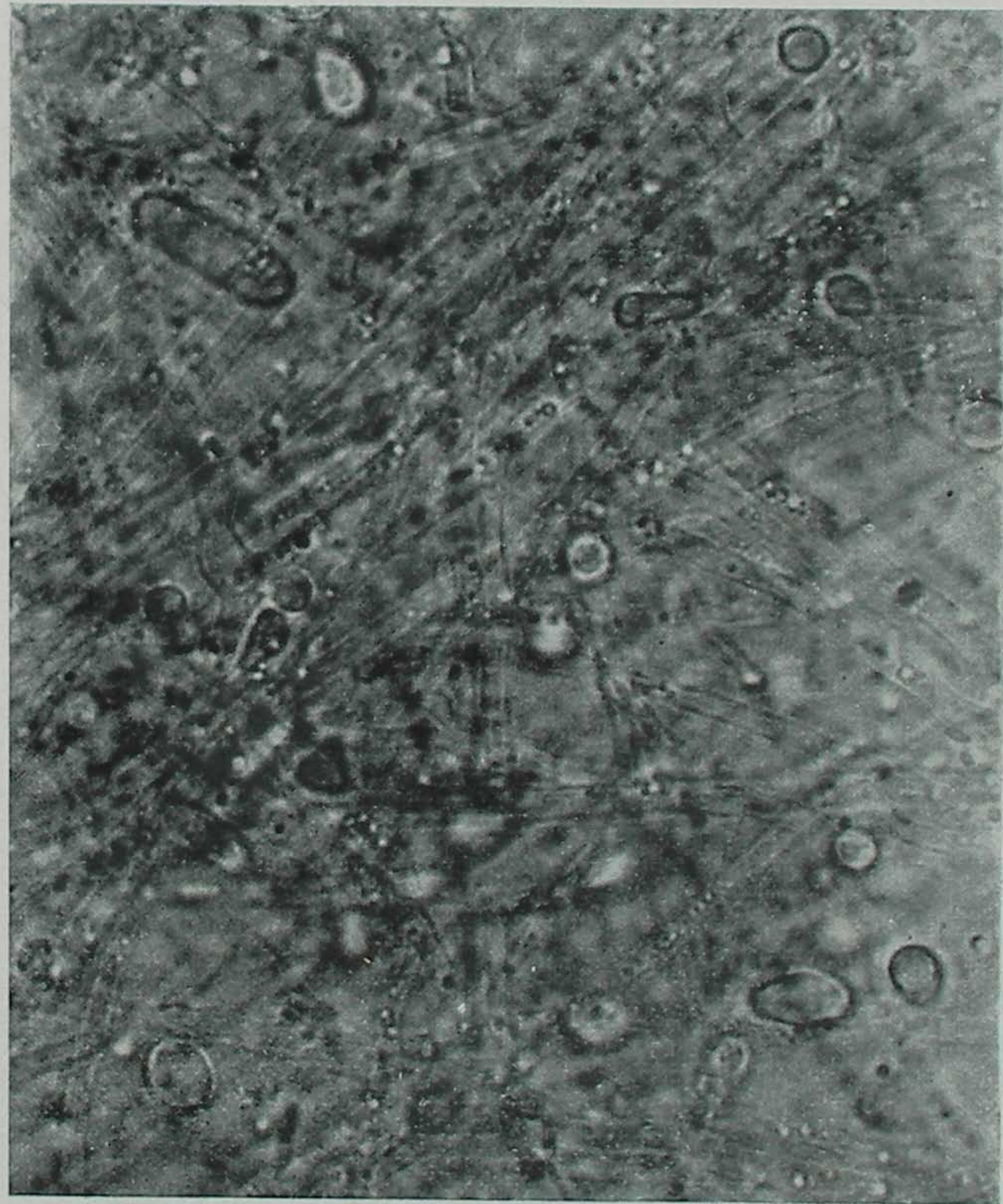
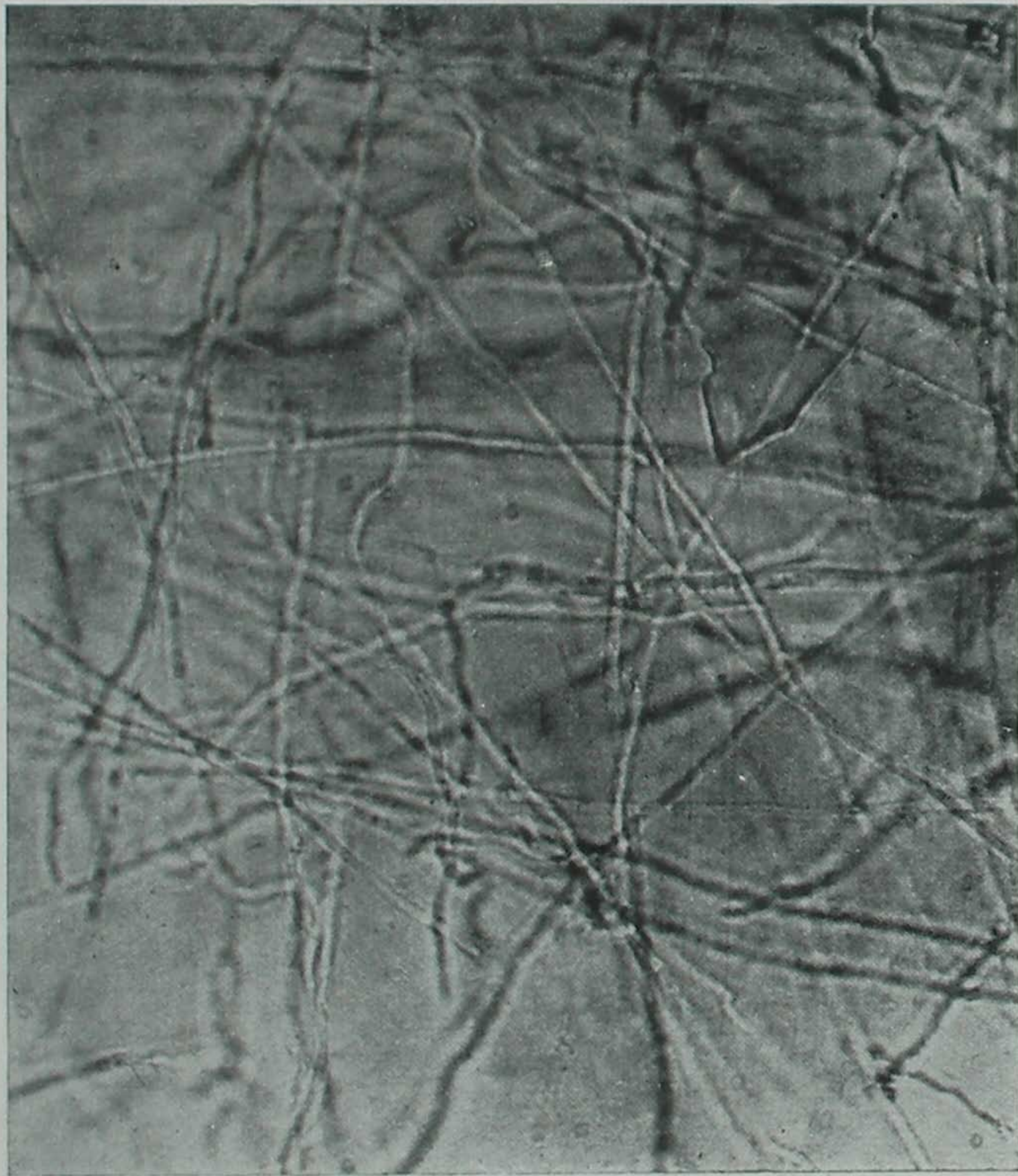
Monosporium Apiospermum — Cultura em Sabouraud maltosado 40 dias



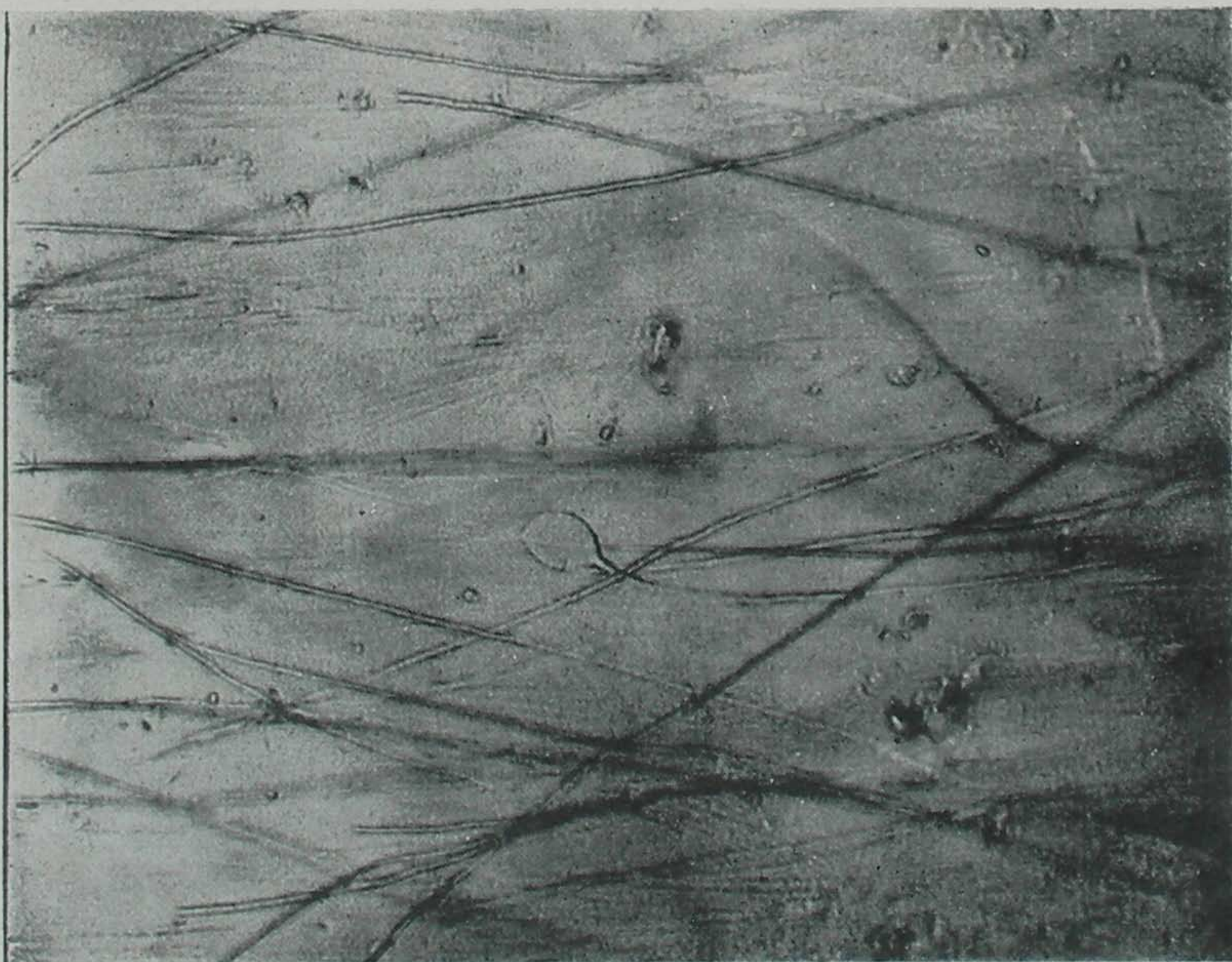
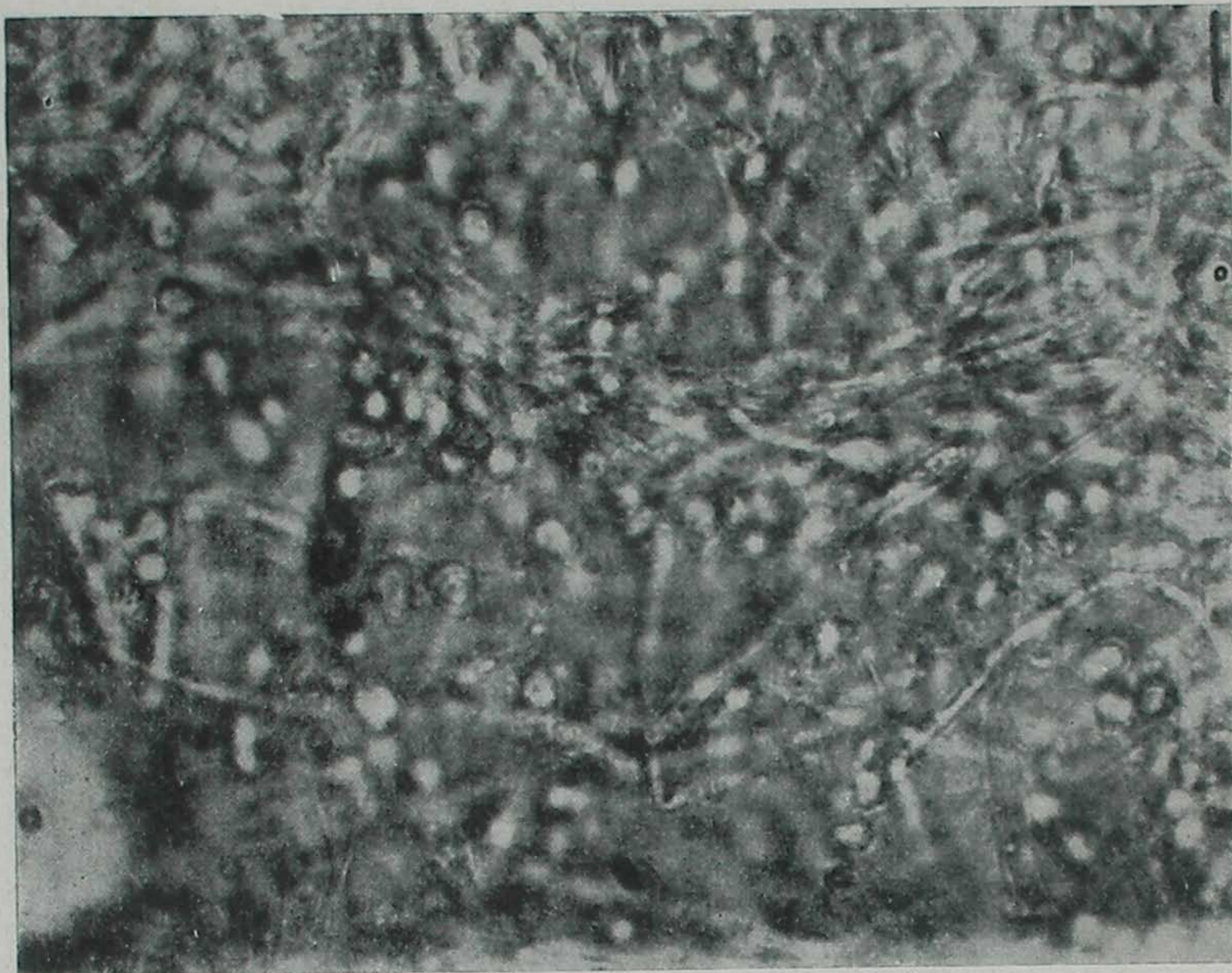
Monosporium Apiospermum — Cultura em batata 16 dias — 10-5-46.



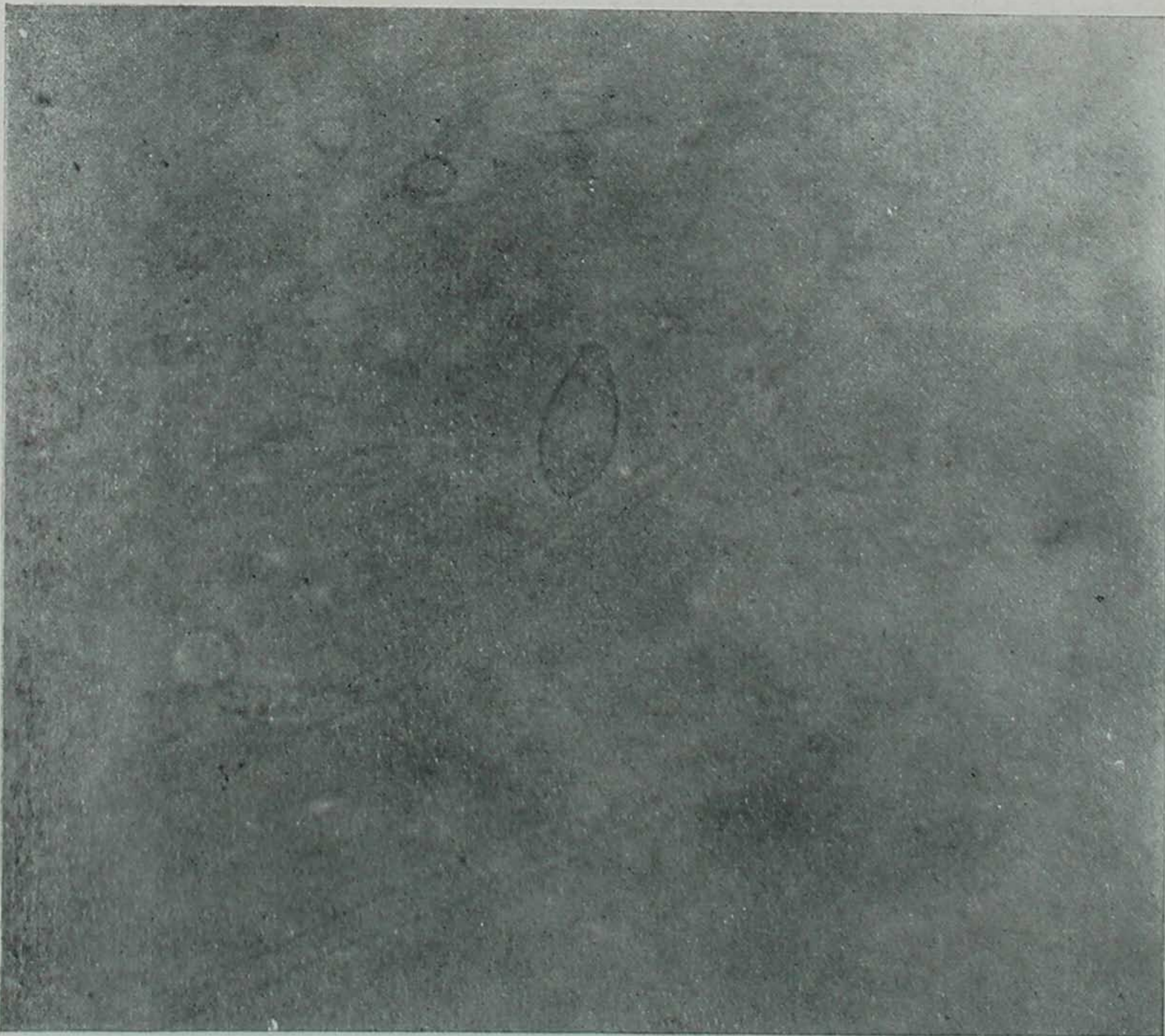
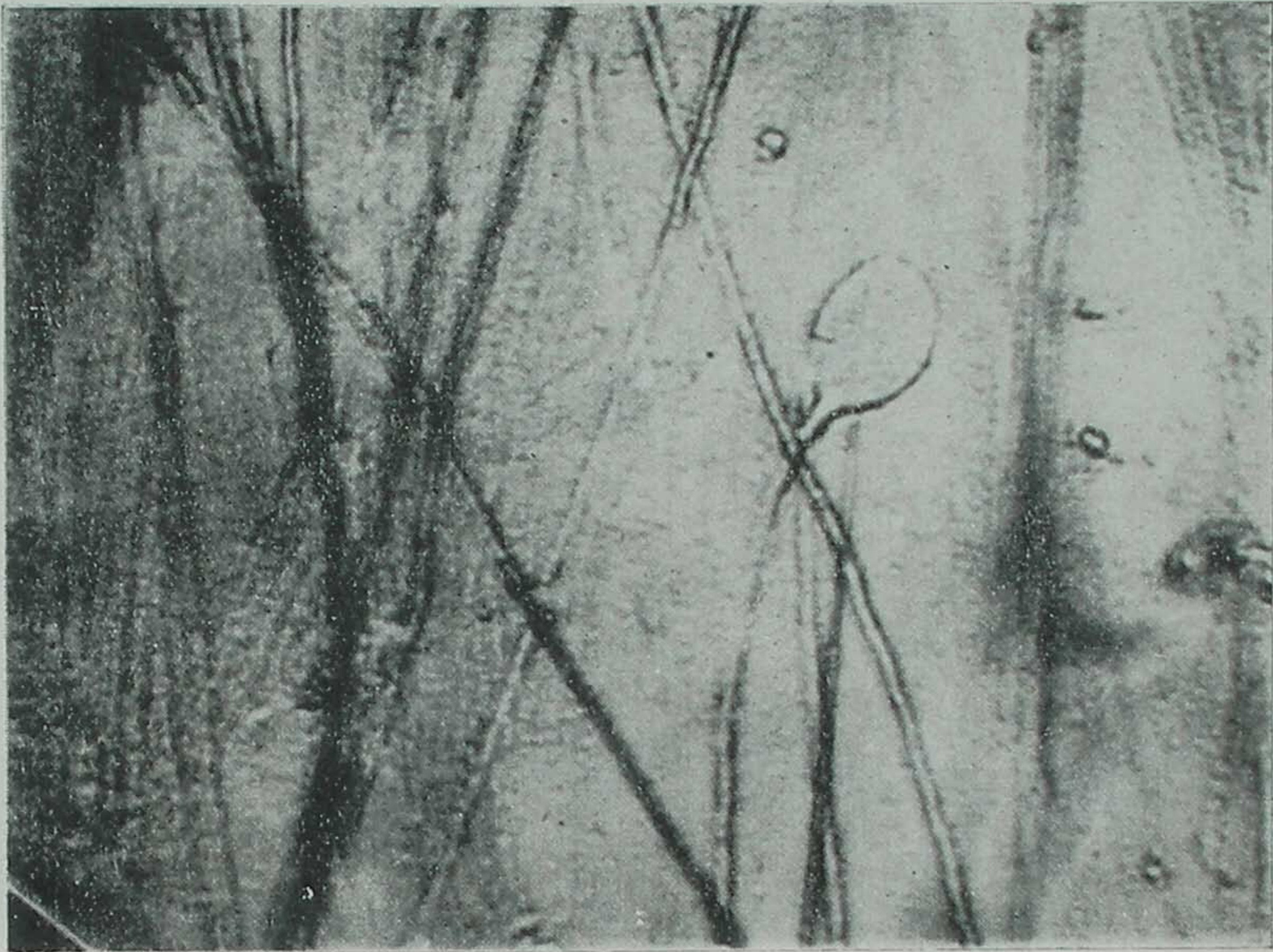
Monosporium apiospermum — Diferentes formações já conhecidas neste cogumelo.



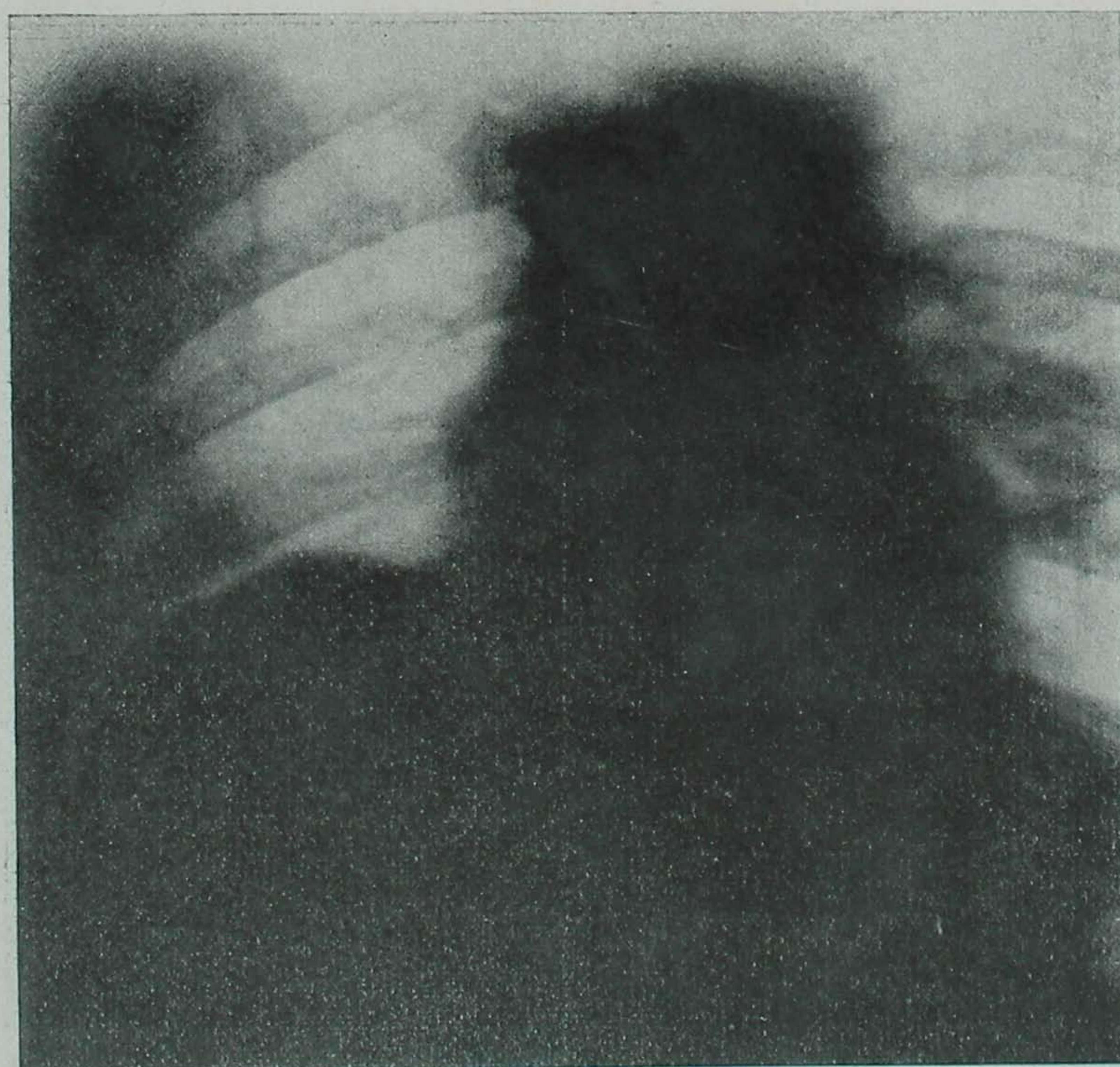
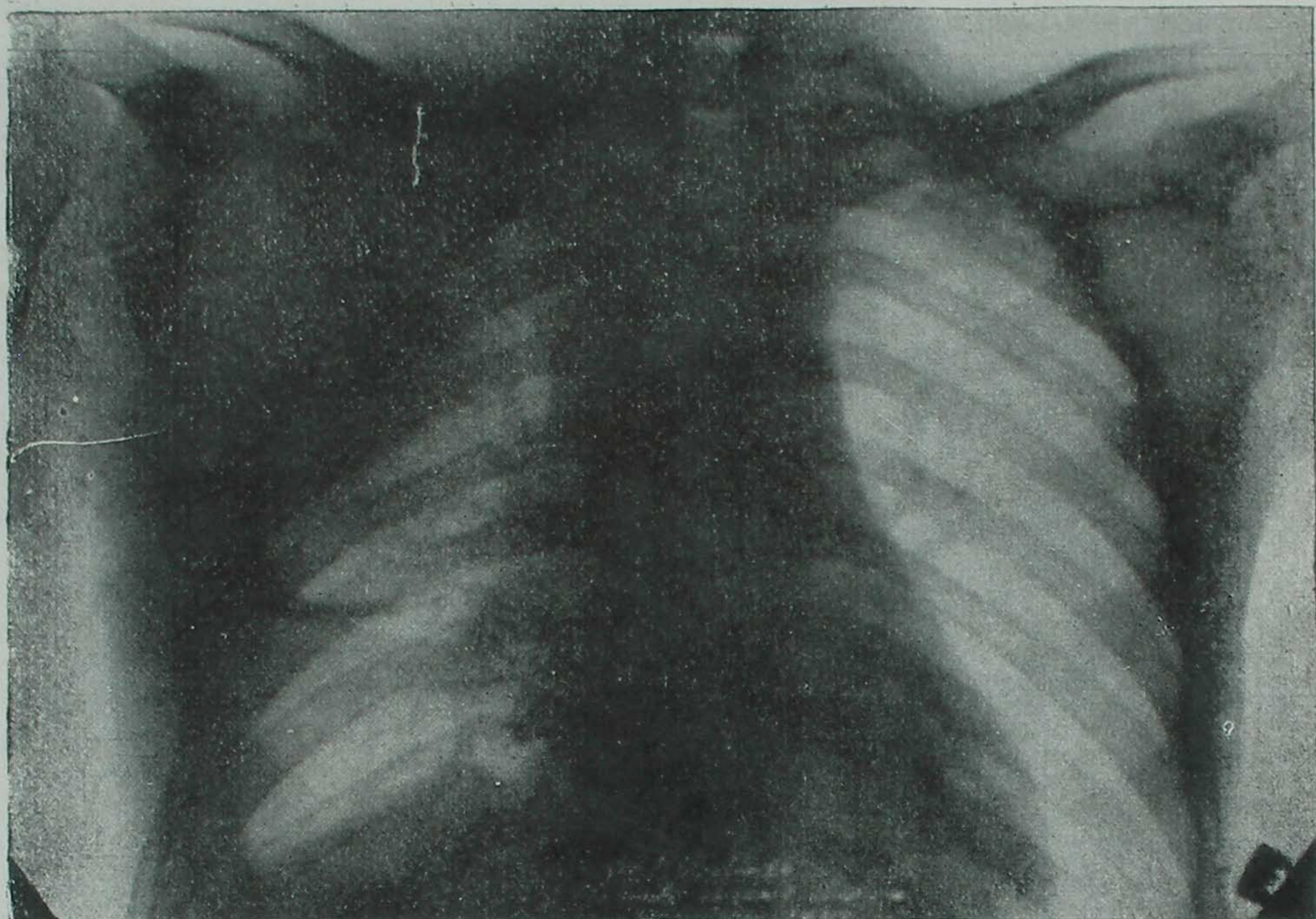
Monosporium apiospermum: 1 — Cultura em Sabouraud líquido. *Filamentos micelianos*: 2 e 3 — Filamentos micelianos e aleurias piriformes e subglobosas.



Monosporium aplosporum — Cultura em Sabouraud líquido



Monosporium apiospermum — Cultura em Sabouraud líquido Filamentos micelianos e aleurias piriformes.



Em cima V. C. da Silva e em baixo J. R. da Silva

