

## OCORRÊNCIA DE BLASTOMICOSE QUELOIDEANA ENTRE ÍNDIOS CAIABÍ

R. G. BARUZZI (1), Carlos d'ANDRETTA Jr. (2), Sílvio CARVALHAL (3),  
Oswaldo Luiz RAMOS (4) e Paulo Lima PONTES (5)

### RESUMO

Os Autores descrevem aspectos clínicos e anátomo-patológicos de nove novos casos de blastomicose queiloideana observados entre os índios Caiabí, no Parque Nacional do Xingu, Estado de Mato Grosso, Brasil Central.

### INTRODUÇÃO

Em 1931, JORGE LÔBO<sup>12</sup> descreveu nova forma de blastomicose, de localização cutânea, encontrada em um doente procedente do Amazonas, que apresentava numerosos nódulos queloidiformes na região lombo-sacra. O exame microscópico de material sero-purulento obtido de um nódulo supurado e o estudo histológico de material retirado por biopsia de um dos nódulos fechados, revelou a presença de numerosos parasitas de forma redonda, com membrana de duplo contorno, reproduzindo-se por gemulação simples.

No decorrer dos anos, novos casos foram descritos por diferentes Autores, sendo esta entidade atualmente denominada: Blastomicose do tipo JORGE LÔBO<sup>6</sup>, Blastomicose Queiloideana ou Doença de JORGE LÔBO<sup>3</sup>. Seu agente etiológico é o *Paracoccidioides loboii*<sup>11</sup>.

Em recente revisão, JORGE LÔBO<sup>14</sup> faz um relato de 34 casos registrados na literatura, dos quais 28 ocorreram no Brasil (Amazonas, Pará e Acre), 3 na Venezuela, 1 na Colômbia, 1 no Panamá e 1 em Costa Rica. A ocorrência da doença nestes dois

últimos países demonstra que ela não incide exclusivamente na bacia Amazônica, como inicialmente parecia.

Além dos 34 casos acima relatados por LÔBO, encontramos na literatura a descrição de 4 novos casos, sendo 3 na Guiana Francesa (1960-1963)<sup>5, 7, 22</sup> e 1 no Brasil (1963)<sup>15</sup>, completando um total de 38 casos.

No presente trabalho apresentamos mais nove casos, por nós observados entre os índios Caiabí, no norte do Estado de Mato Grosso. Estes índios foram por nós examinados em julho e setembro do corrente ano, no Parque Nacional do Xingu, onde estivemos como participantes de um grupo de médicos da Escola Paulista de Medicina, em decorrência do Convênio existente entre o "Instituto de Medicina Preventiva" desta Escola e o Parque Nacional do Xingu e que se destina a proteger a população indígena do Parque pelo levantamento do seu índice de saúde e pelo delineamento das medidas necessárias à sua preservação.

Em viagem anterior (1965), havíamos examinado um índio portador de lesões cutâneas nos braços, pernas e face poste-

- (1) Assistente de Ensino Superior do Departamento de Medicina e do Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina
- (2) Professor de Parasitologia da Escola Paulista de Medicina
- (3) Chefe da Disciplina de Clínica Médica Geral e Patologia Aplicada, do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina
- (4) Chefe da Seção de Metabolismo e Nutrição do Departamento de Medicina da Escola Paulista de Medicina, São Paulo
- (5) Doutorando em Medicina da Escola Paulista de Medicina

rior do tórax. Nos membros as lesões tinham aspecto cicatricial, com formações nodulares e tuberosas, duras, hipocrômicas. No tórax, apresentava na região escapular esquerda diversos nódulos queloidiformes, com 1 cm de diâmetro, agrupados. Foi feito esfregaço em lâmina, com material aspirado de um dos nódulos, corado pelo Leishman, constatando-se a presença de numerosos parasitas semelhantes ao *Paracoccidioides loboii*. Este índio, de nome Coá, juntamente com seu irmão Acuaxi, já haviam sido examinados no Hospital Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, em 1953, por NERY GUIMARÃES & PEREIRA FILHO<sup>19</sup>, sendo feito na ocasião o diagnóstico de blastomicose cutânea.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Alertados da existência de outros indivíduos com lesões semelhantes na aldeia Caiabí, da qual estes dois índios eram originários, para lá nos dirigimos.

Os índios Caiabí pertencem ao grupo lingüístico tupi-guarani, são de estatura baixa a mediana e de grande resistência física. Foram citados por KARL VON DEN STEINEN<sup>20</sup>, em 1887, em seu livro "Entre os Aborígenes do Brasil Central", como índios hostís. Estavam localizados anteriormente entre os rios Teles Pires e Arinos, formadores do rio Tapajós. As primeiras tentativas de aproximação por parte dos civilizados foram feitas em 1935, pelo Serviço de Proteção aos Índios. Parte destes índios se transferiram para a área atualmente ocupada pelo Parque Nacional do Xingu, em dois grupos, nos anos de 1956 e 1962. Neste local são em número aproximado de 130, dedicando-se à caça, pesca e principalmente ao cultivo da mandioca, amendoim e batata-doce.

Entre os Caiabí, a blastomicose queloidiana é conhecida por *Miraíp* — "o que arde" — sintomatologia presente na fase inicial das lesões.

Os índios mais idosos contam que a doença apareceu pela primeira vez na antiga aldeia Caiabí, existente entre os rios Teles Pires e Iputá, após terem capturado cinco crianças pertencentes a uma tribo denominada Ipeuí e que apresentavam lesões da pele. Estas crianças se integraram na vida

da aldeia, gozando de inteira liberdade e, posteriormente, ao surgirem os primeiros casos da doença entre os Caiabí, foram sacrificadas.

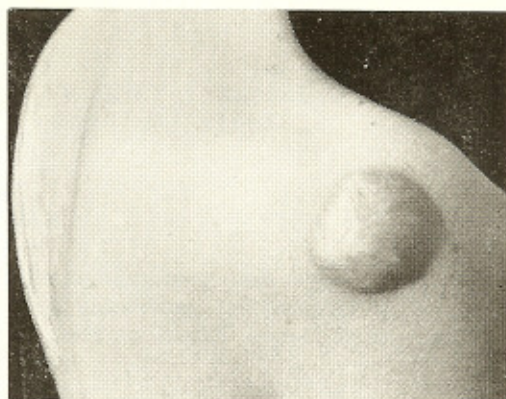


Fig. 1 — Formação queloidiforme (Caso n.º 2)

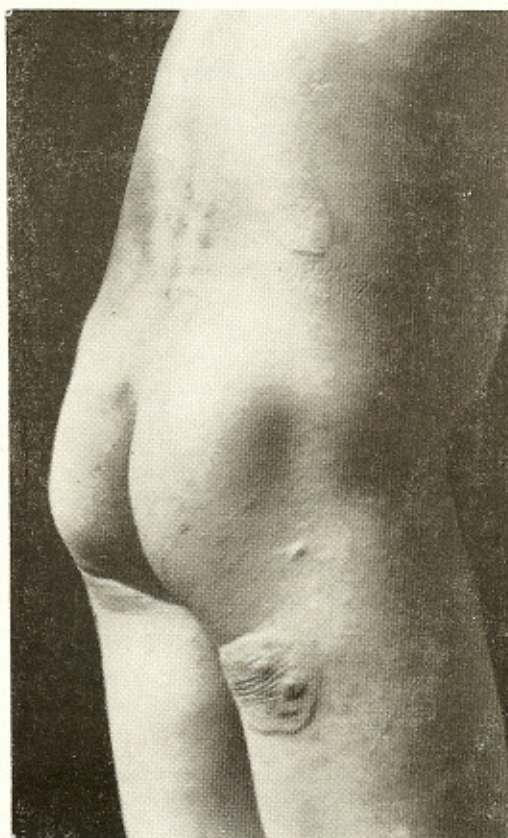


Fig. 2 — Pápulas e placas infiltradas  
(Caso n.º 8)



Fig. 3 — Lesões disseminadas (Caso n.º 9)

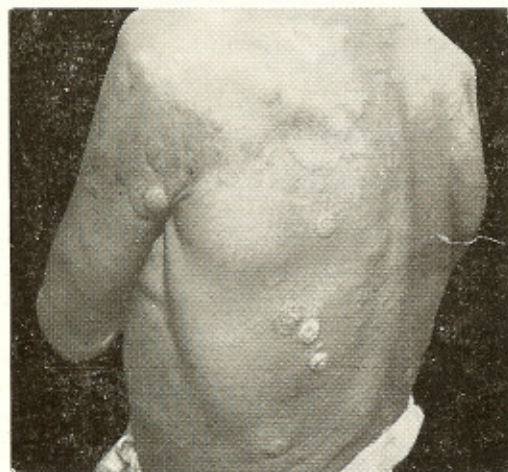


Fig. 4 — Lesões disseminadas (Caso n.º 9)

Outra versão acusa o aparecimento da doença, após terem aprisionado um moço com lesões de pele, pertencente a uma tribo não identificada.

Entre os Caiabi que mudaram para a área do Parque Nacional do Xingu, não houve o aparecimento de novos casos, persistindo a doença nos já acometidos.

Ao examinarmos estes índios demos particular atenção à pesquisa de lesões cutâneas, sendo encontrados vários indivíduos acometidos de micoses superficiais descamativas, tanto adultos como crianças. Os que apresentavam lesões dermatológicas profundas eram submetidos a exame clínico e, a seguir, procedia-se à biopsia das lesões ou à aspiração de material de seu interior para esfregaço em lâmina.

Nos nove casos foi feito o diagnóstico de blastomicose queiloideana, com o encontro do parasita nos cortes histológicos, sendo que em dois destes casos houve o encontro concomitante do parasita em esfregaços corados pelo Leishman.

## RESULTADOS

### I) ASPECTOS CLÍNICOS

Ao passarmos à descrição dos nove casos, devemos assinalar que a idade dos índios foi calculada aproximadamente, baseada no aspecto físico.

*Idade:* Grupo etário de 20 a 28 anos — 5 casos; de 29 a 38 anos — 3 casos; acima de 39 anos — 1 caso.

*Sexo:* Masculino — 8 casos; feminino — 1 caso.

Quanto ao número de lesões verificadas em cada caso, podemos dividir os doentes em 3 grupos:

#### A) Com lesão única

1 — Tu., 24 anos, masculino — Nódulo no dorso da mão esquerda, redondo, com 1,5 cm de diâmetro, sem alteração da pele que o recobre. Pequena movimentação à palpação, mostrando-se prêso ao plano profundo. Indolor, ausência de reação ganglionar. Não sabia quando se havia iniciado a doença.

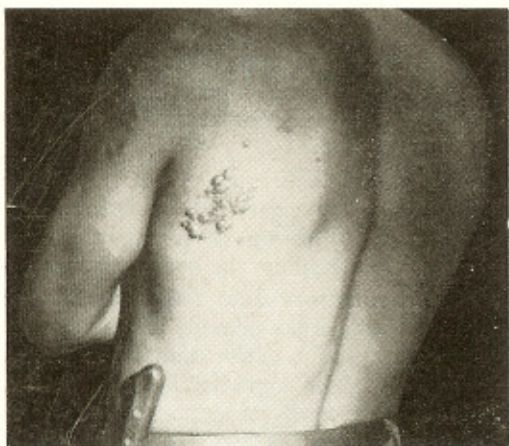


Fig. 5 — Nódulos queloidiformes (indio Coá)



Fig. 6 — Lesões cicatriciais e nódulos queloidiformes (Indio Coá)

2 — Co., 25 anos, feminino — Formação tipo quelóide na parte superior do ombro direito, circular, com 3,5 cm de diâmetro e 1 cm de altura. A pele que a recobre é atrofiada, lisa, hipercrômica, brilhante. Ausência de dor e de movimentação à palpação. Em alguns pontos a tumoração é esponjosa, em outros de consistência mais dura. Surgiu há oito anos, como pequeno nódulo doloroso e foi aumentando progressivamente de tamanho.

3 — Ta., 26 anos, masculino — Tumoração na região glútea direita, notando-se à inspeção ligeiro abaulamento; é melhor perceptível à palpação. Palpa-se massa tumoral formada por 3 ou 4 nódulos, presa ao

plano superficial e ao plano profundo, medindo 3 × 4 cm. A pele que recobre a tumoração é lisa, atrofiada. Ausência de reação ganglionar. O paciente não sabe referir o início de sua doença.

4 — Mu., 20 anos, masculino — Lesão na face anterior da coxa esquerda, logo acima do joelho, com forma irregular, de aspecto cicatricial, mostrando-se a pele hipocrômica no interior da lesão e hipercrômica em sua periferia. Mede 6 × 6 cm e à palpação notam-se 3 nódulos no seu interior, do tamanho de feijão, presos ao plano superficial. Ausência de reação ganglionar. A lesão se iniciou há 10 anos.

#### B) Com lesões múltiplas

5 — Ur., 30 anos, masculino — Lesões localizadas na face externa da perna esquerda e no terço inferior da perna direita, logo acima do maleolo externo. São placas de aspecto cicatricial, forma irregular, hipocrômicas em seu interior e hipercrômicas na periferia. Uma das lesões apresentava pequena área de supuração. Ausência de reação ganglionar. O doente não sabe referir o início da doença.

6 — Mo., 35 anos, masculino — Lesão crostosa na face anterior do braço esquerdo, com 2 cm de diâmetro. Lesão na face interna do joelho direito, de aspecto cicatricial, fibrótico, ligeiramente elevada, medindo 4 × 2,5 cm, hipocrômica. No terço médio da perna direita, nota-se um nódulo com 1 cm de diâmetro, preso ao plano superficial. Ausência de reação ganglionar. A lesão no joelho surgiu há 10 anos, aproximadamente.

#### C) Com lesões disseminadas

7 — Ma., 30 anos, masculino — Lesões distribuídas na face posterior do tórax e extremidade superior de ambos os braços, formando placas irregulares, de forma circular ou oval. Na base do hemitórax esquerdo, vê-se uma placa infiltrada e bosselada, com 10 cm de diâmetro, notando-se em seu interior alguns nódulos do tamanho de feijão. As demais placas infiltradas são de tamanho variado, tendo as menores 2 a 3 cm de diâmetro. Apresentam-se ligeira-

mente elevadas e, em seu interior, a pele é menos elástica, não havendo alteração de sua côr. Ausência de reação ganglionar. Nega prurido ou sensação dolorosa. As primeiras lesões surgiram no dórso, há 15 anos.

8 — Co., 20 anos, masculino — Lesões distribuídas na face posterior do tórax e coxa direita. Na face posterior da coxa direita, em sua parte superior, há uma placa infiltrada, de forma arredondada, com 8 cm de diâmetro. Em seu interior a pele é lisa, atrofiada, sem alteração da côr, notando-se a presença de três nódulos com 2 cm de diâmetro, prêsos ao plano superficial. Na face posterior do tórax encontramos sete placas infiltradas, de forma arredondada e superfície variável de 2 × 2 cm a 7 × 10 cm, sem alteração da côr da pele. Lesão idêntica na extremidade superior do braço direito. Ausência de reação ganglionar. O paciente refere que há seis anos notou a lesão na coxa direita, que posteriormente se alastrou para a face posterior do tórax. No início apresentava sensação de queimação discreta.

9 — Cc., 50 anos, masculino — Lesões disseminadas no tronco, braços e pernas. Apresenta na face posterior do tórax numerosas pápulas com mais ou menos 1,5 cm de diâmetro, ao lado de placas infiltradas de superfície variável. Algumas lesões apresentam crostas, por vêzes ulcerações que dão saída a material sero-purulento. Lesões idênticas nos ombros e face posterior de ambos os braços. Extensas lesões crostosas e ulceradas em ambas as regiões glúteas, mais acentuadas à esquerda, dando saída a material sero-purulento. Lesões ao longo da perna direita, com áreas de supuração. Evidenciou-se discreto aumento de gânglios linfáticos axilares e inguinais, não ultrapassando o tamanho de uma azeitona média, apresentam-se duros, móveis e indolores, sem sinais de supuração. A doença surgiu há 30 anos, com uma lesão na perna que posteriormente se alastrou pelo corpo.

Neste último grupo estaria incluído o índio Coá (Cirilo), com 34 anos, masculino, já referido na introdução deste trabalho.

O quadro anexo resume os principais dados por nós obtidos.

N.º	Nome	Sexo	Idade (anos)	Estado geral	Localização das lesões	Aspecto das lesões	Duração da doença
1	Tu.	♂	24	Bom	Mão esquerda	Nódulo isolado	—
2	Co.	♀	25	Bom	Ombro direito	Formação queloidiforme	8 anos
3	Ta.	♂	26	Bom	Região glútea esquerda	Massa tumoral nodular	—
4	Mu.	♂	20	Bom	Joelho e coxa esquerda	Nódulos e áreas cicatriciais	10 anos
5	Ur.	♂	30	Bom	Pernas	Placas infiltradas	—
6	Mo.	♂	35	Bom	Braço esquerdo e perna direita	Nódulos tuberosos, nódulo isolado	10 anos
7	Ma.	♂	30	Bom	Tórax e braços	Placas infiltradas	15 anos
8	Co.	♂	20	Bom	Tórax, braço e coxa direita	Pápulas e placas infiltradas	6 anos
9	Cc.	♂	50	Reg.	Tronco e membros	Pápulas, placas infiltradas, nódulos, ulcerações	30 anos
(10)	Coá	♂	35	Bom	Tórax e membros	Nódulos, formações tuberosas	20 anos

## II) DESCRIÇÃO ANÁTOMO-PATOLÓGICA

O exame anátomo-patológico das biopsias realizadas, em número de 10, e o exame das lâminas com esfregaço (em número de 3) revelaram a presença de parasitas redondos, com membrana de duplo contôrno e com as características do *Paracoccidiodes loboi*.

Os cortes histológicos, corados pela hematoxilina-eosina, revelam aspectos característicos, constituídos por lesão dominante na derma, poupando as camadas mais superficiais, subepidérmicas, não invadindo o tecido gorduroso hipodérmico. As lesões com diferenças apenas quantitativas nos 10 casos examinados, apresentam aspecto granulomatoso, constituído por aglomerado de células histiocitárias, formando blocos de configuração irregular, separados freqüentemente por faixas densas de tecido colágeno. Os elementos histiocitários têm aspecto citoplasmático variado, sendo principalmente os da camada mais profunda da derma finamente vacuolizados, xantomizados, conforme tem sido descrito por outros Autores<sup>6, 14</sup>. Alguns são bi-nucleados.

Numerosas células gigantes, quase sempre com o aspecto de gigantócitos de corpo estranho, apresentam-se disseminadas nos focos histiocitários. Aqui e acolá, os núcleos dispostos em forma radiada, tornam os gigantócitos semelhantes aos do tipo Langhans. Fazendo exceção com o que é classicamente descrito, encontramos em um dos casos necrose limitada a pequena porção da lesão dérmica, com infiltração de polimorfonucleares mais ou menos abundantes. A lesão necrótica era focal. Em nenhum dos cortes dos 10 casos examinados pudemos encontrar corpúsculos asteróides, já assinalado por MICHALANY<sup>16</sup> e CAMPO AASEN<sup>2</sup>.

Relativamente pequena quantidade de células mononucleares representadas por linfócitos e plasma-células estavam dispersas entre as células xantomatosas e na periferia da lesão dérmica. Em nenhum caso houve reação com caráter de supuração. Quase todos os casos apresentavam a epiderme praticamente normal, destacando-se apenas discreto achatamento das criptas e pequena hiperqueratose. Fato constante nos 10 casos foi a grande riqueza de parasitas refringentes,

redondos, providos de dupla membrana e muitas vezes contendo núcleo corado. Em cada preparação, estes parasitas, com os caracteres de *Paracoccidiodes loboi*, ora se alojam no interior de células histiocitárias, ora e muito freqüentemente no interior de gigantócitos, como também no tecido intercelular.

Nos esfregaços obtidos do material da pele, os parasitas apresentam-se com a mesma morfologia, também no interior de células gigantes ou, então, se dispõem em aglomerados, distribuídos abundantemente na lâmina e quase sempre rodeados por polimorfonucleares aglutinados em tórno dos mesmos.

Em resumo, a não ser um único caso com pequeno foco de necrose, com reação polimorfonuclear em tórno, os demais apresentavam as características já descritas por outros Autores na blastomicose queiloideana.

## DISCUSSÃO

Ao assinalarmos a ocorrência de blastomicose queiloideana entre indígenas brasileiros, destacamos que somente foi por nós observada na tribo Caiabí, não se verificando nas demais 13 tribos que habitam o Parque Nacional do Xingu. Igualmente não verificamos em algumas tribos por nós visitadas nestes últimos quatro anos, localizadas distantes do Parque, ao longo do rio Araguaia e ao sul do Estado do Pará (Carajá, Tapirapé, Gorotire e Kuben-Kran-Kegn).

A blastomicose queiloideana é doença sem preferência racial, já observada em pardos, negros, brancos e índios<sup>14</sup>. Confirmando os dados da literatura<sup>14, 17</sup> houve nítida predominância do sexo masculino, em nossos casos.

Em todos os doentes estudados, o diagnóstico foi estabelecido em bases clínicas e histopatológicas.

As lesões eram exclusivamente cutâneas, sem comprometimento visceral, apresentando longa evolução e aparentando não afetar o estado geral do doente. Apenas no índio Cc., portador da doença há 30 anos, observamos comprometimento do estado geral, que classificamos como regular e que decorria de numerosas lesões supuradas, com

saída de material sero-purulento. Foi também o único doente no qual encontramos, em grau discreto, comprometimento ganglionar.

Ao estudo histológico foi encontrado comprometimento predominante da derma, sem invasão do tecido gorduroso hipodérmico. A epiderme apresenta-se praticamente normal, com discreto achatamento das criptas e pequena hiperqueratose. As alterações dérmicas caracterizam-se pela presença de grande número de elementos histiocitários, por vezes com aspecto de células xantomizadas e numerosas células gigantes quase sempre com aspecto de gigantócitos de corpo estranho, por vezes gigantócitos semelhantes aos do tipo Langhans. Observa-se grande número de parasitas refringentes, redondos, com dupla membrana e com as características do *Paracoccidioides loboii*. Dentro deste critério clínico e histológico, estariam incluídos nossos 9 casos agora apresentados na entidade nosológica, conhecida como "Blastomicose queiloideana", o mesmo ocorrendo com os dois casos dos índios Coá e Acuaxi, descritos por PEREIRA FILHO<sup>19</sup>, o primeiro por nós agora reestudado e o segundo, já falecido.

Nos casos 1, 2, 3 e 4 as lesões eram únicas, apesar de apresentarem a doença por período mínimo de oito anos. Nos casos relatados sob número 7, 8 e 9 os doentes referiram uma lesão inicial que após período variável de quiescência alastrou-se para outras áreas do corpo.

A diversidade das lesões observadas pápulas, placas infiltradas, nódulos, formações tuberosas e ulcerações, justificam a denominação proposta pelo Prof. JORGE LÔBO<sup>14</sup>, de blastomicose queloidiforme em lugar de queiloideana.

Ainda não sabemos como o homem adquire a doença. Os índios acometidos desenvolviam normalmente suas atividades, sem se isolarem do contato dos demais. Apesar disto, não observamos a doença entre seus familiares, mulheres e filhos. Outro fato a registrar, conforme testemunho do sertanista Cláudio Villas-Boas, é que não houve o aparecimento de novos casos desde que os Caiabí se transferiram para a área do Parque Nacional do Xingu.

#### SUMMARY

##### *Prevalence of Jorge Lobo's blastomycosis among "Caiabí" Brazilian Indians*

The Authors described clinical and histological aspects of nine cases of keloid blastomycosis observed among the Caiabí, a Brazilian Indian tribe, living in the "Parque Nacional do Xingu" in the central region of Brazil.

#### AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só nos foi possível graças à inestimável colaboração da Força Aérea Brasileira. Ressaltamos também, a visão e o espírito humanístico dos irmãos Orlando e Cláudio Villas-Boas, que não só preservam este patrimônio antropológico brasileiro, constituído pelo Parque Nacional do Xingu, como também através do Convênio com o Instituto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, procuraram favorecer a saúde dos índios e incentivar a pesquisa no Brasil.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, F. & LACAZ, C. da S. — Blastomicose "Tipo Jorge Lobo". *An. Fac. Med. Univ. São Paulo* 24:5-37, 1948-1949.
2. CAMPO-AASEN, I. — Blastomycosis queiloideana o enfermedad de Jorge Lobo en Venezuela. *Dermat. Venezol.* 1:215-240, 1958.
3. CARNEIRO, L. S. — *Contribuição ao estudo microbiológico do agente etiológico da doença de Jorge Lobo*. Tese. Recife, Pernambuco, 1952.
4. CORRÊA, P. — Blastomycosis queiloideana. *Rev. Lat. Amer. Anat. Pat.* 2:139-143, 1958.
5. DESTOMBES, P. & RAVISSE, P. — Étude histologique de deux cas guyanais de blastomycose chéiloïdienne (Maladie de J. Lobo). *Bull. Soc. Path. Exot.* 57:1018-1024, 1964.
6. FIALHO, A. — Blastomicose tipo Jorge Lobo. *Hospital (Rio)* 14:903-913, 1938.
7. FONTAN, R. — Premier cas des maladies de Lobo observé en Guyane Française. *Arch. Inst. Pasteur Guyane Franç. Inini* 461:1-12, 1960.
8. GUIMARÃES, F. N. & MACEDO, D. G. — Contribuição ao estudo das blastomicoses na Amazônia. *Hospital (Rio)* 38:223-253, 1950.

9. LACAZ, C. S. — Aspectos clínicos e epidemiológicos das micoses profundas na América do Sul. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 1:150-164, 1959.
10. LACAZ, C. S.; FERRI, R. G.; FAVA Netto, C. & BELFORT, A. E. — Aspectos imunológicos da blastomicose sul-americana e blastomicose queiloideana (Doença de Jorge Lôbo). *Med. Cir. Farm.* 298:63-74, 1962.
11. LACAZ, C. S.; STERMAN, L.; MONTEIRO, E. V. L. & PINTO, D. O. — Blastomicose queiloideana: comentários sobre novo caso. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. São Paulo* 10: 254-264, 1955.
12. LEITE, J. M. — *Doença de Jorge Lôbo: contribuição ao seu estudo anátomo-patológico*. Tese. Belém, 1954.
13. LÔBO, J. — Um caso de blastomicose produzido por uma espécie nova, encontrada no Recife. *Rev. Med. Pernambuco* 1:763-765, 1931.
14. LÔBO, J. — *Blastomicose Queloidiforme, Doença de Jorge Lôbo*. Recife, Universidade do Recife, Imprensa Universitária, 1963.
15. MICHALANY, J. — Corpos asteróides nas lesões granulomatosas, com especial referência à blastomicose ou doença de Jorge Lôbo. *Rev. Ass. Méd. Brasil.* 2:61-68, 1955.
16. MICHALANY, J. & LAGONEGRO, B. — Corpos asteróides na blastomicose de Jorge Lôbo, a propósito de um novo caso. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 5:33-36, 1963.
17. MORAIS, M. A. P. — Blastomicose tipo Jorge Lôbo: seis novos casos encontrados no Estado do Amazonas. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 4:187-197, 1962.
18. MORAIS, M. A. P. & OLIVEIRA, W. R. — Novos casos de micose de Jorge Lôbo encontrados em Manaus, Amazonas, Brasil. *Rev. Inst. Med. trop. São Paulo* 4:403-406, 1962.
19. PEREIRA Filho, M. J. — Fungos da doença de Adolfo Lutz, da doença de Jorge Lôbo e da blastomicose dos índios do Alto Xingú. *Rev. Med. (Rio Grande do Sul)* 14:10-64, 1957.
20. REYES, O.; GOIHMAN, M. & GOLDSTEIN, C. — Blastomicose queiloideana — o Enfermedad de Jorge Lobo. Comunicação prévia sobre um caso observado. *Rev. Dermat. Venezol.* 2:245-255, 1961.
21. SILVA, D. & AZEVEDO, P. C. — Sobre um novo caso da micose de Jorge Lôbo. *Med. Cir. Farm.* 243:328-336, 1956.
22. SILVERIE, R.; RAVISSE, P.; VILAR, J. P. & MOULINS, C. — La Blastomycose Chéloidienne ou Maladie de Jorge Lôbo en Guayane Française. *Bull. Soc. Path. Exot.* 56:29-35, 1963.
23. STEINEN, K. VON DEN — Entre os aborígenes do Brasil Central. Tradução do Departamento de Cultura. São Paulo, 1940.
24. TEIXEIRA, G. A. — Doença de Jorge Lôbo. Aspectos microscópicos. *Hospital (Rio)* 62:813-828, 1962.
25. TREJOS, A. & ROMERO, A. — Contribución al estudio de las blastomicoses en Costa Rica. *Rev. Biol. Trop.* 1:63-81, 1953.

Recebido para publicação em 29/11/1966.