

ERISIPELÓIDE DE BAKER-ROSENBACH *

Aureo Guimarães de Macedo **

O erisipelóide de Baker-Rosenbach, embora assinalado no Brasil há 23 anos, por Sebastião Sampaio, seguido de nove casos estudados em 1951 por Lacaz e Ancona Lopes, não tem sido motivo de publicações posteriores. O A. teve ocasião de estudar seis casos, sendo que três foram motivo de trabalho anterior e foram observados em 1953. Os três restantes, um de 1965 e dois de 1967, são aqui relatados.

Assinala o A. a ubiquidade do germe, o Erysipelotrix rhusiopathiae e a variedade de condições em que o homem pode injectar-se, especialmente no exercício de determinadas profissões, o que dá à doença caráter típico de doença profissional. São os operários de fábricas de botões ou em geral os que lidam com ossos, especialmente de porco ou carneiro, os açougueiros, magarefes, salicheiros etc. São particularmente vulneráveis os que tratam com produtos do mar, pescadores, mercadores de siris, camarões, crustáceos, peixes em geral, pela facilidade com que se podem ferir e adquirir a infecção por picada ocasional. A doença atinge numerosos animais domésticos ou não, com formas clínicas bem definidas no porco (erisipela dos porcos), no carneiro (poliartrite dos carneiros), em animais de corte e de tração, em aves domésticas ou de rapina, ratos e camundongos, além de outros numerosos roedores. Moscas hematófagas e outros insetos têm sido encontrados infectados. Nunca é demais frisar que os produtos do mar são grande fonte de infecção humana.

No homem, tem a doença em geral, caráter benigno e localizado (erisipelóide), podendo em certas circunstâncias assumir característica septicêmica como no porco, produzir endocardite, como no carneiro além de outras formas clínicas e complicações.

São resumidos no texto os três casos anteriormente apresentados e bem descritos os três inéditos, que têm história clínica e evolução típicas de erisipelóide.

Tratando-se de doença com características tipicamente profissional, há que ser considerada como tal, com respeito às dispensas de serviço ou outras implicações previdenciárias, razão porque mais avulta a necessidade de seu diagnóstico exato e bem documentado, tanto mais que determinadas formas clínicas podem levar à morte.

O uso indiscriminado de antibióticos, antes de chegar-se ao diagnóstico, é hábito que deve ser combatido a fim de que se possa melhor avaliar a incidência, em nosso meio.

* Trabalho apresentado ao VI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, P. Alegre, 1970.

** Professor Assistente da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da U.F.R.J.

Recebido para publicação em 8/4/1970.

É curioso o fato do erisipelóide de Baker-Rosenbach, forma humana da chamada erisipela dos porcos, continuar a primar pela ausência nos periódicos médicos no Brasil, apesar da doença ter sido assinalada vez primeira há já 23 anos, no caso cuja identificação coube a Sebastião Sampaio (12) em 1947, em S. Paulo, seguido, em 1951, dos nove casos de Carlos da Silva Lacaz e Aurélio Ancona Lopes (4), apresentados como "prováveis" de erisipelóide, mas cuja descrição clínica não deixa dúvida de que tenham sido casos "reais" de erisipelóide.

Justifica-se o escrúpulo dos autores em classificá-los como "prováveis", por não terem sido comprovados bacteriológicamente. A clínica e as condições epidemiológicas são suficientemente evidentes para que sejam aceitos como realmente de erisipelóide, por quantos tenham experiência da curiosa infecção.

Não é demais assinalar que a imensa maioria das estatísticas estrangeiras de nosso conhecimento — sobem a alguns milhares de casos — baseiam-se nas mesmas evidências clínicas e epidemiológicas, confirmados alguns poucos em culturas e inoculação em animal sensível e outros tantos em recurso à intradermo-reação, quando a obtenção do antígeno tem sido possível, e outros ainda, pela hemocultura.

A escassez de publicações não deve porém, levar à suposição de extrema raridade da infecção em nosso meio. Sem que tivesse executado plano especial de procura da doença, tive ocasião de com ela me deparar, em seis oportunidades por assim dizer, casuais. Três já foram motivo de divulgação em trabalho apresentado ao concorrer a uma vaga na Academia Brasileira de Medicina Militar, em 1964 (7) e que haviam sido observados entre 1953 e 1956, no Pavilhão Carlos Chagas, na então cadeira de Doenças Tropicais e Infectuosas e no Amb. do H.N.S. da Glória, da AMSA.

Posteriormente, mais três casos me vieram às mãos, um em março de 1965 e dois em 1967, (fevereiro e março), o que parece dar prevalência para os meses de verão.

Como já tem sido largamente assinalado pelos autores estrangeiros, alguns com

experiência de centenas de casos observados em surtos epidêmicos em coletividades obreiras, a história clínica e as condições epidemiológicas chegam a ser de irritante monotonia. São ferimentos ocorridos em série, em operários de fábricas de botões (5) em que o osso é matéria prima, ou nos mercados de peixe, onde os ferimentos com espinhas, barbatanas ou carapaças de crustáceos são o ponto de partida invariável da doença, cuja marcha segue em geral a mesma redundante seqüência.

Uma solução de continuidade é comumente a porta de entrada da infecção, mas o simples contato e a via digestiva podem sê-lo, como nos mostraram Merrieux (9) e Fiessinger et Brouet. (2).

Os mais diversos ferimentos têm possibilitado a contaminação, desde picada por agulha de injeção, até traumatismos importantes. Ferimentos por dentes, nadadeiras ou espinhas de peixe ou por ossos, erosão preexistente em vias de cicatrização, podem servir de via de penetração. Às vèzes, simples escoriação da epiderme é suficiente. Dentadas de porco ou de ratos e unhas de siris são freqüentemente acusadas. Discretas erosões da pele permitem a contaminação. O contágio direto, inter-humano, não é admitido.

O erisipelóide deve ser encarado principalmente como doença profissional. Observamo-lo especialmente em açougueiros, magarefes, criadores de porcos, salsicheiros, cozinheiros e donas de casa, enfim, todos aqueles que em suas atividades cortam e manipulam carnes de porcos ou carneiros e que têm possibilidade de ferirem-se com ossos, ganchos ou outros instrumentos de trabalho. A contaminação pelo couro de animais doentes é possível entre os esfoladores, curtidores, trapeiros e mercadores de couros.

São citadas na literatura como contaminações mais maciças as que têm lugar entre os que manipulam os produtos do mar. Verdadeiras epidemias têm sido relatadas em pescadores, peixeiros, manipuladores de conchas, mariscos, ostras etc. Gilchrist, pôde reunir centenas de casos secundários a picadas de crustáceos, conforme nos refere Chevalier (1). Klauder e colaboradores (3) observaram entre pes-

cadores de New-Jersey, mais de mil casos de erisipelóide consequentes a picadas por espinhas e dentes de peixes.

Schuler (13) e posteriormente Georg Wellman (14, 15), mostraram a possibilidade de contaminação por picada de inseto (*Stomoxys calcitrans*) a nossa muhi conhecida "mosca varegeira". Outros insetos (*Tabanus bromius*, *Aedes* e *Anopheles*) foram encontrados infectados, pelo mesmo autor, não sendo conseguida a transmissão experimental.

A extraordinária ubiquidade do germe permite as mais bizarras contaminações como estrume, peças ósseas em estudo por naturalistas, espinhos de jardins etc. Os exemplos se multiplicam, não só confirmando a natureza profissional como a variedade de condições de contaminação, o que é facilmente compreensível dada a extrema variedade de animais passíveis de contrair a doença, e a resistência do germe, que resiste no material contaminado às mais variadas condições naturais.

Além da doença atingir o porco e o carneiro com formas clínicas típicas e muito bem estudadas, predominantemente septicêmica no primeiro destes animais e poliartrítica no segundo, a doença acomete ainda comprovadamente a cavalos, bovinos, aves, (septicemia em galinhas) (11) perus, pombos, (um dos animais de escolha para as inoculações experimentais ou diagnósticas), patos, gaivotas, faixões, papagaios, corujas, cordoniz e aves de rapina. Os coelhos são pouco sensíveis e os cobaios muito resistentes. O rato, comundongos e o javali, são encontrados com certa frequência infectados. O rato e o camundongo são mesmo considerados como grandes disseminadores da doença entre os animais.

O GERME

O agente etiológico é o *Erysipelotrix rhusiopathiae*, que tem como sinonímia entre outros, *Pasteurella thuillieri*, *Streptotrix rosenbachi*, *Bacillus murisepticus* etc.

Para uns, foi Loeffler e para a maioria coube a Pasteur e Thuillier a descoberta do germe, em material colhido em porcos

vitimados pelo "Rouget" epidêmico, em 1882.

Coube a Rosenbach isolá-lo de infecção humana que chamou de "erisipelóide", em 1884 e com o qual se auto-inoculou, estudando minuciosamente a doença.

CLÍNICA

O Erisipelóide é uma dermite, consequentemente ao desenvolvimento local do *Erysipelotrix rhusiopathiae*. É a forma benigna, localizada, da enfermidade. É a forma comum e a que no momento nos interessa. Convém no entanto saber-se que pode a infecção tomar caráter totalmente diferente, sendo descrita uma forma generalizada, primária, septicêmica, ou secundárias, por invasão generalizada das lesões inicialmente localizadas. Descrevem-se também formas complicadas em que a endocardite é a principal, suspeitando-se da possibilidade de meningite em um dos casos descritos.

Clássicamente, o erisipelóide tem incubação curta, de 24 ou 48 horas e o início se processa no ponto de inoculação, quase sempre a mão, freqüentemente na face dorsal, mais comumente num dedo. A primeira manifestação é uma discreta vermelhidão um pouco em relêvo, às vezes nitidamente papulosa, que se acompanha ou é mesmo precedida de sensação de tensão ou prurido, de fisgadas ou queimadura. Em alguns casos, a zona eritematosa é centralizada por uma flictena de conteúdo sero-sanguinolento. Às vezes os sinais cutâneos são precedidos por uma artrite, ou melhor, peri-artrite discreta de uma das articulações do dedo, com edema, dor e dificuldade de movimento.

PERÍODO DE ESTADO

Logo após o início, a vermelhidão cutânea começa a tomar tonalidade escura, azulada ou violácea e a se estender excêntricamente com uma velocidade avaliada em 2 a 3 centímetros por dia. Assim, vai-se formando uma placa eritematosa que vai recobrando a face dorsal de um dedo ou o enluva, para depois se estender sobre a mão ainda preferindo a face dorsal,

apoiando-se por vèzes sôbre uma de suas bordas. Ao progredir, o contôrno periférico da placa se fragmenta em pequenos elementos anelares situados a distância variável e evoluindo por conta própria. Após um período de eritema papuloso, a lesão se deprime e empalidece no centro. Às vèzes, a mancha é de uma tonalidade só, de contornos arredondados ou lobados, de limites precisos que podem ser nivelados com a pele sã ou, o que é mais freqüente, ligeiramente salientes graças a um edema não desprezível, que geralmente é mais acentuado nos dedos. Muito raramente essa forma benigna se acompanha de linfangite ou adenite satélite.

Os sintomas objetivos são bastante variáveis. Às vèzes quase inexistentes sob forma de discreto calor local, outras mais acentuadas: tensão, dificuldade de flexão ou mesmo dôr, que pode ser bastante viva.

O sinal funcional mais importante e mais característico é a artralgia. Está presente em mais de 75% dos casos. É ela que geralmente leva o paciente ao médico, pelo incômodo que produz. As vèzes é uma artrite acentuada e localizada em várias articulações dos dedos, com vermelhidão, tumefação e dôr. Em outros casos, mais freqüentemente, trata-se de simples artralgia na vizinhança do ponto de inoculação, podendo também ser afastada do mesmo. Ela é mais precisamente uma periartrite, sem lesão radiológica.

A forma localizada do erisipelóide não comporta sintomas gerais e, se existe um certo mal-estar, cefaléia e um pouco de febre, êstes fenômenos são discretos e fugazes.

EVOLUÇÃO

A medida que o erisipelóide se estende, sua coloração se atenua progressivamente, do centro para a periferia, tornando-se a placa vagamente circular. A cura é a regra e se faz em geral, em 10 a 15 dias, terminando-se por ligeira descamação. Pode, no entanto, se prolongar por quatro semanas, em alguns casos de forma arrastada. Não são raras as recaídas e recidivas. São possíveis sequelas, se bem que raras, sob forma de artrites prolongadas ou recidivantes, crônicas ou mesmo por

vèzes, deformantes. Essa condição, considerada excepcional, melhor será classificada como uma complicação.

Paille e Bazin (10) relatam a observação de um erisipelóide da mão, localizado, mas com evolução arrastada onde agravamento e melhora se alternaram durante 45 dias, com manifestações subjetivas mais ou menos importantes e, o que é principal, com hemocultura positiva no 5.º dia de doença, com apenas 5 cc de sangue. Apesar de terminado por cura, essa observação mostra que o erisipelóide localizado não é sempre obrigatoriamente benigno e nem sempre evolue rãpidamente para pronto restabelecimento.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico do erisipelóide de Baker-Rosenbach não é difícil. Ele é facilmente reconhecível se tivermos em mente a possibilidade de sua ocorrência e seu modo de contágio. A origem do ferimento e a profissão do doente, são altamente sugestivas.

A lesão cutânea, de coloração peculiar, vermelho-vinhosa em placa ligeiramente elevada, superfície infiltrada e tensa, evolução progressivamente invasiva e apirética, é, principalmente a reação articular dolorosa nas pequenas articulações contíguas à placa cutânea, são inconfundíveis.

O termo erisipelóide, dado por Rosenbach, pode sugerir analogia com a *erisipela*, porém não deve-se esquecer que esta tem início geralmente tumultuoso, brusco, com calefrio e febre elevada, dôr viva local, coloração uniforme vermelho vivo e brilhante e reação ganglionar regional muito dolorosa.

O *erisipelóide de Milian*, erisipela atenuada, é habitualmente secundária a uma lesão impetiginosa, atinge principalmente os membros, produzida por estreptococos e essencialmente recidivante.

O *eritema polimorfo*, possui elementos múltiplos, numulares, isolados, situa-se freqüentemente na superfície de extensão das articulações.

O *eritema cronicum migrans*, de Afzelius-Lipschutz, se manifesta por um anel único de lenta porém grande extensão.

Infeções banais são em geral mais agudas, acompanhadas de linfagite e adenite.

DIAGNÓSTICO DE LABORATÓRIO

É sempre difícil. A pesquisa direta do bacilo, em material colhido no local é quase sempre negativa, exigindo enriquecimento em meio de cultura, de preferência colhendo-se um fragmento de pele. A inoculação em pombo (no músculo peitoral) pela maior especificidade que possibilita, ou em camundongo, pela sensibilidade que revela o animal, devem ser feitos também após enriquecimento do material em meio de cultura.

A hemocultura pode ser positiva, em casos especiais, devendo ser tentada especialmente quando as manifestações gerais forem importantes ou a evolução se mostrar prolongada ou anormal.

A intradermo-reação, com antígeno específico, é o método mais prático e o preferido pela escola de Reilly. Após 24 horas da inoculação intradérmica, aparece no local uma endureção eritematosa que persiste até 48 horas, às vezes acompanhada de reação ganglionar epitrocleaana. (Inoculação na face anterior do antebraço de 1/10 de cc da cultura diluída e esterilizada pelo calor).

CASOS PESSOAIS

Dos seis casos de erisipelóide de Baker-Rosenbach que tivemos a oportunidade de diagnosticar no Estado da Guanabara, a partir de 1953, três já foram relatados em trabalho apresentado à Academia Brasileira de Medicina Militar, sendo que os dois primeiros eram clássicos e benignos e em tudo se superpõem à imensa maioria dos casos relatados no mundo inteiro e o terceiro exibiu forma septicêmica muito semelhante à "erisipela dos porcos" O "rouget", seguido de óbito. Por coincidência ou não, este caso teve origem em ferimento na região plantar por osso de porco.

Eis um resumo dos dois casos benignos:

CASO N.º 1 — M. M., 36 anos, branca, casada, doméstica, residente na Ilha do

Governador. Feriu-se no dia dois de dezembro de 1953, no dedo indicador da mão esquerda quando na praia tentara apanhar uma carcaça de siri. Foi atendida em ambulatório com curativo local e sulfá oral. Decorridas 48 horas, surgiram dores articulares, edema e placa eritematosa no dedo ferido e como tais manifestações progredissem atingindo outros dedos e a região palmar, foi internado no Pavilhão Carlos Chagas, após sete dias de doença.

Diagnosticado o erisipelóide, foi tratado com penicilina cristalina na dose de 500.00 U de 4 em 4 horas e a cura sobreveio em cerca de 72 horas.

CASO N.º 2 — C. A., branca, casada, fem., doméstica. Ao proceder à limpeza de camarões, feriu-se com uma espícula de sua carapaça, na extremidade do dedo médio esquerdo. Após três dias, começou a sentir dor nas articulações inter-falangeanas do referido dedo, que se apresentavam tumefactas, notando além disso uma placa eritematosa em torno do ponto da picada. Procurou um médico que aconselhou observação, abstenção de medicar. Decorridos dois dias, como a dor eritematosa e o edema peri-articular haviam aumentado, foi o caso levado a nosso conhecimento, no Amb. do H. N. S. da Glória. Sendo, história, evolução e aspecto clínico absolutamente típicos de erisipelóide, este foi o diagnóstico firmado e instituído o tratamento com penicilina procainada de 12 em 12 horas, o que estacionou, mas não fez regressir a doença nas quarenta e oito horas que se seguiram. Foi então aumentada a dose da penicilina e acrescentado o tratamento local preconizado por Menze (15) à base de aspersão local com benzina, diariamente. A regressão se iniciou logo após, e decorridos oito dias, persistia apenas discreta dor nas articulações inter-falangeanas, tendo regressido totalmente os demais fenômenos locais.

CASO N.º 3 — O terceiro caso de nossa primeira série teve fisionomia clínica totalmente diferente dos anteriores, enquadrando-se nas formas graves, septicêmicas e que muito se assemelham ao "rouget" porcino, já bem estudado e de encontro muito menos freqüente.

F. M. S. — lavrador, 32 anos, branco, casado.

Três dias após ter-se ferido na região plantar por osso de porco, apresentou dor e edema locais, seguido do aparecimento de placa eritematosa que rapidamente atingiu a todos os dedos do pé. Nos dias seguintes, os sintomas se agravaram e surgiu febre. Foi posteriormente internado no Pav. Carlos Chagas onde veio a falecer após trinta dias, em estado septicêmico, placas eritematosas generalizadas, e necrose das extremidades, em quadro muito semelhante ao que tem sido descrito como forma septicêmica humana, do "rouget".

Os três casos que se seguiram e que constituem o motivo da presente apresentação, não fugiram à regra dos clássicos e benignos.

CASO N.º 4 — P. R. C. R. — masc., branco, solt., 14 anos de idade, residente à rua Leopoldina 134 apto. 102 — Piedade — Est. Guanabara.

No dia 5 de março de 1965, ao ajudar a limpar camarões em sua residência, feriu-se com uma espícula na face palmar do 3.º quirodátilo direito. Nada sentiu nos dois dias seguintes, porém, no terceiro dia, começou a notar vermelhidão em torno do local da picada, edema e dor. Nas 48 horas que se seguiram, a lesão eritematosa aumentou, surgindo ainda dor e tumefação nas articulações interfalangeanas do referido dedo. Fez uso por três dias de penicilina, em dose insuficiente, notando melhora.

Dois dias após a suspensão da penicilina, recrudeceram-se os sintomas iniciais, com extensão da vermelhidão a todo o dedo, até atingir a prega interdigital com o segundo quirodátilo, cujas articulações começaram também a doer e a se tumefazerem. A placa eritematosa estendeu-se à região dorsal de todo o dedo, até a altura das articulações metacarpo-falangeanas.

Como tal situação persistisse, decorridos 15 dias do ferimento inicial, procurou, no dia 20-3-65, o Dr. Delane Borges, que alertado por trabalho por mim apresentado no 1.º Congresso de Med. Social das Forças Armadas, conduziu-o até nosso exame.

Constatamos então a seguinte situação:

Todo o terceiro quirodátilo direito encontrava-se edemaciado, recoberto por placa contínua vermelho-vinhosa, de coloração mais pronunciada no dorso da primeira falange. As articulações interfalangeanas estavam tumefactas e dolorosas, tanto ao movimento quanto em repouso, dor que se acentuava pela pressão. A área eritematosa era limitada por burletes ou desnível papuloso, em linha nitidamente limitante da região não atingida, acima das articulações metacarpo-falangeanas.

Confirmada a suspeita do Dr. Delane Borges, foi reiniciada a penicilinoterapia em dose mais elevada de 500.000 U. de 6/6 horas e adicionado aspersão diária com benzina. Solicitamos ao médico acompanhante que providenciasse fotografias, o que infelizmente, apesar de feitas, não chegaram a nossas mãos.

O paciente foi revisto após cinco dias, inteiramente curado.

CASO N.º 5 — M. H. A. R. — Fem., solt., branca, Mat. na AMSA 22.914, res. à rua Pompeu Loureiro, 79, Rio, Gb.

A doença se iniciou no dia 9/2/1967, quando começou a sentir dor nos dedos da mão direita e notou que os mesmos estavam inchados e avermelhados (sic). Encontrava-se em Angra dos Reis e refere que três dias antes, isto é, dia seis, fizera um passeio marítimo por várias ilhas da região, tendo pegado em conchas e crustáceos, não se recordando porém de ter-se ferido. Neste mesmo dia seis, participou de um almoço em que foi servido um prato de carne de porco e que, em seguida ao almoço, duas pessoas participantes teriam passado mal, como que intoxicadas (sic).

Foi submetida nos dois dias seguintes, 10 e 11, a tratamento anti-alérgico com Clistin oral e pomadas de néo-anetaine e fenergan além de caladril, sem resultado. Veio então para o Rio, procurando um médico amigo que pediu os seguintes exames: Hemograma, hemossedimentação, R. de Weltman, pesq. de cels. L. E. e teste do latex. Como os exames se mostrassem todos negativos, pediu-nos para examinar a paciente, o que foi feito em 14/2/67, quando apuramos o seguinte:

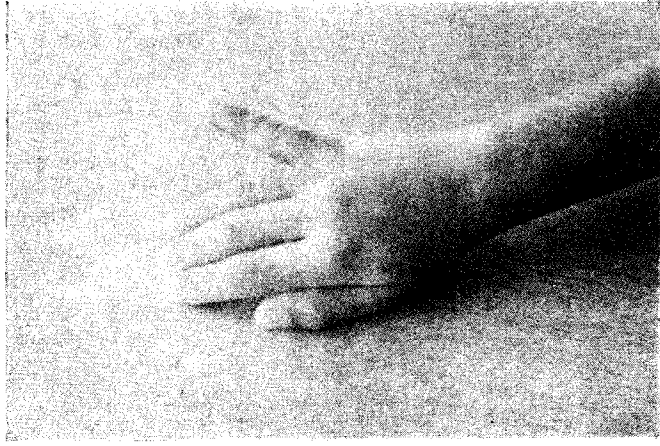


Fig. 1

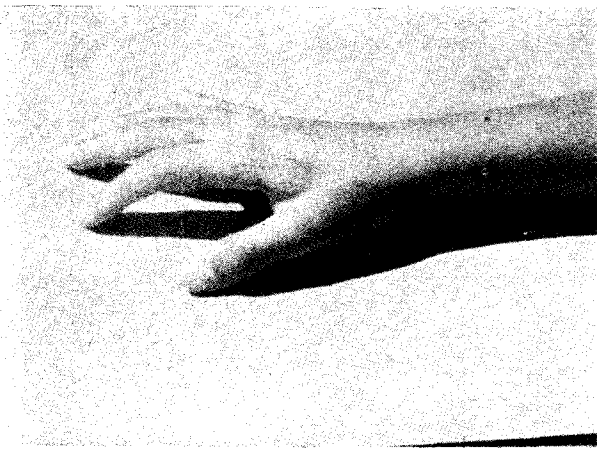


Fig. 2



Fig. 3

Nas figuras 1, 2 e 3, apresentam-se três aspectos da mão da paciente M. H. A. R., caso n.º 5, onde se podem notar nitidamente as lesões eritemato-papulosas atingindo todo o dedo mínimo e até a metade das primeiras falanges dos restantes quirodátilos, com reborda elevada, tumefacção das articulações interfalangeanas e edema que dificulta a extensão dos referidos dedos. Nas figuras 1 e 3, nota-se bem a mancha isolada do dorso da mão, próximo à tabaqueira anatômica, de cor vinhosa e com as mesmas características dos demais.

As primeiras manifestações da doença foram placas vermelhas no dorso das articulações inter-falangeanas dos quatro últimos dedos da mão direita, acompanhadas de edema e dôr das referidas articulações. Entre o dia nove, data das primeiras manifestações, e o dia 14, em que a vimos, refere a paciente que as manchas vermelhas aumentaram gradativamente, confluindo e progredindo até atingir as articulações metacarpo-falangeanas dos dois últimos dedos, e delas se aproximando nos 2º e 3º dedos. Uma mancha vermelho-vinhosa isolada surgiu acima da articulação metacarpo-falangeana do polegar, no dorso da mão, aumentou gradativamente porém não chegou a confluir com as demais, pois que estacionou ao ser iniciado o tratamento antibiótico. (Figs. 1, 2, 3).

Ao exame constatava-se que as manchas eram de coloração vermelho-vinhosa, aveludadas, algo elevadas, marcadas por bordas circinadas que as separavam da pele sã e predominavam na região dorsal dos dedos. As articulações edemaciadas e dolorosas à pressão e ao movimento. No dorso da mão, placa eritematosa de características idênticas, de 3x4 cm., junto à tabaqueira anatômica, não confluindo com as demais, isolada. Pela palpação, notava-se um gânglio epitrocleo aumentado e discretamente sensível.

Como havia referência à intolerância por penicilina, iniciamos o tratamento com tetraciclina oral e benzina local.

Reexaminada em 18/2/67: Atenuação do edema e da dôr articulares, persistência do eritema, já sem o elemento papuloso. Persiste o gânglio epitrocleo. Re-exame dia 21: Redução acentuada da coloração eritematosa, redução da dôr articular com desaparecimento do edema e do gânglio epitrocleo. Início de descamação furfurácea da região. Alta em 28/2/67, após desaparecimento completo das manifestações locais.

CASO Nº 6 — D. V., Masc., cas., br., 30 anos, res. à Rua Araguaia, 707, Jacarepaguá. Rio, Gb. Operário da fábrica de salsichas à rua Virgínia Vidal 322, em Jacarepaguá.

Veio à consulta no Amb. de Emergência do INPS de Jacarepaguá, em 15/3/67,

revelando achar-se doente há dois dias, com dôr nas articulações dos dedos da mão direita, que se encontram edemaciados, quentes e vermelhos, sintomas que vêm se acentuando.

Ao exame, verifica-se que as articulações interfalangeanas dos 3º, 4º e 5º quirodátiles direitos, são túrgidas e dolorosas, à pressão e ao movimento, verificando-se discreto aumento da temperatura cutânea. Na palma da mão, ocupando a eminência hipotenar, distante portanto das alterações articulares, há uma placa vermelho-vinhosa, de três centímetros de diâmetro, aveludada, bem delimitada, desaparecendo pela pressão, algo dolorosa e que vem aumentando gradativamente, segundo observação do paciente.

Na face palmar do 3º quirodátile direito, há pequena ferida incisa, já em fase de cicatrização, ocorrida na semana anterior, por corte de "barbante de embrulho". O paciente, na sua atividade manipula ossos, carne de porco, salsichas e linguças.

Diagnosticado o erisipelóide de Baker-Rosenbach, foi instituído tratamento com penicilina procainada, 400.000 U diariamente.

Foi reexaminado após uma semana, em 22/3/67, praticamente curado, em fase de característica descamação da região da placa eritematosa o que ratifica o diagnóstico. Tem alta curado.

CONCLUSÃO

A história e as evidências clínicas dos casos aqui expostos, são de tal modo eloqüentes, que embora não exista documentação laboratorial, julgo que poderão ser classificados como "prováveis" de erisipelóide de Baker-Rosenbach, guardando a reserva que nos ensinou Lacaz (4). São entretanto, idênticos às centenas, direi mesmo, aos milhares de casos que têm sido publicados na literatura mundial, onde apenas alguns poucos, para confirmação, têm sido documentados laboratorialmente.

Quanto à sua incidência em nosso meio, julgo que se a pesquisa fôr dirigida para as coletividades profissionais expos-

tas ao contágio, cedo verificaremos que a doença é mais freqüente do que até então se supõe e o seu diagnóstico clínico fácil, desde que dela suspeitemos.

○ uso indiscriminado de antibióticos, sem que se procure chegar a diagnóstico

mais preciso, é sem dúvida causa de mascaramento de outros tantos casos que, se deixados em observação com espírito de pesquisa mais aguçado, melhores frutos dariam para o levantamento da incidência da enfermidade.

SUMMARY

Although cases of Baker-Rosenbach erysipeloid were reported in Brazil 23 years ago by Sebastião Sampaio, followed by nine cases studied in 1951 by Lacerda and Ancona Lopes, no other cases have been published after this. The author had occasion to study six cases of which three were studied and published in 1953. The remaining three, one in 1965 and two in 1967, are reported in this paper.

The author reports the ubiquity of Erysipelotrix rhusiopathiae and the variety of conditions in which man can infect himself especially according to determined professions. This gives the disease the typical character of a professional disease. It affects the factory employees who work with buttons or usually handle bones, especially those of pigs or sheep, butchers, skimmers, sausage makers, etc. Particularly vulnerable are those who work with the products of the sea: fishermen, handlers of crabs, shrimps, crustaceans and fish in general by the ease with which they can hurt themselves and acquire the infection through an occasional wound. The disease may attack numerous domestic and sybiatic animals with well defined clinical forms such as the pig (erysipela of pigs), in the sheep (polyarthritis of sheep), in slaughter animals, in hauling animals, in domestic fow or rapine birds, rats and mice, and other numerous rodents. Hematophagous flies and other insects have been found infected. It is never too much to say that the products of the sea are a great source of human infection.

In man, the disease usually has a light course and is localized (erysipeloid) and, in certain circumstances, can assume septicemic characteristics, such as in the pig; it can produce endocarditis as in the sheep, besides other clinical forms and complications.

Summarized in the text are the three cases presented before and detailed description is given on the three unreported cases which have a clinical history and evolution typical of erysipeloid.

Dealing with a disease which has typical professional characteristics, it should be considered as such with respect to absence from work or other social implications. For this reason its exact diagnosis and documentation is necessary as certain clinical forms can lead to death.

The indiscriminate use of antibiotics before coming to a diagnosis is a habit which should be avoided in order that a better evaluation of the incidence can be made.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|---|
| <p>1 — CHEVALIER, P. et BRUMPT, L. — Rev. Path. Comp. et d'Hygiène Génér. 33, 1267-1287, 1938.</p> <p>2 — FIESSINGER, N. et BROUET, G. — Rouget du porc chez l'homme à forme porcine et d'origine digestive. Presse Med. 44: 889, 1934.</p> | <p>3 — KLAUDER, Y., RIGHTER, L. and HARKINS, M. — A distinctive and severe form of erysipeloid among fish handlers. Arch of Dermat. and Siph. 14: 6, 662-678, 1926.</p> <p>4 — LACAZ, C. S. e LOPES, A. A. — Casos prováveis de Erisipeloide de Rosenbach. Ann. Bras. Derm. Sifil. 1: 2-22, 1951.</p> |
|---|---|

- 5 — Mc GINNES and SPINDLER. — Erys. condition among worker in a bone button factory due to the Bacillus of erysipelas. Am. J. of Public Health, 24: 3, 1934.
- 6 — MACEDO, A. G. — Rouget humain. Mémoire. Paris. 1953.
- 7 — MACEDO, A. G. — Erisipeloide de Baker-Rosenbach. Memória para ingresso na Acad. Bras. Med. Milit., 1964.
- 8 — MENZE, H. — Dermat. Woch. 30, 649, 1940.
- 9 — MÉRRIEUX, C. — Enquête sur la transmission du Rouget à l'homme. Monog. Bull. de la Soc. de Sciences Vétér. de Lyon. 165-167, 1940.
- 10 — PAILLE, R. et BAZIN, O. — Rouget de l'homme. Observation d'un cas de laboratoire. Bull. Méd. Vétér. 22, 286, 1949.
- 11 — PFAFF, F. — Schweinerotlaufbakterien als Erreger einer chronischen Hunneersenne, weitschrift für Infektiöshrankheiten der Haustiere, 22: 3-4, 1939.
- 12 — SAMPAIO, S. A. P. — Erisipeloide — Considerações sobre um caso. Rev. Paul. Med. 31: 221, 1947.
- 13 — SCHULER — Schweg — Med. Woch. 817, 1935.
- 14 — WELLMAN, G. — Die gemeine Stechfliege (*Stomox calcitrans*) als Übertrager der Rotlaufs. Zentralblatt für Bakteriologie, 153: 6-7, 1949.
- 15 — WELLMAN, G. Zentralblatt für Bakt. 155: 109, 1950.