

PÊNFIGO FOLIÁCEO BRASILEIRO

RVMEB-48

Luiz Eugênio Garcez Leme **
Marco Antonio Coimbra **

RESUMO:

Os autores consideram, inicialmente, aspectos epidemiológicos do Pênfigo Foliáceo Brasileiro, analisando a seguir esta moléstia sob o ponto de vista histórico, nosográfico, diagnóstico, histopatológico e terapêutico. Sob detido estudo do ponto de vista etiológico e patogênico, chegam .. conclusão

da existência no Pênfigo Foliáceo Brasileiro de um fator extrínseco, eventualmente viral que, através de uma vector (artrópode?), desencadeia no paciente o aparecimento de um fator intrínseco dis-reativo no paciente, provavelmente de natureza auto-imune.

1. INTRODUÇÃO

Dentre as patologias bolhosas que atingem nosso meio, o assim chamado Pênfigo Foliáceo Brasileiro (PFB), Pênfigo Foliáceo de Cazenave ou Fogo Selvagem (como é conhecido popularmente) distingue-se por ser moléstia de grande interesse nacional. Realmente, essa patologia atinge de maneira quase exclusiva as regiões tropicais, sendo, fora do nosso meio, descrito como raridade diagnóstica. Porém, na América do Sul e principalmente no Brasil e países limítrofes, o Pênfigo Foliáceo Brasileiro é achado relativamente freqüente, assumindo assim importância em termos de saúde pública. Aliado a esse aspecto endêmico do Pênfigo Foliáceo Brasileiro em nosso meio, devemos considerar que, sendo uma patologia tropical, não chega a ser muito estudada nos grandes centros médicos do hemisfério Norte, cabendo assim aos médicos tropicalistas, entre os quais a Escola Brasileira tem papel preponderante, o estudo do problema e a proposição de soluções. Tal é, a nosso ver, um dos aspectos principais da questão, cabendo pois aos aca-

dêmicos brasileiros uma quota de responsabilidade nesta obrigação que devemos assumir.

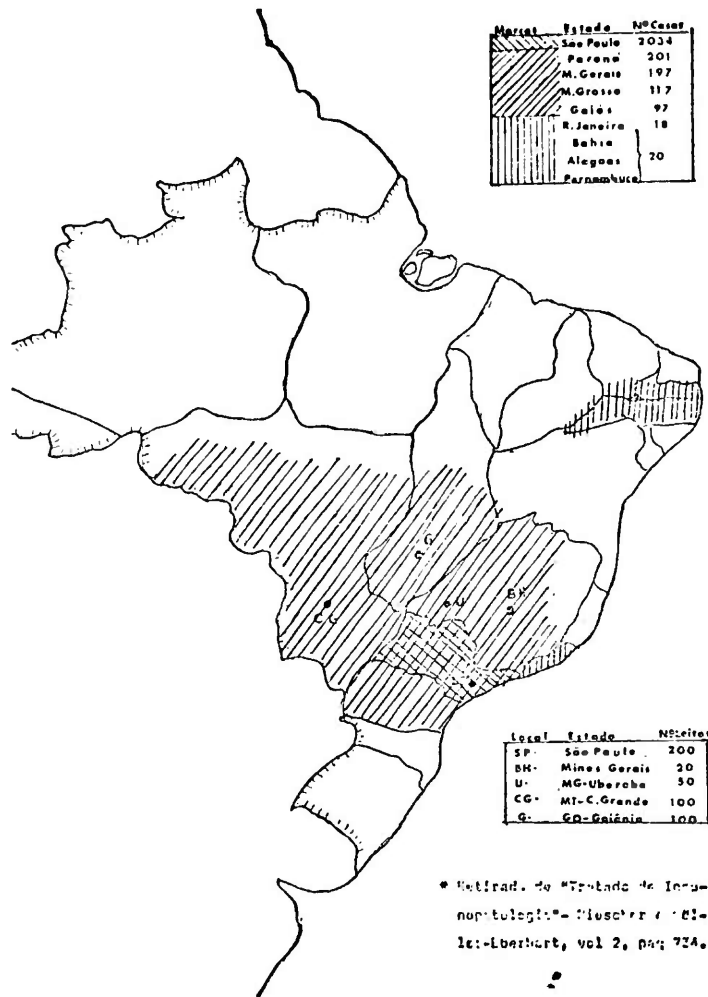
Neste estado, abordaremos o Pênfigo Foliáceo Brasileiro sob diversos aspectos, destacando principalmente sua patogenia atual, face a recentes estudos que vêm sendo realizados de 1968 a esta data.

2. Epidemiologia:

Beutner⁶ afirma: "Devido à sua natureza endêmica e à sua alta incidência nos focos endêmicos, o Pênfigo Foliáceo Brasileiro constitui problema apreciável de saúde pública na parte central e meridional do Brasil". Realmente podemos observar a alta incidência do Pênfigo Foliáceo Brasileiro nestas regiões. O mapa e os dados que reproduzimos na Figura 1 nos são fornecidos pelo Serviço de Pênfigo Foliáceo do Hospital "Adhemar de Barros" (HD-5) da Secretaria de Saúde do Governo do Estado de São Paulo e correspondem ao movimento dos últimos vinte e sete anos do citado Hospital. Assim, áreas que apa-

* Trabalho apresentado ao VI ECEM (Encontro Científico de Escolas Médicas), Natal, Rio Grande no Norte.

** Acadêmico de Medicina, 5.º ano Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.



recem representadas escassamente no mapa já apresentam incidência significativa da moléstia. Tal é, por exemplo, o caso da região norte do país, que com o atual surto desenvolvimentista secundário e abertura de estradas e à colonização intensiva, já apresenta focos significativos da moléstia.

Vieira²⁸ em 1940 estudara o Estado de São Paulo, determinando seus diversos focos e classificando-os através de variados parâmetros. Posteriormente, estes estudos puderam se estender ao Paraná, região Centro-Sul, Rio de Janeiro, Minas Gerais, região Nordeste e, mais recentemente, região Norte. Estima-se em aproximadamente mil o número de casos surgidos anualmente nas áreas endêmicas. Tais estudos nos levam a considerar a importância desta patologia em termos de saúde pública.

3. Histórico:

Hipócrates já usara a expressão "Febres Pemphigoides" (do grego pempholix-bolha) para descrever moléstia que corresponde provavelmente ao "Herpes labialis"; Galeno, igualmente, refere-se a elevações cutâneas contendo líquido e ar. Na Idade Média pouco se sabe do Pênfigo. No século XVIII, Morton relata uma febre na qual as vesículas se formam sobre o pescoço e o tórax; ainda no século XVIII, Planck tece referências a bolhoses e Sauvage²⁷ tem o mérito de adotar a denominação de Pênfigo para as dermatoses bolhosas. Este autor dividiu os Pênfigos em cinco categorias: Helveticus, Major, Indicus, Castrensis e Brasiliensis. No sentido de esclarecer este Pênfigo Brasiliensis de Sauvage, pesquisas têm sido feitas em nosso meio

por Proença,²⁵ com escassos resultados até o momento. No século XIX temos um surto de progresso com as escolas Italiana e Alemã, descrevendo Cazenave,¹¹ em 1850, a forma que leva seu nome, e Neuman, em 1880, a forma conhecida como Pênfigo Vulgar. Em 1890, no Congresso de Viena, o termo Pênfigo é adotado oficialmente para designar as dermatoses bolhosas. No Brasil, em 1903, Caramuru Paes Leme²³ descreve um caso de Pênfigo Foliáceo Brasileiro na Bahia. Em 1909 Pedroso & Paranhos²⁴ publicam o primeiro trabalho paulista sobre Pênfigo Foliáceo Brasileiro. Gualberto & Campos¹⁴ em 1913 descrevem o foco de Franca no Congresso de Belo Horizonte e, em 1917, Aleixo¹ descreve casos em Belo Horizonte, considerando aspectos de sua patogenia. Em 1927, Orsini de Castro¹⁰ descreve 104 casos de um foco em Belo Horizonte, descobertos a partir de um caso internado em sua enfermaria. Em 1938, João Paulo Vieira e Aranha Campos fundam o Serviço do Pênfigo Foliáceo em São Paulo, onde, desde então, tem-se pesquisado a moléstia, iniciando-se os estudos imunológicos em 1968.

4. Nosografia:

Considerando-se os pênfigos (dermatoses bolhosas em geral), inúmeras classificações poderiam ser adotadas. No entanto, como trataremos unicamente do Pênfigo Foliáceo Brasileiro, quer nos parecer ser mais interessante para este estudo adotarmos a classificação clínica proposta por Leme.²¹ Este autor considera quatro categorias de pênfigos:

1. Pênfigos congênitos: seriam representados pela epidermolise bolhosa (epidermolise ampular simples e epidermolise ampular distrófica) e doença de Hailey-Hailey.

2. Pênfigos sintomáticos: esta categoria corresponderia aos pênfigos de etio-

logia conhecida, incluindo grande número de variedades, algumas das quais citadas na figura 2.

3. Pênfigos essenciais ou verdadeiros: esta categoria, como o próprio nome indica, corresponde ao grupo de pênfigos sem etiologia determinada e incluiria o Pênfigo Foliáceo de Cazenave, além do Pênfigo vulgar, Pênfigo Vegetante e Penfigóide bolhoso.

4. Dermatite herpetiforme de Duhring — Brocq: corresponde ao eritema polimorfo bolhoso.

5. Histopatologia:

A lesão anátomo-patológica mais observada no Pênfigo Foliáceo Brasileiro corresponderia a uma acantolise. Na verdade não existe uma verdadeira acantolise, mas sim uma desagregação da "placa de ataque", substância mesenquimal que liga desmossomas contíguos, liberando as células. Apresenta ainda papilomatose e congestão da camada basal, responsável pela exsudação. A lesão é superficial, atingindo apenas a camada espinhosa e podendo a bolha estar em posição subcórnea. Vistas ao microscópio eletrônico, as lesões são similares, porém menos severas que as observadas no Pênfigo Vulgar. É interessante notar que o Pênfigo Foliáceo Brasileiro e o Pênfigo Foliáceo descrito por Cazenave apresentam identidade histopatológica, apresentando o Pênfigo Foliáceo Brasileiro o caráter endêmico que lhe é peculiar.

6. Patogenia:

Desde sua descrição por Cazenave,¹¹ numerosas teorias têm se formulado, na tentativa de explicar a patogenia do Pênfigo Foliáceo Brasileiro:

a) Teoria neurológica: proposta por Cazenave, procurando explicar a patologia como sendo consequência de alterações neurológicas. No início do século

XX, um grupo de pesquisadores húngaros procurou correlacionar o aparecimento da doença com alterações do sistema nervoso simpático e parassimpático, principalmente para o lado do primeiro. Atualmente estas teorias têm apenas valor histórico.

b) Teoria endócrina: tenta correlacionar o aparecimento do pênfigo com uma insuficiência endócrina. Von Sohler atribuía à insuficiência de hormônios gonadais e Paulier, no Uruguai, propôs que correspondesse à falta de um hormônio do trofismo celular secretado pela adeno-hipófise. Estudos realizados em São Paulo não confirmam estas teorias; no entanto, o Pênfigo Foliáceo Brasileiro possui realmente um componente endócrino, provavelmente secundário, segundo Leme,¹⁵ à intensa carência proteica que acompanha o penfigoso. Esta carência reflete-se principalmente para o lado da albumina e seria consequência da intensa exsudação que acompanha as lesões.

c) Teoria infecciosa: esta teoria parece ser uma das mais aceitas em termos de Pênfigo Foliáceo Brasileiro. Beutner⁶ cita diversos fatores que falam a favor de uma causa infecciosa para a moléstia:

1. O Pênfigo Foliáceo Brasileiro se apresenta predominantemente na América do Sul, fazendo supor a existência de um vector biológico específico em nosso meio.

2. Nas áreas endêmicas, a maior parte dos casos autóctomes se produzem em focos bem definidos.

3. Um de tais focos, em que apareceram mais de 400 casos nos últimos 25 anos, surgiu na área de Belo Horizonte, após a hospitalização de um paciente com Pênfigo Foliáceo Brasileiro procedente de outra área endêmica em um hospital local.

4. Nos focos endêmicos parecem ser atingidos todos os grupos raciais e econômicos.

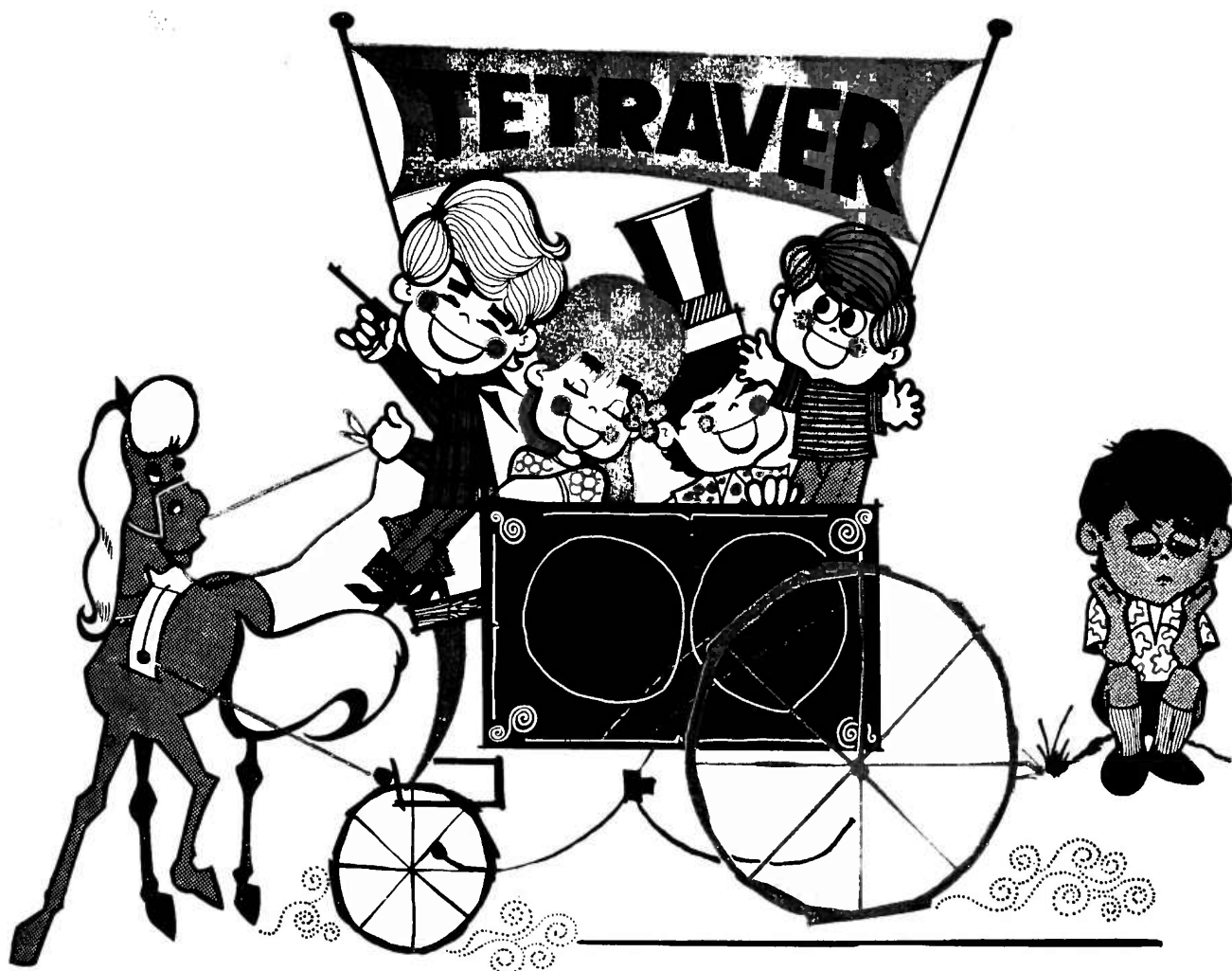
5. Cerca de 10% dos pacientes possuem parentes que vivem na mesma casa e que têm ou tiveram a moléstia. Os parentes que vivem fora da área endêmica não se afetam.

A par dessas considerações, estudos minuciosos feitos por Adler em sangue de penfigosos revela que certamente existe um componente de causa infecciosa, restando-nos estudar que natureza teria esta infecção.

Constatou-se inicialmente um aumento de estreptococos circulantes em pacientes de Pênfigo Foliáceo Brasileiro, encontrando-se títulos elevados de Antiestreptolisinas O nestes pacientes. Bier apontou a possibilidade de que a infecção estreptocócica fosse a origem de um auto-anticorpo de reação cruzada, à semelhança do que ocorre na Doença Reumática. Rivitti,²⁶ em tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, faz estudo minucioso desse aspecto, chegando à conclusão de que o estreptococo realmente não tem importância na patogenicidade do Pênfigo Foliáceo Brasileiro, não havendo correlação entre o nível sérico de Antiestreptolisina O e a gravidade do caso.

A partir dos estudos de Crosti^{12,13} e col. em Milão, aventou-se a hipótese de uma etiologia viral. Tal possibilidade se apresenta aceitável, havendo no momento estudos para sua possível comprovação.

Leme,¹⁵ em 1955, aventou a possibilidade de um esquema multifásico na etiologia e patogenicidade do Pênfigo Foliáceo Brasileiro. Este autor considera, além de um fator extrínseco (viral?), a presença de um vector de transmissão e de um fator intrínseco dis-reativo (susceptibilidade imunológica individual?). Este vector corresponderia ao *Simulium pruino-*



xarope em suspensão

PROPRIEDADES:

Hexahidrato de piperazina — composto sintético dotado de potente atividade antihelmíntica no tratamento da **ascaridíase** e **oxiuríase**. Age paralizando os parasitas, que são expulsos pelo peristaltismo intestinal. O mecanismo de ação é explicado porque a droga antagoniza a contração muscular dos áscaris, produzida pela acetilcolina, ao nível da união mioneural.

Tiabendazol — derivado do benzimidazol, de baixa toxicidade, dotado de amplo espectro de ação antihelmíntica. É ativo contra **Áscaris lumbricoides**, **Ancylostoma duodenale**, **Necator americanus**, **Strongyloides Stercoralis** e levemente eficaz contra **Tricocéfalos**.

Dimetilpolisiloxana — silicone empregado largamente no tratamento do **meteorismo** e da **flatulência**. Seu tipo de ação antiespumante alivia as manifestações de **distensão gastrointestinal** comuns em pacientes poliparasitados.

FÓRMULA

cada 10 ml contém:

Hexahidrato de piperazina	1,0	g
Tiabendazol	500	mg
Dimetilpolisiloxana suspensão a 30%	140	mg
Veículo q.s.p.	10	ml

INDICAÇÕES:

No tratamento das parasitoses intestinais múltiplas (*Áscaris lumbricoides*, *Enterobius vermiculares*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Strongyloides Stercoralis*).

Dermatite serpigínea ativa

POSOLOGIA E MODO DE USAR:

As doses diárias, de preferência após as principais refeições, devem ser administradas em duas tomadas, segundo a indicação e a critério médico.

O tratamento pode ser repetido após 2 a 3 semanas, sempre de acordo com a orientação e a critério médico.

Vidro com 60 ml

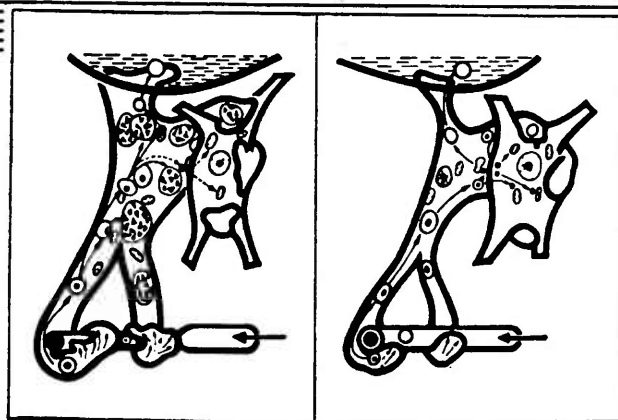
INAF S.A. PRODUTOS QUÍMICOS E FARMACÊUTICOS

RUA 21 DE ABRIL, 98 TELS. 93-5834 93-5989 03047 S. PAULO S.P.

Hydergine[®]



**ativador do
metabolismo
cerebral**



INDICAÇÃO BÁSICA:

**Transtornos metabólico-circulatórios cerebrais
e suas conseqüências somatopsíquicas.**

DOSES:

**3 x 30 gotas ao dia
3 x 3 comprimidos ao dia
3 cápsulas ao dia**



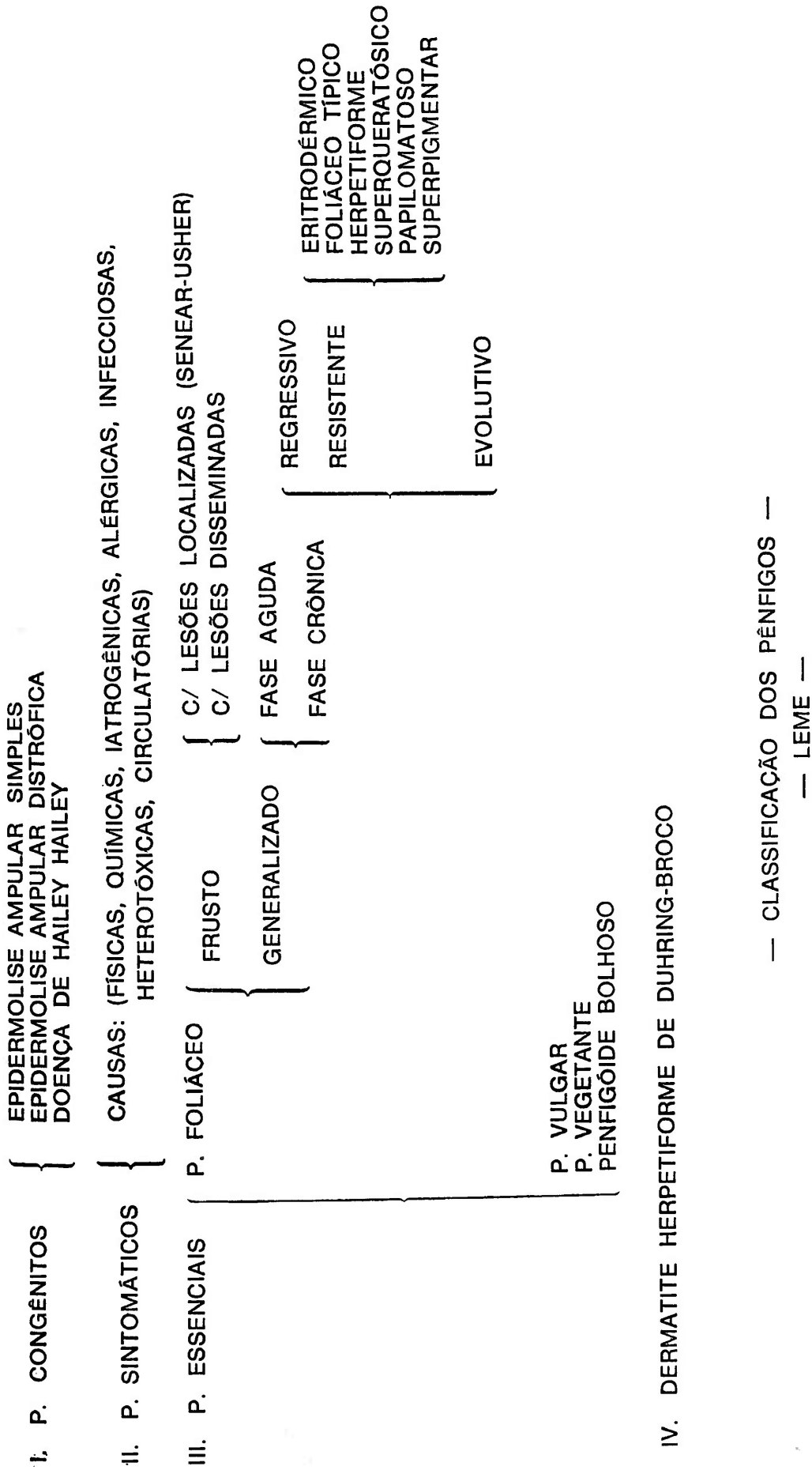


FIGURA 2 — Pênfigo Foliáceo — Classificação.

sum, uma das espécies de mosquitos vulgarmente conhecidos pelo nome de "borrachudos" Realmente, Vilela, em 1940, chamava a atenção para o grande número desses insetos nos focos da moléstia. Estudos feitos em 1950 no fichário do Serviço de Pênfigo Foliáceo Brasileiro indicavam que, das 1310 fichas examinadas, 97,6% correspondiam a pacientes provenientes de zonas endêmicas deste artrópode. Por outro lado, a habitat do **Simulium pruinosum** corresponde a uma altitude de 530 a 900 metros e a umidade de 76%, dados estes que correspondem aos de Orsini de Castro para o aparecimento do Pênfigo Foliáceo Brasileiro. É interessante notar que em zonas mais úmidas como o vale do Paraíba e o litoral paulista existe apenas o **Simulium pertinax**, não havendo nestas áreas incidência de Pênfigo Foliáceo Brasileiro.

Baseados nestes dados, tentamos, na Figura 3, reproduzir graficamente o conceito exposto por Leme sobre a etiologia e patogenia da doença.

A natureza das alterações dis-reativas permaneceu por muito tempo discutível. No entanto, estudos imunológicos recentes não deixam dúvidas quanto a uma participação imunológica na moléstia, caracterizando uma doença de auto-agressão.

Beutner & Jordan³ em 1964, verificaram a presença, em portadores de Pênfigo Vulgar, de auto-anticorpos evidenciáveis por técnicas de imunofluorescência, utilizando como substato o epitélio estratificado do esôfago de macaco ou humano. Correspondia a um anticorpo específico para o Pênfigo, localizando-se eletivamente nas áreas intercelulares, sobretudo da camada de Malpighi.

Estes estudos estimularam pesquisa semelhante no Pênfigo Foliáceo Brasileiro. Em 1968, Beutner & col,⁴ trabalhando com soro de 30 pacientes portadores de Pênfigo Foliáceo Brasileiro, en-

contraram anticorpos fluorescentes intercelulares em 100% dos casos, sendo o título de anticorpos significativamente mais elevado que os níveis encontrados no Pênfigo Vulgar. A partir destes dados, estes autores fixaram as evidências a favor do conceito de ser o Pênfigo Foliáceo Brasileiro uma patologia com um componente auto-imune:

a. Presença constante de auto-anticorpos nos casos com lesões ativas.

b. Relação entre o título de anticorpos e a gravidade da doença.

c. Fixação "in vivo" do anticorpo e do complemento ao nível das lesões cutâneas.

d. Correspondência entre a localização do antígeno ativo e a sede das lesões.

e. Fixação intercelular do anticorpo em macacos injetados pela via intradérmica com soros de pacientes com Pênfigo Foliáceo Brasileiro.

f. Aparecimento do anticorpo intercelular antes do aparecimento das bolhas típicas intra-epiteliais.

Avançando a pesquisa, os mesmos autores⁵ estudaram a reprodução de lesões semelhantes às do Pênfigo Foliáceo Brasileiro pela injeção intradérmica em macacos e coelhos de soro de pacientes com títulos elevados de anticorpos. Conseguiram, desse modo, a indução de microbolhas intra-epidérmica, acantolíticas, histologicamente semelhantes às encontradas no Pênfigo Foliáceo Brasileiro humano. Houve controles com soro de pacientes portadores de outras doenças auto-ímmunes (LES, mioastenia grave, tireoidite), Penfigóide Bolhoso, Pneumonia, Tuberculose, bem como soros de indivíduos normais. Foram feitas bioscópias, tendo os resultados sido analisados pelo teste duplo-cego. Como era de se esperar, houve aparecimento de lesões nos pacientes injetados com soro de pacientes portadores de Pênfigo Foliáceo

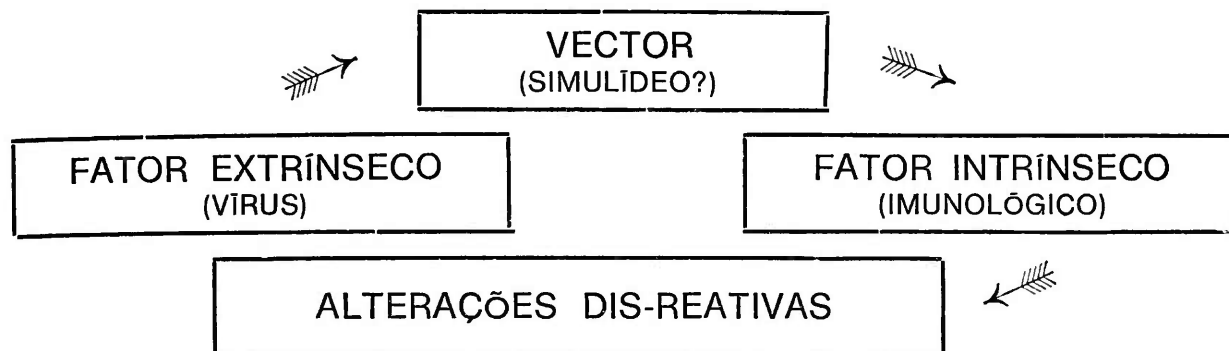


FIGURA 3 — Pênfigo foliáceo etiologia e patogenia.

Brasileiro, o mesmo não acontecendo aos controles. Esse experimento deixa, a nosso ver, fora de qualquer dúvida a participação imunológica na patogenia do Pênfigo Foliáceo Brasileiro.

Baseados nestes dados, poderíamos afirmar que a visão atual da etiologia e patogenia do Pênfigo Foliáceo Brasileiro corresponde à de uma doença de auto-agressão, no desencadeamento da qual participa um fator extrínseco através de um vector.

7. Formas clínicas:

No Pênfigo Foliáceo Brasileiro, três fases podem ser classicamente descritas:¹⁸

a. Fase inicial: corresponde ao aparecimento de microbolhas e eritema, principalmente na face, região médio-esternal e interescapulo-vertebral. A partir deste quadro, três possibilidades se colocam:

— Manutenção, manifestando-se o quadro de Pênfigo Frusto ou Benigno.

— Evolução, entrando nas fases seguintes.

b. Fase invasiva: é uma forma generalizada onde há o aparecimento de bolhas extensas na porção anterior do tórax, face, resto do tronco e membros. Ocorre ainda toxemia intensa e a presença de infiltrações que, se rompendo, formam crostas e eritrodermia secundária. Cazenave descreveu como doença que, passando pela esfoliação, chega à

eritrodermia. Ainda nesta fase, três possibilidades se colocam:

— Regressão: evoluindo para uma cura (?) do processo. Neste casos temos freqüentemente uma alteração melânica e o paciente passa por uma fase de "leopardização" Refere-se que: "os brancos se tornam morenos, os morenos se tornam pretos e os pretos se tornam azeviche"

— Manutenção do período de estado, correspondendo a uma forma exsudativa, esfoliativa e eritodérmica continuada.

— Evolução: para a terceira fase.

c. Fase evolutiva: nesta fase a defesa cai e geralmente ocorre resistência do paciente aos corticóides, evoluindo a doença para o êxito letal. Estas formas estão resumidas, entre outras, na classificação que reproduzimos anteriormente.

8. Diagnóstico:

O fato de o Pênfigo Foliáceo Brasileiro ser pouco estudada faz pensar que o seu diagnóstico apresente dificuldades. Tal não ocorre. Em serviços com alguma experiência, o diagnóstico é feito com extrema rapidez:

a) pela anamnese: procura-se verificar se o paciente é procedente de foco. Deve-se, assim, procurar ter conhecimento dos focos já existentes, o que nem sempre é muito fácil, já que existem mesmo nas regiões mais desenvolvidas, como seja a zona urbana da cidade de São Paulo.

b) Exame objetivo: é característico o sinal de Nikolski, que consiste na fric-

ção da pele com um deslizamento das camadas superiores sobre a espinhosa. Pode-se, ainda, pesquisar disposições metaméricas das bolhas e a forma delas, que pode ser considerada mais propriamente como infiltrações epidérmicas.

c) Exames complementares: entre os exames complementares úteis no diagnóstico de Pênfigo Foliáceo Brasileiro, temos:

— Prova de Tzanck: esta prova, até agora relativamente pouco utilizada, se propõe como uma das mais práticas no diagnóstico de diversas dermatoses, entre as quais o Pênfigo Foliáceo Brasileiro, mercê sua rapidez, simplicidade e especificidade. Está se desenvolvendo em nosso meio, especialmente através de Almeida Neto & col;² correspondente a uma raspagem da bolha, sendo o material obtido a seguir corado pelo Leishman e examinado ao microscópio, podendo se observar células acantolíticas.

— Exame histopatológico: neste exame, que já comentamos anteriormente, notamos a presença de bolha intra-epidérmica na camada de Malpighi. Diferenciando-se do Pênfigo Foliáceo Brasileiro, no Pênfigo Vulgar encontramos a bolha já em posição mais profunda, mais próxima da camada basal, donde vem o aspecto hemorrágico da lesão. Com relação ao Penfigóide bolhoso e Dermatite Herpetiforme de Duhring-Brocq, notamos a presença de bolhas dérmicas intra-basais.

— Imunofluorescência: pode-se também diagnosticar o Pênfigo Foliáceo Brasileiro através de imunofluorescência pelo método que anteriormente já comentamos, quando tratamos de sua patogenia. É feito utilizando-se soro antiglobulina marcado com fluoresceína.

9. Terapêutica:

Como nas demais patologias, poderíamos considerar a terapêutica do Pênfigo Foliáceo Brasileiro sob o prisma etiológico, profilático, ou patogênico. Quanto

aos aspectos etiológicos, pouco se pode dizer, uma vez que a etiologia exata do Pênfigo Foliáceo Brasileiro ainda não está determinada. Quanto ao aspecto profilático, corresponde ao controle do vector, constituindo assim um problema de saúde pública. Resta-nos pois, considerar a terapêutica patogênica do Pênfigo Foliáceo Brasileiro.

Podemos dividir a terapêutica desta moléstia em fases pré e pós-corticóide. Na fase pré-corticóide diversas condutas terapêuticas foram propostas, utilizando-se desde o óleo de chalmoolgra até mais recentemente os antipalúdicos, quinina e quinacrina. Esta conduta terapêutica poucos resultados positivos apresentava, possuindo atualmente somente valor histórico. Atualmente a terapêutica do Pênfigo Foliáceo Brasileiro é orientada principalmente no sentido de se proporcionar ao paciente uma imunossupressão, o que traz considerável melhoria clínica (o que era de se esperar, considerando-se a provável etiologia da moléstia). Dentre os imunossupressores, os de eleição correspondem aos corticóides, principalmente a Triancinolona, que é dada numa dose de ataque de 48 a 64 mg/dia, reduzindo-se esta dose em 8 mg em cada 15 dias de tratamento. O paciente é mantido hospitalizado até atingir uma dose diária de 8 a 16 mg/dia, quando passa à fase ambulatorial. Essa dose passa então a ser progressivamente diminuída, até que o paciente não necessite mais do medicamento.

A corticotrofina (ACTH)²⁵ é contra-indicada, devido a seus indesejáveis efeitos colaterais.

Os imunossupressores químicos, principalmente a azotioprina, foram ensaiados no Pênfigo Foliáceo Brasileiro,²¹ apresentando boa ação na acantolise. No entanto, não influi na exsudação, e, a par de seus efeitos colaterais e alto preço, torna essas drogas contra-indicadas nesta moléstia.

A par deste tratamento medicamentoso, duas medidas gerais são da máxima importância no controle da doença:

— alimentação: é importante que seja farta, principalmente em proteínas.

— higiene do paciente: com banhos diários de imersão em água, com temperatura aproximada de 37°C.

10. Prognóstico:

Antes da era corticóide a mortalidade chegava a 25% dos casos. Atualmente, graças à imunossupressão, esta taxa está bem mais baixa, comportando-se, na estatística de alguns autores nacionais, da seguinte maneira:

— 50% evoluem para uma regressão que se poderia chamar de “cura clínica” uma vez que, em se tratando de moléstia de auto-agressão, não podemos ter certeza de uma cura real e permanente do doente.

— 40 a 45% evoluem para uma forma de resistência.

— 5% evoluem para o óbito.

11. Conclusão:

Procuramos, dentro de limites de um resumo, apresentar ao leitor, especialmente ao acadêmico de Medicina, alguns dados que consideramos essenciais na clínica do Pênfigo Foliáceo Brasileiro. Esses conhecimentos possuem significado também para o clínico geral, principalmente se levarmos em conta as condições de nosso país e a singular distribuição geográfica desta patologia.

Procuramos aliar a estes conhecimentos básicos alguma informação sobre o que existe de novo em termos de etiologia e patogenia desta moléstia, tão própria do nosso meio.

SUMMARY

BRAZILIAN PEMPHIGUS FOLIACEUS

The authors presented a description of some interesting aspects of the Brazilian Pemphigus Foliaceus.

The classification, etiology, pathology, clinical recognition, differential diagnosis, and medical management of this disease are extensively studied at this work.

BIBLIOGRAFIA

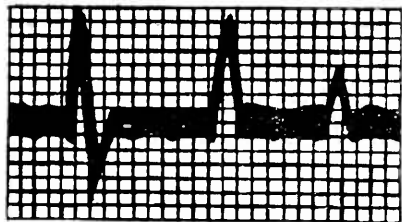
1. Aleixo, A. — Em annaes VII Congr. Bras. de Med e Cir., Belo Horizonte (1912), pág. 429.
2. Almeida Neto, Estevão — Conferência proferida no Hospital “Adhemar de Barros”, Agosto 1974.
3. Beutner, E. H. & Jordon, R. E. — Demonstration of skin antibodies in sera of Pemphigus Vulgaris patients by immunofluorescent staining Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 117:505, 1964.
4. Beutner, E. H., Prigensi, L. S., Haie, W., Leme, C. A., & Bier, O. G. — Immunofluorescent studies of autoantibodies to intercellular areas of epithelia in Brazilian Pemphigus Foliaceus — Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 127:81, 1968.
5. Beutner, E. H., Wood, G. W., Chorzelski, T. P., Leme, C. A. & Bier, O. G. — Produção de lesões semelhantes às do Pênfigo Foliáceo pela injeção intradérmica, em macacos e coelhos, de soros de doentes com elevado título de auto-anticorpo — Mem. Inst. Butantan, 35: 79, 1971.
6. Beutner, E. H., in “Tratado de Imunopatologia”, Miescher, Müller-Eberhart p. 732 (Ed. 1971).
7. Bier, O. G. — Conferência realizada no Inst. Recherches Immunologiques sur le Cancer, Villejuif, França, 1966.
8. Camargo, M. E. — Comunicação Pessoal, 1967 (in Leme).
9. Castro, R. M., Camargo, M. E., Revitti, E. & Sampaio, S.A.P. — Antiestreptolisina O e anticorpos antiepitélio em Pênfigo Foliáceo. Estudo evolutivo — Comunicação ao II Encontro Nacional de Pênfigo, Goiânia, 1971.
10. Castro, O. O. — Contribuição ao estudo do Pênfigo Foliáceo, Gaz. Clín. Hosp., 2:16, 1927.
11. Cazenave, P.L.A. — Traité des maladies du Pemphigus, in: Leçons Cliniques sur les maladies de peau — recueillies, rédigées et pub. Gustave Bernard, 55, pp. 8° — Paris, H. Plon., 1855 (Gaz. Hop. Paris, vol. 28).
12. Crosti, A., Gianotti, F. & Hahn, E. — Isolamento di un virus patógeno da malati del gruppo pemfigoso, Bol. Inst. Sier. Mil., 39:1, 1960.
13. Crosti, A., Gianotti, F., Hahn, E. Bublola, D. Ronchi, E. — Virological investigations on the Brazilian Pemphigus Foliaceus, Bol. Inst. Sier. Mil. 443, 1965.
14. Gualberto, L. Annaes do 7º Congresso de Med. e Cir. — Belo Horizonte, 1912.
15. Leme, C. A. — Considerações sobre a Etiopatogenia do Pênfigo Foliáceo, Rev. Paul. Med., 47:546, 1955.
16. Leme, C. A. — Pênfigo Foliáceo e Síndrome Geral de Adaptação. Hormônios Corticais, Arq. Bras. Derm. Sif. São Paulo, 18, 1956.
17. Leme, C. A. — Novos conceitos sobre a etiopatogenia do Pênfigo Foliáceo Conclusões terapêuticas — trabalho apresentado na XV reunião dos Dermatologistas brasileiros, Belo Horizonte, 1958, Arq. Bras. Derm. Sif. São Paulo, 20, 1958.
18. Leme, C. A. — Pênfigo Foliáceo: etiopatogenia, sintomatologia e diagnóstico. Hospital: 65:1081, 1964.
19. Leme, C. A. — Pênfigo Foliáceo no Brasil, doença de auto-agressão; demonstração de auto-anticorpos po imunofluorescência, Hospital, 76: 583, 1969.

Instituto de Radioterapia Osvaldo Cruz

Dr. J. Roberto Barreto Lins — Diretor — CRM 1.092
Dr. Marcos Lederman — Diretor — CRM 11.546
Dr. Costa Pinto — Consultor Científico — CRM 8.093
Dr. Camillo Segreto — Médico — CRM 156
Dr. Carlos Salvetti — Médico Assistente — CRM 11.634
Dr. Salin Aisen — Médico Assistente — CRM 13.425
Dr. José Waldemar Petitto — Médico Assistente — CRM 16.206
Dr. Normando de Bellis — Médico Assistente — CRM 3540
Dr. Odilon Vieira de Campos Filho — Médico Assistente — CRM 15.236
Dr. Yoran Weissberger — Médico Assistente — CRM 15.776

- ACELERADOR LINEAR
- COBALTOTERAPIA
- BRAQUITERAPIA
- RADIOTERAPIA ENDOLINFÁTICA
- ROENTGENTERAPIA
- RADIUMTERAPIA
- BETATERAPIA
- LINFOGRAFIA-DIAGNÓSTICA
- PLANEJAMENTO COM SIMULADOR E COMPUTAÇÃO
- QUIMIOTERAPIA
- IMUNOTERAPIA

RUA JOÃO JULIANO, 331 — TELEFONE 287-2166 — SÃO PAULO



Clinica de Recuperação Médica do ABC

PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DE INFARTO (CARDIOLOGIA),

TRATAMENTO DE:

COLUNA — BRONQUITE — ASMA

REABILITAÇÃO ORTOPÉDICA EM GERAL — CHECK-UP

Rua Newton Prado, 76

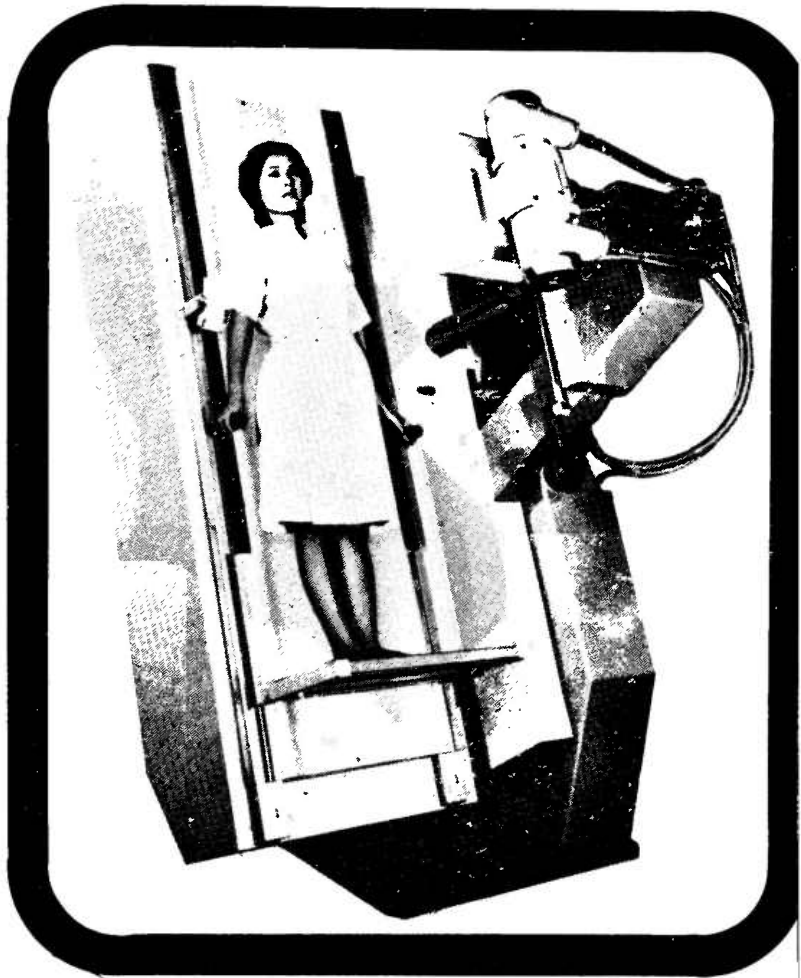
Tel.: 443-1007

São Bernardo do Campo estacionamento

Shimadzu



Shimadzu



Sem dúvida um passo à frente em contrôle remoto para equipamentos radiológicos.

Seu magazine tem capacidade para até 100 exames, sem que haja necessidade de troca dos chassis.

Os aparelhos de raios-x Shimadzu são apresentados em duas versões: 500 mA 150 kV e 1000 mA 150 kV.

Para maior facilidade dos nossos clientes as vendas tanto poderão ser feitas em cruzeiros como através de importação direta, sendo que em ambos os casos dispomos de ótimo financiamento aliado à garantia da melhor assistência técnica.

Representantes exclusivos para o Brasil

**spitzer do brasil
equipamentos radiológicos ltda**

sede própria à rua pedro de toledo, 998 são paulo
fones 71 3402 70 9963

VIRAMID

(VIRAZOLE ICN)

**UMA NOVA ERA
NO TRATAMENTO DAS
DOENÇAS A VÍRUS**

ICN 
ICN Usafarma

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).