

PÊNFIGO FOLIÁCEO SUL-AMERICANO NO ESTADO DE GOIÁS *

ANUAR AUAD **

I — Introdução

A importância do pênfigo foliáceo sul-americano (P.F.S.A.) no conjunto dos problemas dermatológicos em nosso país, decorre da frequência da dermatose com seu caráter endêmico em certas regiões, o que constitui peculiaridade da doença em nosso meio. A moléstia registrada especialmente nos estados do centro-oeste vem, entretanto, agora já sendo observada em focos no norte do país. Desta maneira a medida que novos casos surgem nas áreas endêmicas, de outro lado outros focos aparecem em regiões até então indenes da dermatose. É o caso do Distrito Federal atualmente com 77 casos autóctones e de vários municípios goianos localizados ao longo da rodovia Belém-Brasília.

O aparecimento de novos focos acompanhando a colonização de territórios até então despovoados tem, inclusive, reforçado a tese do "nichamento" que alguns pesquisadores defendem comparando o comportamento do pênfigo foliáceo à leishmaniose tegumentar americana. O desconhecido fator etiológico participaria da biocenose destas áreas e o homem ao penetrá-las seria atingido pela possível noxa.

Analisando este conjunto de fatores o P.F.S.A. tende a assumir importância crescente no campo da Saúde Pública, uma vez que a penetração que se processa em áreas ainda não colonizadas poder-se-á acompanhar do surgimento de novos casos. Esta perspectiva reavivou o interesse dos dermatologistas brasileiros que a partir de 1969 vem realizando paralelamente aos Congressos Brasileiros de Dermatologia, reuniões específicas sobre este problema.

Desde 1958 temos estudado os aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos do P.F.S.A. em Goiás. A eleição de tal tema é

* Tese para livre-docência apresentada ao Dept^o. de Medicina Tropical do IPT da UFGO.

** Prof. Adjunto, Regente de Disciplina de Dermatologia do Dept^o. de M.T. do I.P.T.

fruto não só da escassez de pesquisas em relação a dermatose em nosso Estado e no D.F. como também de nossa experiência cumulativa com essa grave bulose. Dirigindo desde o ano de 1954 o Hospital de Pênfigo de Goiânia, tivemos portanto a oportunidade de acompanhar a invasão da moléstia em Goiás que atualmente apresenta entre os Estados de nosso país a maior ocorrência de P.F.S.A.

Atualmente pode-se estimar que o número de doentes de P.F.S.A. no Brasil aproxima-se dos 12.000 casos com a seguinte distribuição nos Estados de maior frequência:

Goiás	—	3.000	casos
Mato Grosso	—	2.500	casos
Minas Gerais	—	2.000	casos
São Paulo	—	1.800	casos
Paraná	—	800	casos
Bahia	—	400	casos
Espírito Santo	—	300	casos
Pará	—	300	casos
Maranhão	—	200	casos
D. F.	—	100	casos

e os restantes 600 casos distribuídos pelos demais Estados da Federação.

A nossa casuística como se depreende, coloca Goiás como o Estado que apresenta atualmente o maior número de casos de P.F.S.A., com aproximadamente um quarto dos casos registrados no país. Há 13 anos, já de posse de dados que nos permitiram esboçar a situação da dermatose em nosso Estado, tivemos oportunidade de relatar no Congresso do Brasil Central e Triângulo Mineiro (1958) o tema oficial "Pênfigo Foliáceo no Estado de Goiás".

A partir de então em Congressos especializados e em publicações de resultados de nossas observações, procuramos contribuir para um melhor conhecimento da enfermidade em nosso meio como também alertar o meio médico para a gravidade do problema.

A riqueza de nosso material permitiu-nos estudar, durante 18 anos, múltiplos aspectos do P.F.S.A. em nosso Estado, através da análise sistematizada de 2.230 casos.

O objetivo do presente trabalho reside em oferecer subsídios a um melhor conhecimento do P.F.S.A. em suas características epidemiológicas, clínicas e terapêuticas e relatar as particularidades desta epidemia no Estado de Goiás e D.F.

2 — O Pênfigo Foliáceo no Brasil.

A história do pênfigo foliáceo inicia-se com os trabalhos de Cazenave (1850) na França. A partir de então novos relatos foram surgindo em relação à dermatose em quase todos os países. No Brasil,

os primeiros relatos sobre o P.F.S.A. se devem a Alexandre Cerqueira na Bahia antes de 1900 segundo citação de Flaviano Silva (1948).

Em sua tese, Caramuru Paes Leme (1903), com o nome de "Tokelau", descreve casos que, na realidade, eram de pênfigo, conforme estudos posteriores de Luciano Gualberto (1912), Fonseca Filho, João Paulo Vieira e outros (Apud J. P. Vieira — 1940).

Em um Congresso Médico de Belo Horizonte, Luciano Gualberto (1906) relata casos observados em Franca, Estado de São Paulo. Alguns anos depois, Ulysses Paranhos e Bertarelli (1909), abordam aspectos etiológicos da dermatose.

No VII Congresso de Medicina e Cirurgia realizado em Belo Horizonte, Antônio Aleixo (1912) relata 2 casos de P. F. observados em Minas Gerais.

Silva Araújo Filho (1912) cita um caso de P. F. rubricado como Dermatite de Dühring na Sociedade de Dermatologia do Rio de Janeiro.

A partir de 1912, João Paulo Vieira, (1921 — 1922 — 1939 — 1940 — 1941 — 1942 — 1943 — 1944 — 1947 — 1948 — 1954 — 1958) inicia em São Paulo uma série de estudos sobre a moléstia, com a publicação de vários trabalhos.

Em sua tese de docência, Orsini de Castro (1927) cataloga 107 casos de P.F.S.A. em Minas Gerais e aponta o foco de Belo Horizonte. Orsini de Castro (1945) retornaria ao tema em nova tese, descrevendo centenas de novos casos.

Aspectos etiológicos da dermatose, especialmente em relação a hipótese viral são relatados por Lindenberg (1937).

Rabello Júnior (1940) refere em nota sobre casos de Belo Horizonte que a moléstia apresenta certas diferenças em relação ao pênfigo foliáceo europeu, ainda que não seja fundamentalmente diferente. Salienta a existência de duas fases: uma primeira de bôlhas localizadas nas regiões, seternal, inter-escapular e frequentemente em vespertilio na face; uma segunda num quadro de eritrodermia bôlho-esfoliativa. Posteriormente Rabello Júnior (1941) estuda minuciosamente o pênfigo foliáceo no Brasil e as relações com o síndrome de Senear-Usher e com o pênfigo foliáceo europeu. Salienta que a moléstia após ter sido assinalada no país tinha sido estudada particularmente por A. Lindenberg em São Paulo, A. Aleixo em Minas e F. Silva na Bahia, aos que se acrescentaram posteriormente os trabalhos de J. P. Vieira e Orsini de Castro. Analisando as duas fases da moléstia destaca que na primeira fase o quadro apresenta lesões que atingem as localizações observadas na dermatite seborreica e no lupus eritematoso. Diz mesmo claramente: "Os doentes apresentam então muitas vezes um aspecto que lembra em muitos pontos, os casos bem conhecidos nos Estados Unidos do síndrome de Senear-Usher". Destaca que Orsini chamara atenção para o aparecimento de lesões em "vespertilio" na face como também para as lesões localizadas na região pré-esternal e inter-esca-

pular, o que também fora observado por Vieira. Refere que as lesões podiam se manter tempo variável e que em muitos casos a doença extinguiu-se neste estágio constituindo as chamadas "formas frustas" descritas por Vieira e Orsini.

Cumpra destacar que neste trabalho pela primeira vez aponta-se a possibilidade da síndrome de Seneer-Usher ser uma forma especial de pêfigo. Em nossos dias, inúmeros dermatologistas brasileiros têm se dedicado ao estudo do problema. Entre eles destacamos Martins de Castro, Sampaio, Aranha Campos, Cid Abreu Leme, Nelson Proença, F. Amêndola, M. Fonzari e outros em São Paulo.

Josefino Aleixo, Oswaldo Costa, Tancredo Furtado, Antônio Carlos Pereira e muitos outros, em Minas Gerais, F. E. Rabello, Hildebrando Portugal, Ramos e Silva e outros, na Guanabara e em Mato Grosso Günther Hans.

O PÊNFIGO FOLIÁCEO EM GOIÁS

Nosso objetivo no presente trabalho é estudar o P.F.S.A. em Goiás. Torna-se portanto, indispensável delinear os geográficamente nosso Estado e para tanto nos utilizamos do excelente relatório "Sinótese Preliminar do Censo Demográfico da Fundação IBGE — VIII Recenseamento Geral de 1970" que em breves linhas, retrata nosso Estado:

"Goiás é a mais central das Unidades da Federação. Sua área é de 642.092 km² o que corresponde a 7,54% do território nacional. A sua configuração alongada no sentido das latitudes (de 5°10' lat. S. no extremo Norte a 19°27' lat. S. no extremo Sul) segue as diretrizes de 2 importantes eixos fluviais — o Araguaia e o Tocantins que se desenvolvem rumo Sul-Norte e se unem no extremo setentrional do Estado.

Grande parte do território de Goiás se identifica com o chamado Planalto Central Brasileiro, onde predomina um relevo caracterizado por um perfil de limite horizontal, constituído de superfícies aplainadas, talhadas em estruturas cristalinas e sedimentares, situadas em níveis que oscilam entre pouco mais de 1000 e menos de 400 metros. Este planalto atua como importante dispersor de águas, com vertentes para as bacias do Amazonas, do Paraná e do São Francisco.

Apresenta-se como uma área dominada por clima quente e semi-úmido, com duas estações bem definidas. Sob tais condições climáticas, domina, sobre as superfícies aplainadas, a vegetação do cerrado, enquanto as encostas e vales são ocupados por vegetação de matas e florestas de galeria. Goiás vem apresentando, nos últimos decênios, incremento acentuado de população, embora seja mais baixa a densidade média, em decorrência de áreas escassamente povoadas ao norte, que contrastam com a parte meridional, onde se registra maior concentração populacional".

A história do P. F. em Goiás está vinculada à criação de um Hospital especializado em agosto de 1952 na cidade de Goiânia. Foi seu primeiro diretor o Dr. Geraldo Brasil a quem se devem os primeiros estudos sobre o P. F. em nosso Estado. Na ocasião, empregou tratamentos vários, anti-maláricos, ACTH, cortisonicos, sulfas, penicilina e inclusive utilizou tópicamente infuso de um vegetal da região, rico em tanino, o *Stryphnodendron barbatiman*, vulgarmente conhecido como barbatimão.

Em abril de 1954 assumimos a direção do Hospital, e desde então procuramos partir para uma análise mais completa sobre a dermatose em Goiás, procedendo não só a estudos clínico-terapêuticos como também a levantamentos epidemiológicos. Juntamente com o Dr. Célio de Paula Mota, visitamos vários focos de pêfigo da região, realizando um levantamento dos pacientes. Procuramos assim delinear a ocorrência da enfermidade no território goiano, através dos anos, desde 1928 até 1955.

Obtivemos os seguintes dados:

HISTÓRICO DO PÊNFIGO NO ESTADO DE GOIÁS

Casos registrados desde 1928.

Municípios com o ano de aparecimento do 1.º caso de Pênfigo:

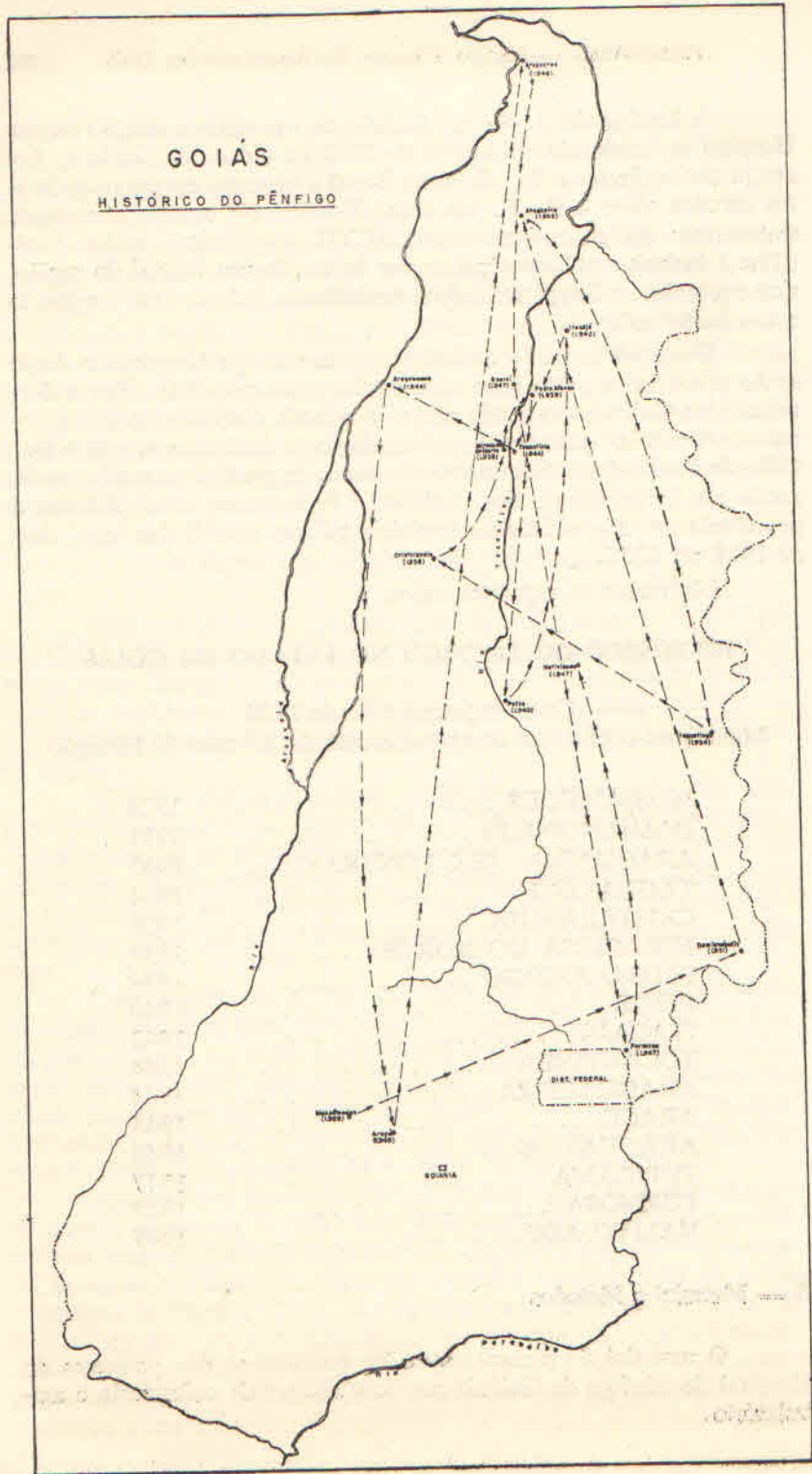
MOSSAMEDES	1928
DAMIANÓPOLIS	1931
ARAGUAINA (EX LONTRA)	1933
TAGUATINGA	1934
CRISTALÂNDIA	1938
MIRACEMA DO NORTE	1939
PEDRO AFONSO	1939
PEIXE	1940
ITACAJÁ	1942
TOCANTINEA	1944
ARAGUACEMA	1944
ARAÇU	1945
ARAGUATINS	1946
TUPIRAMA	1947
FORMOSA	1947
NATIVIDADE	1947

3 — Material e Métodos

O material do presente trabalho constitui-se dos pacientes do Hospital do Pênfigo de Goiânia nos seus setores de enfermária e ambulatório.

GOIÁS

HISTÓRICO DO PÊNFIGO



A observação abrange o período compreendido entre os anos de 1952 a 1970 e totalizou 2663 casos de P.F.S.A., tendo sido neste mesmo período registrados 37 casos de Pênfigo vulgar (P.V.).

A diagnose foi feita pelos aspectos clínico-dermatológicos e presença do sinal de Nikolsky. Em cêrca de 60% dos pacientes foi feito exame histopatológico de fezes e urina tipo 1, como rotina. Além disso todos os pacientes foram abordados em relação a pontos de interesse epidemiológico como época de adoecimento, procedência, inquérito quanto a insetos da região, bacias hidrográficas e ocorrência familiar da dermatose.

A análise de nosso material foi realizada somente considerando observações clínicas completas e por êste motivo excluíram-se casos, constituindo-se portanto nosso material de 2230 observações.

4 — Resultados e Comentários

A — Aspectos clínicos e epidemiológicos do P.F. em nossos pacientes

I — Formas Clínicas da Moléstia

Desde o sestudos iniciais em relação ao P.F. têm surgido trabalhos no sentido de classificar, de acôrdio com critérios dermatológicos as várias formas clínicas da moléstia.

Entre nós João Vieira (1940), Orsini (1945) e Rabello Jr. (Apud Orsini — 1945) se ocuparam neste sentido.

Adotamos na análise clínica de nossos pacientes uma simplificação das classificações anteriores por entender-mos que abrange a totalidade das variações bem definidas da moléstia, constituindo mesmo verdadeiras formas polares da enfermidade.

Agrupamos os quadros clínicos de nossos pacientes sob três formas principais:

- 1 — Formas frustas
- 2 — Formas generalizadas — com 2 variantes:
 - a) Forma bôlho-esfoliativa
 - b) Forma eritrodérmica

A forma frusta, criada por Orsini de Castro (1927) corresponde exatamente ao síndrome de Seneer Usher (1926), variante benígna da enfermidade e que pode manter-se como tal, evoluir para as formas extensas ou involuir com até cura espontânea.

A forma bôlho-esfoliativa corresponde à fase de invasão bolhosa, em que as bolhas características da enfermidade, acompanhadas de eritema, se disseminam pelo revestimento cutâneo. Nesta fase, a ruptura das bôlhas, origina retalhos epidérmicos que ao lado do eritema e crostas, constituem os aspectos herpetiformes, serpiginosos e circinados, próprios das variações morfológicas da moléstia. A forma eritrodérmica, define a doença em sua fase mais crônica, em que o paciente,

através de surtos bolosos episódicos, estabiliza seu quadro clínico em eritema e descamação universais.

Obedecendo ao critério assim definido, classificamos nossos 2230 pacientes nestas três formas polares:

Frustra — 942 pacientes, representando 42,17% dos casos.

Bólho-esfoliativa — 1105 casos, representando 49,59% do total.

Eritrodérmica — 183 casos, significando 8,24% dos pacientes.

Portanto, em nosso material houve predomínio de forma bólho esfoliativa com frequência muito próxima da frustra, que é uma forma benígna ou inicial da moléstia.

A menor frequência da forma eritrodérmica, talvez se explique pelos atuais recursos terapêuticos existentes.

No cômputo de sua expressividade morfológica, o pênfigo foliáceo em Goiás não apresenta peculiaridade em relação aos demais focos estudados. Em todos os pacientes constatamos os sintomas prurido e queimor, e em 85% dos casos, o sinal de Nikolsky esteve presente. Com relação à intercorrências dermatológicas observadas no decurso do P.F.S.A., nossa experiência é idêntica aos demais centros que se dedicam ao estudo e tratamento da enfermidade. Observamos incidência elevada de viroses tipo verruga vulgar e verruga plana, viroses outras, tais como herpes simples e mesmo erupção variceliforme de Kaposi pelo vírus herpético ou vírus vacínico. Registramos parasitoses tipo escabiose e infecções fúngicas cutâneas e ungueais, em especial pelo *T. rubrum*. Além dessas intercorrências, é evidente que tais pacientes frequentemente apresentam intercorrências cutâneas piodérmicas, pela predisposição que a enfermidade confere ao tegumento.

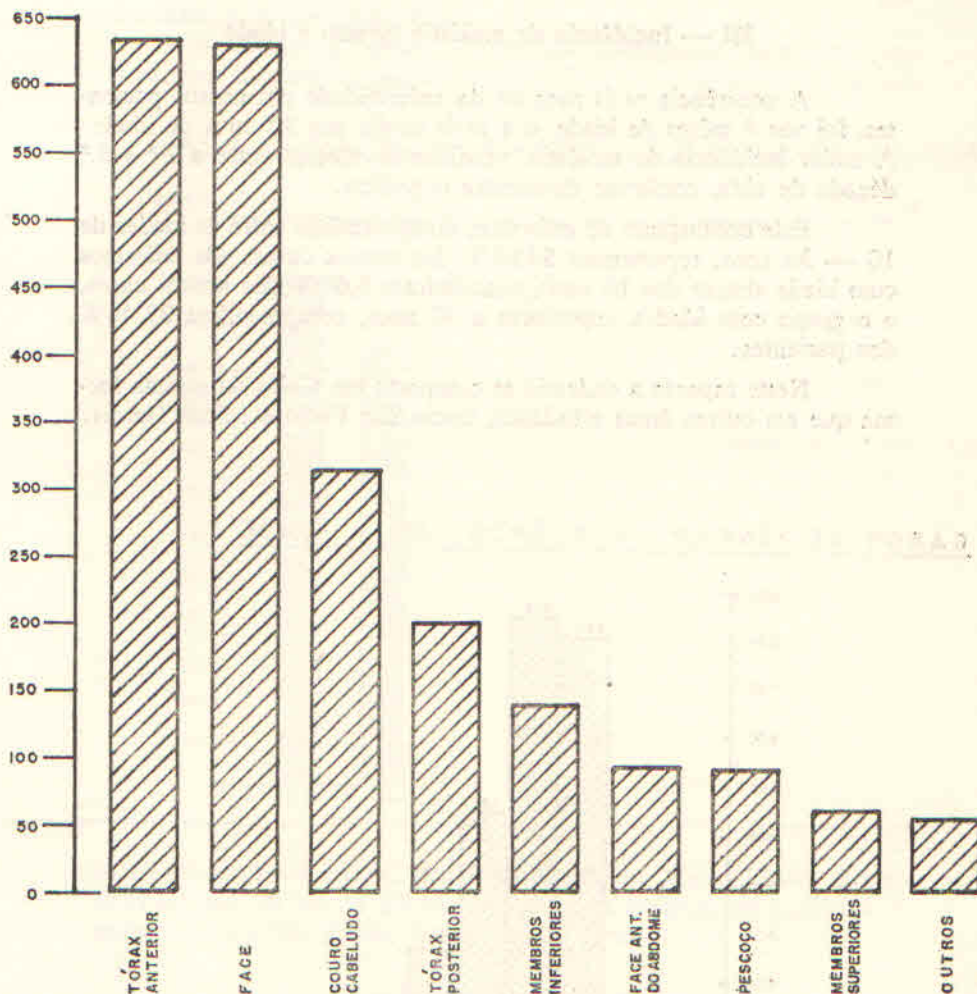
II — Localização iniciais do P.F.S.A. em Goiás

A localização das lesões iniciais do P.F.S.A. em nossos pacientes, é dada no Gráfico.

LESÕES INICIAIS DO P.F.S.A.

Tórax Anterior	642 casos
Face	634 "
Couro Cabeludo	314 "
Tórax Posterior	201 "
Membros Inferiores	141 "
Face Ant. do Abdome	93 "
Pescoço	90 "
Membros superiores	60 "
Bôca	24 "
Axilas	14 "
Sacra	9 "
Orelha	8 "

LESÃO INICIAL DE PÊNFIGO



Comparando os nossos achados, com os levantamentos efetuados em São Paulo por Aranha Campos (1942), observamos identidade das localizações invasivas do P.F. nos vários setores tegumentares. A única diferença que registramos, foi a ocorrência mais frequente de lesões iniciais nos membros inferiores, em relação aos superiores, enquanto que no material de São Paulo, os membros superiores e inferiores apresentam o mesmo percentual de acometimento inicial.

Os nossos achados, no sentido de lesões iniciais, associados aos de S. P., corroboram a idéia de que o P.F.S.A. se inicia em áreas expostas.

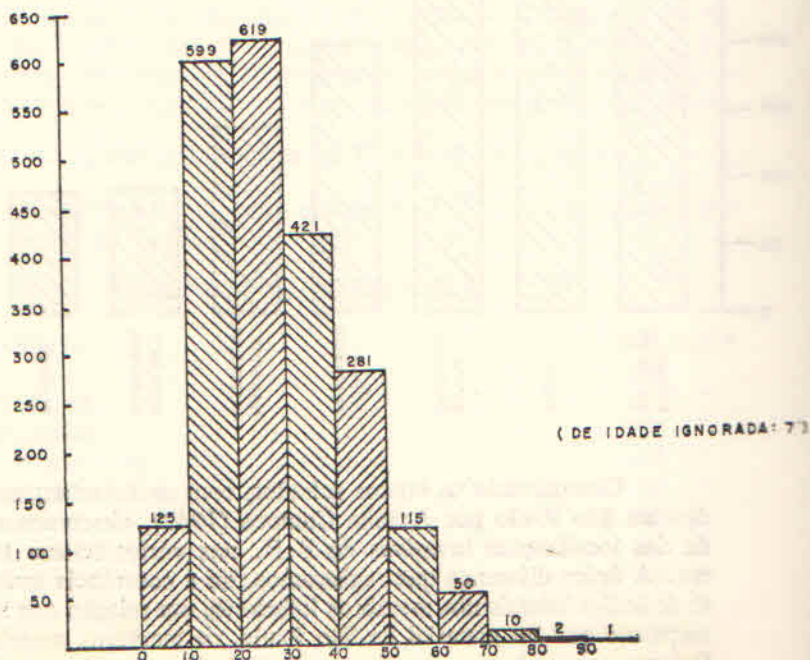
III — Incidência da moléstia quanto a idade

A ocorrência mais precoce da enfermidade em nossos pacientes, foi aos 8 meses de idade, e a mais tardia aos 92 anos de idade. A maior incidência da moléstia, verificamos ocorrer entre a 2.^a e 3.^a década de vida, conforme demonstra o gráfico.

Este contingente de enfermos, compreendido entre as idades de 10 — 30 anos, representou 54,61% dos nossos casos. Os enfermos com idade abaixo dos 10 anos, constituíram 5,60% dos nossos casos, e o grupo com idades, superiores a 30 anos, compreendem 39,46% dos pacientes.

Neste aspecto a endemia se comporta em Goiás da mesma forma que em outras áreas estudadas, como São Paulo e Minas Gerais.

CASOS DE PÊNFIGO DE ACÔRDO COM A IDADE

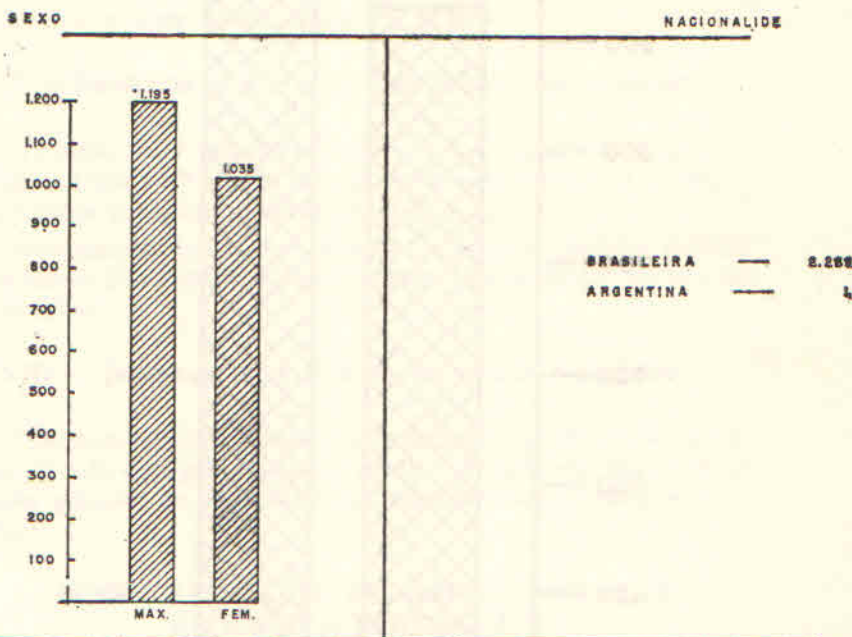


IV — Distribuição do P.F. em Goiás em relação ao sexo

Em nosso material tivemos 1195 enfermos masculinos (53,59%) e 1035 femininos (46,41%), havendo, portanto, discreta predominância do sexo masculino.

Neste aspecto, nossos achados são divergentes dos autores paulistas, que verificaram predominância nítida no sexo feminino. Resul-

CASOS DE PÊNFIGO DE ACÔRDO COM O SEXO E A NACIONALIDADE



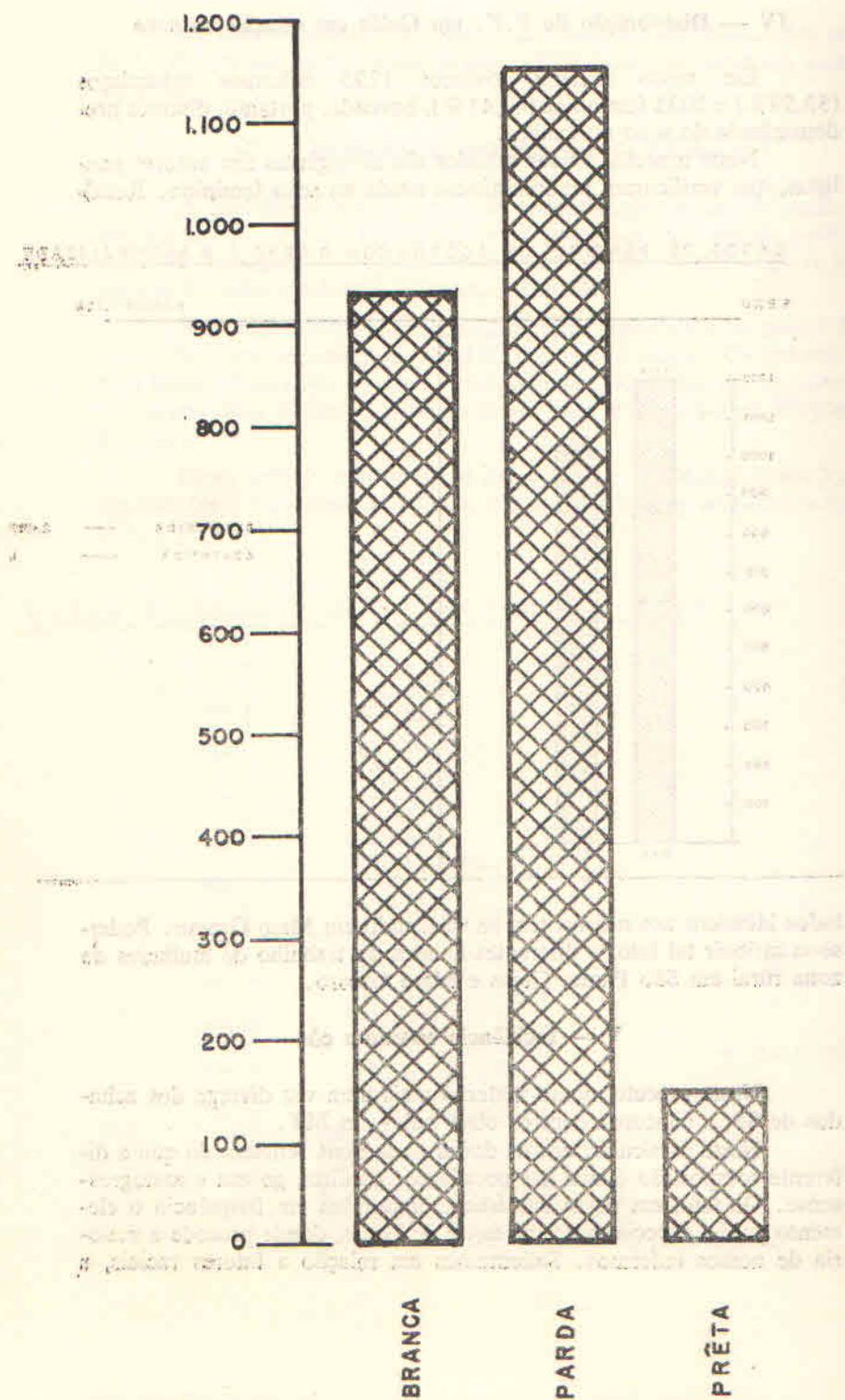
tados idênticos aos nossos, têm se verificado em Mato Grosso. Poder-se-ia atribuir tal fato, a diferentes hábitos de trabalho de mulheres da zona rural em São Paulo, Goiás e Mato Grosso.

V — Incidência quanto a côr

Neste aspecto, nosso material mais uma vez diverge dos achados de SP, e concorda com os observados em MT.

Neste particular, nossos dados nada mais refletem do que a diferente composição étnica das populações paulista, goiana e matogrossense. De fato, em nossa casuística, predomina em frequência o elemento pardo, especialmente no norte de Goiás, donde procede a maioria de nossos enfermos. Solientamos em relação a fatores raciais, a

INCIDÊNCIA QUANTO A CÔR EM 2.230 CASOS DE PÊNFIGO.



ocorrência em nossos casos, de 2 silvícolas de sexo masculino, de 55 e 53 anos, pertencentes a tribos civilizadas e portadores da dermatose. Um deles pertencia a tribo Carajá — Ilha do Bananal, Município de Cristalândia. O outro pertencia a tribo dos Xerentes, aldeia de Mariana, Município de Tocantínia.

VI — Incidência do P.F.S.A. em relação ao estado civil

Em relação a êste dado, o material goiano se comporta harmônicamente às demais áreas estudadas, isto é, predomínio de casados sobre solteiros e dêstes sobre viuvos.

VII — Incidência do P.F.S.A. em relação à nacionalidade

Tivemos 2229 pacientes brasileiros e um paciente argentino, em contraposição a SP e MT, onde o número de indivíduos de outras nacionalidades acometidos pela dermatose, é maior.

Ôbviamente, êste fato se deve às correntes migratórias sofridas pelo Estado de São Paulo e a situação fronteiriça de Mato Grosso com países vizinhos.

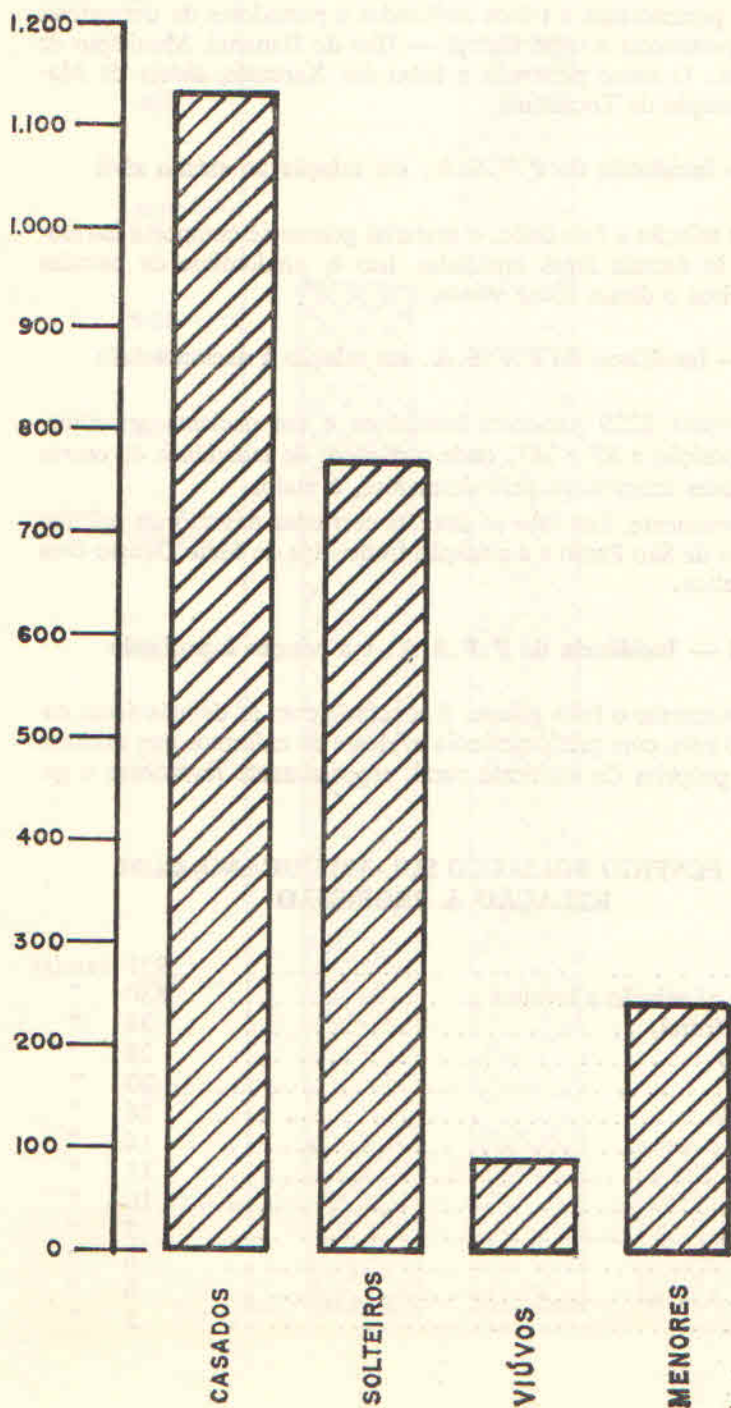
VIII — Incidência do P.F.S.A. em relação à profissão

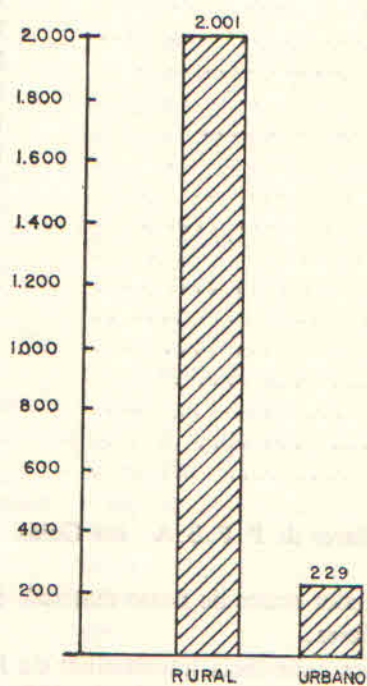
Novamente o foco goiano, é concorde com as demais áreas endêmicas do país, com predominância evidente de enfermos que exercem profissões próprias do ambiente rural, especialmente lavradores e garimpeiros.

— PÊNFIGO FOLIÁCEO SUL-AMERICANO, COM RELAÇÃO A PROFISSÃO

Lavrador	951	caso(s)
Doméstica c/ relação a lavoura	830	”
Estudante (rural)	34	”
Garimpeiro	28	”
Pedreiro	20	”
Comerciário	16	”
Costureira	14	”
Motorista	11	”
Carpinteiro	10	”
Fazendeiro	7	”
Lavadeira	6	”
Vaqueiro	6	”
Sapateiro	5	”

ESTADO CIVIL DAS PESSÔAS EM 2.230 CASOS DE PÊNFIGO.



CASOS DE PÊNFIGO DE ACÔRDO COM A ORIGEM

Professôra (rural)	4	"
Militar	3	"
Funcionário público	3	"
Oleiro	3	"
Servente de Pedreiro	3	"
Mecânico	3	"
Barbeiro	3	"
Maquinista (máquina de arroz)	2	"
Bancário	2	"
Atendente	2	"
Pintor	2	"
Escriturário	1	"
Agrimensor	1	"
Engraxate	1	"
Fotógrafo	1	"
Agenciador	1	"
Gari	1	"
Charreteiro	1	"
Eletricista	1	"
Cobrador de ônibus	1	"
Comerciante	1	"
Presidiário	1	"
Contador	1	"
Açougueiro	1	"
Tratorista	1	"
Cozinheiro	1	"
Tintureiro	1	"
Telefonista	1	"
Assistente	1	"
Acadêmico de Medicina	1	"

IX — Casos familiares de P.F.S.A. em Goiás

Um dos aspectos de maior realce de nosso material, é a elevada frequência de casos familiares.

Realmente, encontramos ocorrência intrafamiliar do P.F.S.A. em nosso Estado, em 201 famílias, compreendendo 485 enfermos. Este contingente, no total de 2686 casos, representa uma incidência familiar de 18,05%. O número total de doentes, considerados na análise da ocorrência familiar do P.F.S.A., é maior que o computado para os demais resultados, porque, todo material disponível, foi utilizado para êste estudo de particular interesse. O grau de parentesco entre os indivíduos da mesma família acometida, foi extremamente variável, tendo sido possível, detectar 40 combinações de acôrdo com as

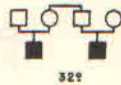
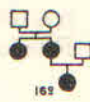
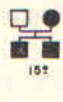
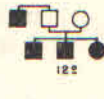
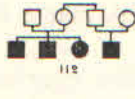
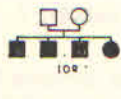
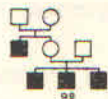
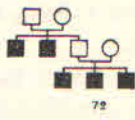
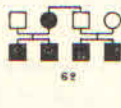
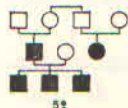
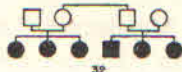
CASOS DE PÊNFIGO FOLIÁCEO SUL AMERICANO INTRA-FAMILIAR

	Número	
	Doentes	Família
1 — Espôso - - Espôsa - - 4 filhas - - 2 filhos ..	8	1
2 — Pai - - 3 filhos - - 2 filhas	6	1
3 — 3 irmãs - - 2 primas - - 1 primo	6	1
4 — Espôso - - Espôsa - - 2 filhos - - 1 filha	5	1
5 — Pai - - 3 filhos - - 1 prima	5	1
6 — Mãe - - 2 filhos - - 2 sobrinhos	5	1
7 — 2 irmãos - - 3 sobrinhos	5	1
8 — Espôso - - Espôsa - - 2 filhos	4	2
9 — 3 irmãos - - 1 tio	4	1
10 — 3 irmãos - - 1 irmã	4	2
11 — 2 irmãos - - 1 irmã - - 1 primo	4	1
12 — Tio - - 2 sobrinhos - - 1 sobrinha	4	1
13 — Tia - - 2 sobrinhos e 1 sobrinha	4	3
14 — Pai - - 1 filho - - 1 filha	3	3
15 — Mãe - - 2 filhos	3	7
16 — Mãe - - filha - - irmã	3	3
17 — 2 irmãos - - 1 irmã	3	2
18 — 3 irmãos	3	7
19 — 3 irmãs	3	5
20 — 2 irmãos - - 1 cunhado	3	3
21 — Mãe - - 1 filha - - 1 neto	3	2
22 — 2 cunhados - - 1 cunhada	3	1
23 — Sogra - - 2 genros	3	2
24 — Espôso - - espôsa	2	4
25 — Pai - - 1 filho	2	8
26 — Pai - - 1 filha	2	11
27 — Mãe - - filho	2	18
28 — Mãe - - filha	2	11
29 — 2 irmãos	2	16
30 — 2 irmãs	2	17
31 — 1 irmã - - 1 irmão	2	30
32 — 2 primos	2	3
33 — Primo - - prima	2	10
34 — Prima - - prima	2	10
35 — Tio - - sobrinho	2	2
36 — Tia - - sobrinho	2	3
37 — Tia - - sobrinha	2	2

38 — Avô - - 1 neta	2	1
39 — 2 cunhados	2	1
40 — Cunhado - - cunhada	2	3
Total de famílias	201	
Total de doentes	485	
18,05% dos casos (em 2.686 doentes)		

CASOS DE PÊNFIGO INTER-FAMILIAR

TOTAL DE CASOS — 201
 Nº DE DOENTES — 485 18,05%



MULHER

HOMEN

IRMÃOS

CASADOS

DOENTES

A literatura relata de há muito o fenômeno da incidência familiar no P.F.S.A. Os registros são raros na literatura alienígena (Kwiatrowski, Merelender, Lesczynsky) e frequentes na literatura nacional. Existem trabalhos neste sentido, de Luiz Rodrigues de Souza (1955), F. Silva, A. Azevedo, J. P. Vieira (Apud J. P. Vieira 1940) e A. Campos (1942), que apresenta 161 casos familiares, num total de 604 casos.

No material destes vários autores observa-se também a ocorrência de variadas combinações entre o grau de parentesco dos indivíduos afetados, sendo mais frequente as combinações de um irmão e uma irmã (30 casos), mãe e filho (18 casos), 2 irmãos (16 casos) e 2 irmãs (17 casos).

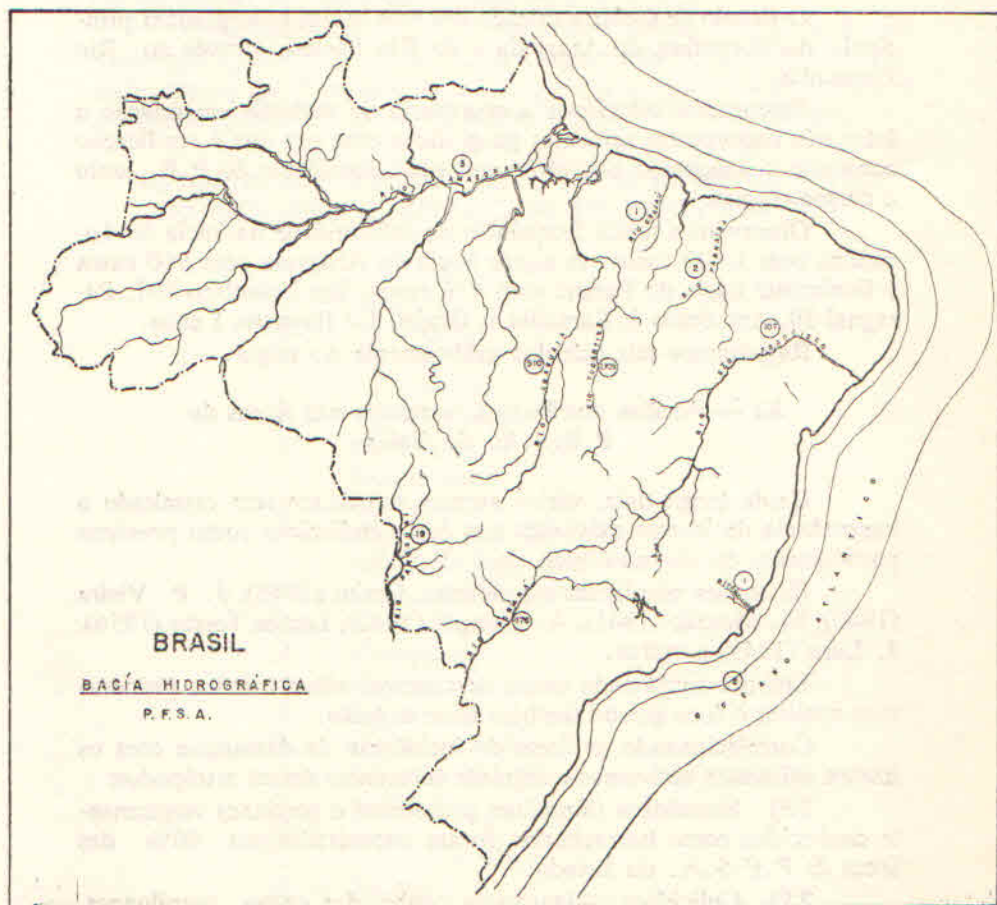
O caso familiar mais insólito que tivemos constituiu-se de uma família com 8 elementos enfermos (pai, mãe, 4 filhas e 2 filhos) e apenas uma filha sã. Tõda família procedia do município de Formoso — Estado de Goiás.

Outro caso familiar excepcional foi o de duas irmãs gêmeas procedentes de Formosa — E. de Goiás, ambas com 11 anos de idade. Uma das crianças adoeceu em 1969 e desenvolveu a forma bõlhoesfoliativa e a outra, no ano seguinte, tendo desenvolvido a forma frusta.

Considerando estas observações verificamos que o conjunto de casos familiares se compõe de 2 tipos de combinações. Elementos atingidos pela enfermidade com laços genéticos entre si e indivíduos doentes cujo vínculo é exclusivamente social, sem qualquer traço hereditário comum. E' o caso das ocorrências inter-familiar tipo, espõso-espõsa, sogra-genros e cunhados. Notemos porém que êste tipo de relacionamento familiar representa uma minoria em nossos casos, apenas 14 das 201 famílias registradas, isto é, 6,96% dos casos contra 93,04% dos casos com ligações genéticas.

É portanto fato incontestado, já conhecido e registrado na literatura e reforçado pelos nossos achados a ocorrência frequente do P.F.S.A. no meio familiar. Estaria ligado tal fenômeno exclusivamente à similitude das condições ecológicas a que estão submetidos os elementos do grupo familiar?

Outra explicação que surge e é reforçada pela ocorrência familiar mais frequente no grupo ligado geneticamente é influência das condições ecológicas e genóticas nos indivíduos afetados. À luz dos atuais conceitos etiopatogênicos das dermatoses do grupo pênfigo que apontam, na patogênese, indiscutíveis fenômenos de ordem imunológica e, portanto ligados à constituição do indivíduo e por conseguinte a sua estrutura genética, poderíamos admitir, que tais indivíduos seriam propensos genética e constitucionalmente a uma menor resistência a desconhecida noxa do meio ambiental.



Se considerarmos esta hipótese, poderíamos invocar de modo mais compreensível a ocorrência tão frequente do P.F.S.A. no meio familiar e o predomínio desta incidência familiar em indivíduos geneticamente vinculados.

X — Incidência do P.F.S.A. em relação a bacias hidrográficas

O Estado de Goiás é sulcado por três bacias hidrográficas principais, do Tocantins, do Araguaia e do Rio Paraná, através do Rio Paranaíba.

Procuramos relacionar a ocorrência da moléstia em relação a estes três importantes acidentes geográficos uma vez que é verificação constante já salientada por vários autores a incidência do P.F. junto a cursos d'água.

Observamos maior frequência da enfermidade na bacia do Tocantins com 1.109 casos. A seguir bacia do Araguaia com 510 casos e finalmente bacia do Paraná com 476 casos, São Francisco 107, Paraguai 19, Amazonas 3, Parnaíba 1, Grajaú 1 e Itapuana 1 caso.

Registramos tais achados graficamente no mapa.

XI — Análise dos Insetos existentes nas Áreas de P.F.S.A. de Goiás

Desde longa data, vários autores brasileiros tem ressaltado a importância de insetos existentes nas áreas endêmicas como possíveis participantes do elo etiológico do P.F.S.A.

Entre eles estudaram o problema: Orsini (1945), J. P. Vieira (1940), M. Mourão (1941), A. Campos (1942), Lemos Torres (1956), J. Lane (1949) e outros.

Embora ainda nada exista de concreto sobre o tema, procuramos analisar o foco goiano também neste aspecto.

Correlacionando as áreas de incidência da dermatose com os insetos existentes obtivemos a seguinte ocorrência destes artrópodos:

1.º Simulídeos (*Simulium pruinosum* e *pertinax*) vulgarmente conhecidos como borrachudos, foram encontrados em 60% das áreas de P.F.S.A. do Estado.

2.º Culicídeos, vulgarmente conhecidos como pernilongos, ocorreram em 20% das áreas de P.F.S.A.

3.º Reduviídeos, vulgarmente designados de "barbeiros", foram encontrados em 10% dos focos.

4.º Ixodídeos, isto é, carrapatos, presentes em 6% das áreas estudadas.

5.º *Cimex rotundantus*, vulgarmente chamados "percevejos" ocorreram em 4% dos focos estudados.

Portanto, os nossos achados confirmam os relatos dos demais autores sobre um possível papel dos simulídeos na transmissão da moléstia.

XII — Distribuição geográfica do P.F.S.A. em Goiás

O Estado de Goiás é composto de 221 municípios dos quais em apenas 40 não registramos casos de P.F.S.A.

Observamos no Estado de Goiás ocorrências de P.F.S.A. em todos seus quadrantes, sendo porém a região mais acometida ao norte, onde apenas em 5 municípios não registramos casos. A maioria dos municípios ainda indenes à dermatose situa-se ao sul do Estado.

MUNICIPIOS DO ESTADO DE GOIÁS ONDE NÃO FOI REGISTRADO NENHUM CASO DE PÊNFIGO F.S.A.

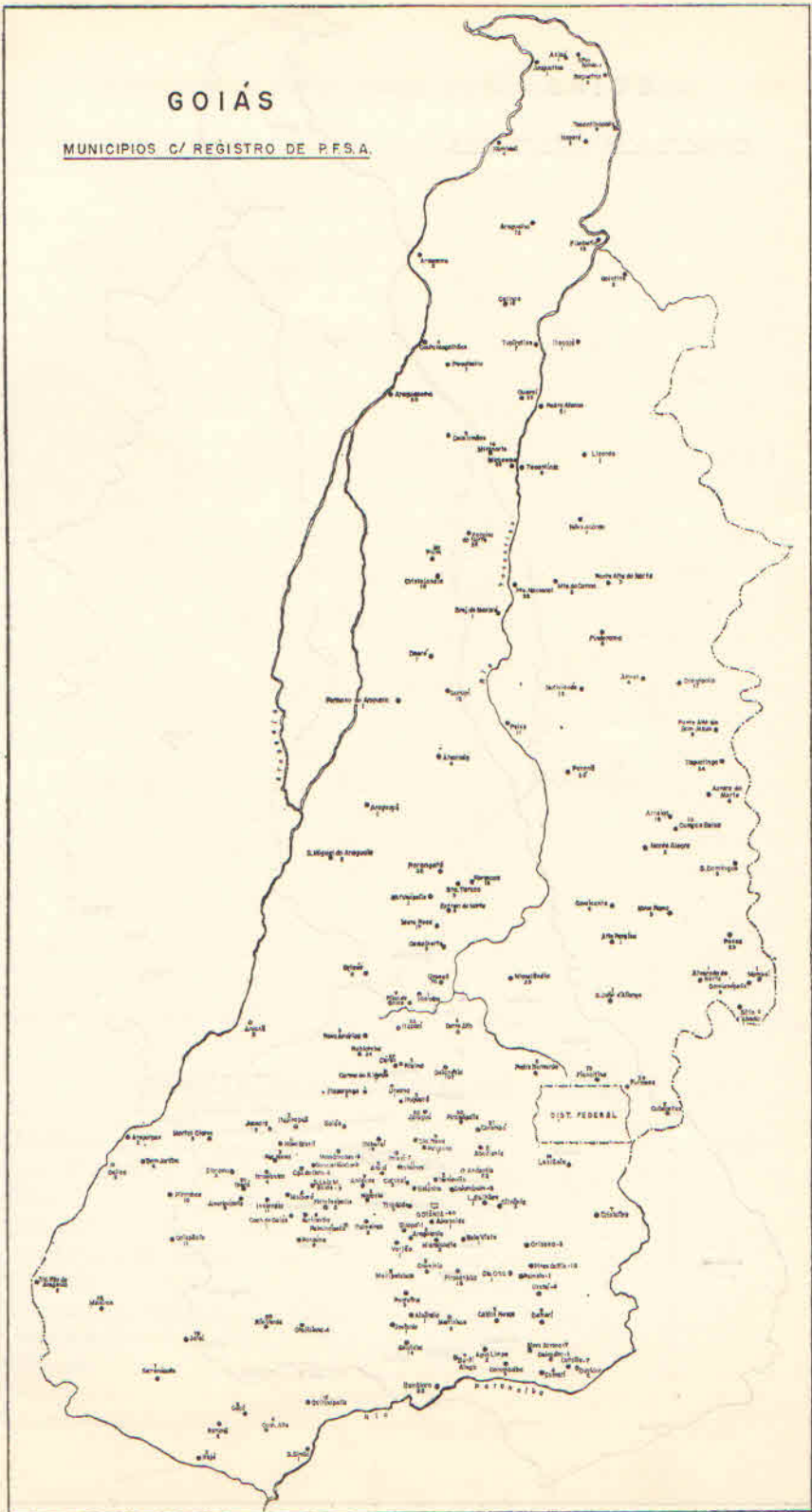
- 01 — Alexânia
- 02 — Ananás
- 03 — Ananguera
- 04 — Aporé
- 05 — Avelinópolis
- 06 — Babaçulândia
- 07 — Bom Jesus de Goiás
- 08 — Brasabrantas
- 09 — Britânia
- 10 — Campestre de Goiás
- 11 — Campo Alegre de Goiás
- 12 — Conceição do Norte
- 13 — Cristianópolis
- 14 — Damolândia
- 15 — Davinópolis
- 16 — Edéia
- 17 — Flôres de Goiás
- 18 — Guarani de Goiás
- 19 — Heitorai
- 20 — Iaciara
- 21 — Itaporã de Goiás
- 22 — Jandaia
- 23 — Jaupaci
- 24 — Marzagão
- 25 — Maurilândia
- 26 — Mozarlândia
- 27 — Nova Veneza
- 28 — Ouro Verde de Goiás
- 29 — Panamá
- 30 — Paranaiguara (ex Mateira)

- 31 — Portelânida
- 32 — Rianópolis
- 33 — Santa Bárbara de Goiás
- 34 — Santa Terezinha de Goiás
- 35 — São Francisco de Goiás
- 36 — São Sebastião do Tocantins
- 37 — Taquaral de Goiás
- 38 — Três Ranchos
- 39 — Turvânia
- 40 — Vianópolis.

Observação: O Estado de Goiás consta de 221 municípios.

GOIÁS

MUNICÍPIOS C/ REGISTRO DE P.F.S.A.





PROCEDÊNCIA (ESTADO DE GOIÁS)

Abadiânia	2	case(s)
Água Limpa	2	"
Almas	4	"
Aloândia	1	"
Alto Paraiso de Goiás	1	"
Alvorada	4	"
Alvorada do Norte	1	"
Amorinópolis	6	"
Anápolis	22	"
Anicuns	9	"
Aparecida de Goiânia	1	"

Araçu	5	"
Aragarças	2	"
Aragoiânia	5	"
Araguacema	52	"
Araguaçu	1	"
Araguaina	1	"
Araguatins	1	"
Arapoema	2	"
Arraias	15	"
Aruanã	2	"
Aurilândia	6	"
Aurora do Norte	8	"
Axixá de Goiás	1	"
Baliza	2	"
Barro Alto	4	"
Bela Vista de Goiás	1	"
Bom Jardim de Goiás	6	"
Brejinho de Nazaré	1	"
Buriti Alegre	7	"
Cabeceiras	2	"
Cachoeira Alta	1	"
Caçu	6	"
Caiapônia	11	"
Caldas Novas	5	"
Campinorte	3	"
Campos Belos	10	"
Carmo do Rio Verde	6	"
Catalão	7	"
Caturai	5	"
Cavalcante	4	"
Ceres	25	"
Colinas de Goiás	15	"
Córrego do Ouro	3	"
Corumbá de Goiás	21	"
Corumbaba	3	"
Couto Magalhães	4	"
Cristalândia	14	"
Cristalina	7	"
Crixás	8	"
Cromínia	3	"
Cumari	4	"
Damianópolis	9	"
Dianópolis	17	"
Diorama	3	"
Dois Irmãos	9	"
Dueré	1	"

Estrêla do Norte	6	"
Fazenda Nova	9	"
Filadélfia	12	"
Firminópolis	3	"
Formosa	38	"
Formoso	16	"
Formoso do Araguaia	1	"
Galheiros	1	"
Goianápolis	3	"
Goiandira	1	"
Goianésia	107	"
Goiânia	58	"
Goianira	1	"
Goiás	34	"
Goiatins (ex Piacá)	2	"
Goiatuba	12	"
Guapó	1	"
Gurupi	12	"
Hidrolândia	3	"
Hidrolina	1	"
Inhumas	11	"
Ipameri	5	"
Iporá	20	"
Israelândia	4	"
Itaberaí	14	"
Itacajá	1	"
Itaguaru	5	"
Itaguatins	2	"
Itajá	2	"
Itapaci	33	"
Itapirapuã	2	"
Itapuranga	5	"
Itarumã	2	"
Itauçu	5	"
Itumbiara	21	"
Ivolândia	11	"
Jaraguá	22	"
Jataí	17	"
Joviânia	1	"
Jussara	9	"
Leopoldo de Bulhões	1	"
Lizarda (ex Rio Sono)	1	"
Lusiânia	10	"
Mairipotaba	2	"
Mambaí	1	"
Mara Rosa (Amaro Leite)	16	"

Mineiros	25	"
Miracema do Norte	56	"
Miranorte	15	"
Moiporá	6	"
Monte Alegre de Goiás	2	"
Monte do Carmo	2	"
Montes Claros de Goiás	3	"
Morrinhos	3	"
Mossâmedes	9	"
Mutunópolis	1	"
Natividade	12	"
Nazaré	5	"
Nazário	2	"
Nerópolis	3	"
Niquelândia	28	"
Nova América	5	"
Nova Aurora	7	"
Nova Roma	9	"
Nôvo Acôrdo	1	"
Novo Brasil	6	"
Orizona	5	"
Ouvidor	2	"
Padre Bernardo	5	"
Palmeiras de Goiás	2	"
Palmelo	1	"
Palminópolis	1	"
Paraiso do Norte de Goiás	20	"
Paraná	30	"
Paraúna	9	"
Pedro Afonso	21	"
Peixe	11	"
Pequizeiro	7	"
Petrolina de Goiás	7	"
Pilar de Goiás	6	"
Pindorama de Goiás	3	"
Piracanjuba	16	"
Piranhas	30	"
Pirenópolis	30	"
Pires do Rio	10	"
Pium	15	"
Nova Planaltina (ex São Gabriel de Goiás)	15	"
Pontalina	3	"
Ponte Alta do Bom Jesus	6	"
Ponte Alta do Norte	3	"
Porangatu	32	"
Porto Nacional	38	"

Posse	25	"
Quirinópolis	12	"
Rialma	5	"
Rio Verde	25	"
Rubiataba	34	"
Sancrerlândia	3	"
Santa Cruz de Goiás	1	"
Santa Helena de Goiás	4	"
Santa Rita do Araguaia	6	"
Santa Rosa de Goiás	3	"
Santa Tereza de Goiás	5	"
São Domingos	6	"
São João d'Aliança	1	"
São Luiz de Montes Belos	9	"
São Miguel do Araguaia	8	"
São Simão	1	"
Serranópolis	1	"
Silvânia	3	"
Sítio d'Abadia	2	"
Sítio Novo de Goiás	1	"
Taguatinga	34	"
Tocantínia	8	"
Tocantinópolis	9	"
Trindade	6	"
Tupirama (Guaraí)	35	"
Tupiratins	7	"
Uruaçu	70	"
Uruana	1	"
Urutaí	4	"
Varjão	1	"
Xambioá	4	"
Total	1.863	

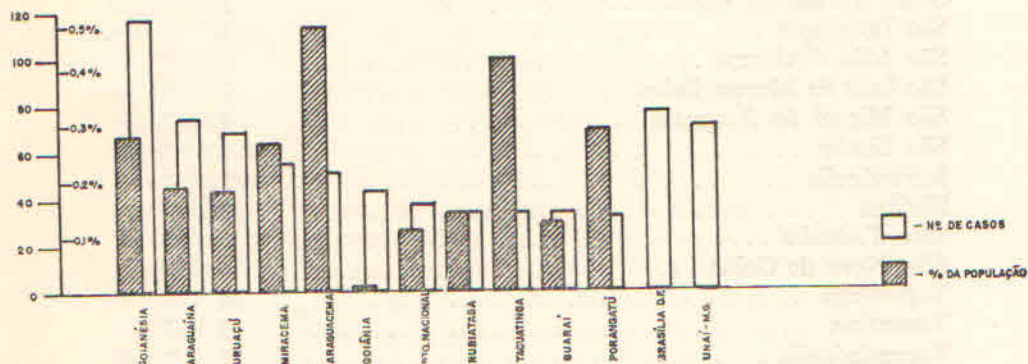
Os municípios goianos de maior ocorrência, são em ordem decrescente:

Goianésia — 107 casos
 Araguaina — 72 casos
 Uruaçu — 70 casos
 Goiânia — 58 casos
 Miracema do Norte — 56 casos
 Araguacema — 52 casos
 Pôrto Nacional — 38 casos
 Guaraí — 35 casos
 Rubiataba e Taguatinga — 34 casos
 Porangatu — 32 casos.

O município em que registramos maior número de casos é o de Goiânia e em termos de percentagem de população acometida predomina Araguacema com 0,5% de casos em relação ao problema geral.

No gráfico catalogamos os municípios mais acometidos quanto ao número de casos e percentualmente em sua população.

MUNICÍPIOS QUE APRESENTARAM MAIOR INCIDÊNCIA DE PÊNFIGO



Merecem comentários a parte, os municípios de Goiânia e o Distrito Federal.

FOCO DE GOIÂNIA

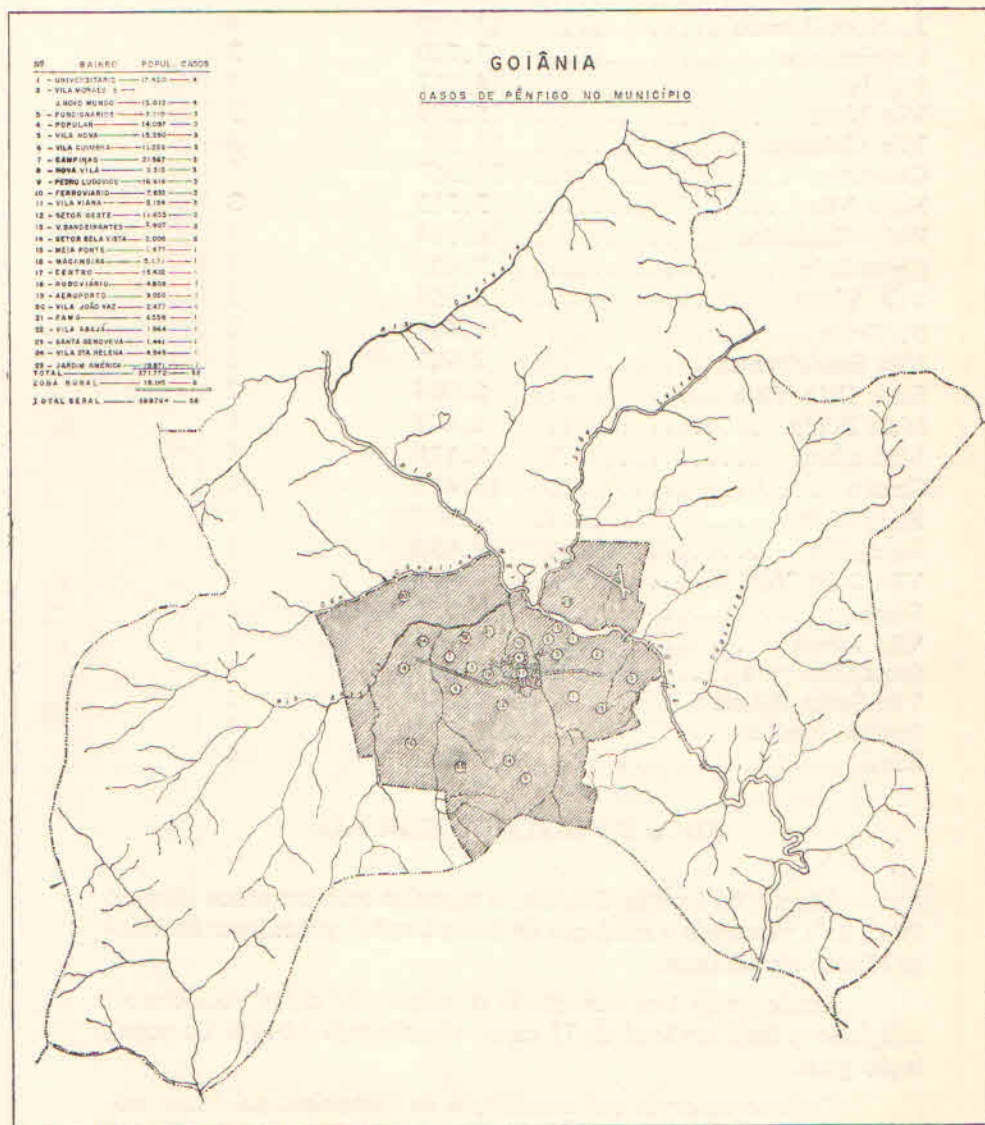
Analisando o foco de Goiânia, observamos que o primeiro caso data de 1953 e era procedente do bairro de Nova Vila.

Desde então, até 1970, registramos cerca de 58 casos no município, constituindo aproximadamente, 0,014% da população.

É interessante observar predomínio dos pacientes oriundos da zona urbana do município (52) sobre os procedentes da zona rural (6).

Neste aspecto o foco de Goiânia tem comportamento idêntico ao de Belo Horizonte e inverso dos demais focos estudados em que há nítido predomínio da procedência rural.

Todos os casos de Goiânia procedem da região central do município, especialmente das proximidades do rio Meia Ponte, sendo o maior contingente de pacientes dos bairros, Universitário, Jardim Novo Mundo, Setor dos Funcionários, Popular, Vila Nova, Nova Vila, Vila Coimbra, Campinas, Ferroviário, Vila Viana e Pedro Ludovico, com mais de 3 casos registrados, conforme o mapa e tabela.



BAIRRO	POPULAÇÃO	N.º DE CASOS
Universitário	17.450	4
Vila Moraes	13.012	4
J. Nôvo Mundo	13.012	4
Funcionários	7.710	3
Popular	14.037	3
Vila Nova	15.290	3
Vila Coimbra	11.392	3
Campinas	21.567	3
Nova Vila	3.313	3
Pedro Ludovico	16.914	3
Ferrovário	7.833	3
Vila Viana	5.154	3
S. Oeste	11.655	2
Vila Bandeirantes	2.907	2
Setor Bela Vista	2.006	2
Meia Ponte	1.477	1
Macambira	5.131	1
Centro	15.422	1
Rodoviário	4.808	1
Aeroporto	9.050	1
Vila João Vaz	2.477	1
Fama	6.558	1
Vila Abajá	1.864	1
Santa Genoveva	1.441	1
Vila Santa Helena	4.849	1
Jardim América	19.871	1
Rural	18.012	6

FOCO DO DISTRITO FEDERAL

Quanto ao foco de Brasília, o primeiro caso autoctone data de 1962, dois anos após a fundação da Nova Capital, procedente do bairro Núcleo Bandeirante.

Desde então tem aumentado o número de casos autóctones, atingindo-se hoje um total de 77 casos, constituindo 0,018% da população geral.

Deve-se observar que a anexação de Planaltina, até então município Goiano ao D.F. aumento o número de casos no seu total, uma vez que nesta área existem 26 casos, sendo porém foco já antigo, com doentes observados em Goiás e em São Paulo, desde 1954.

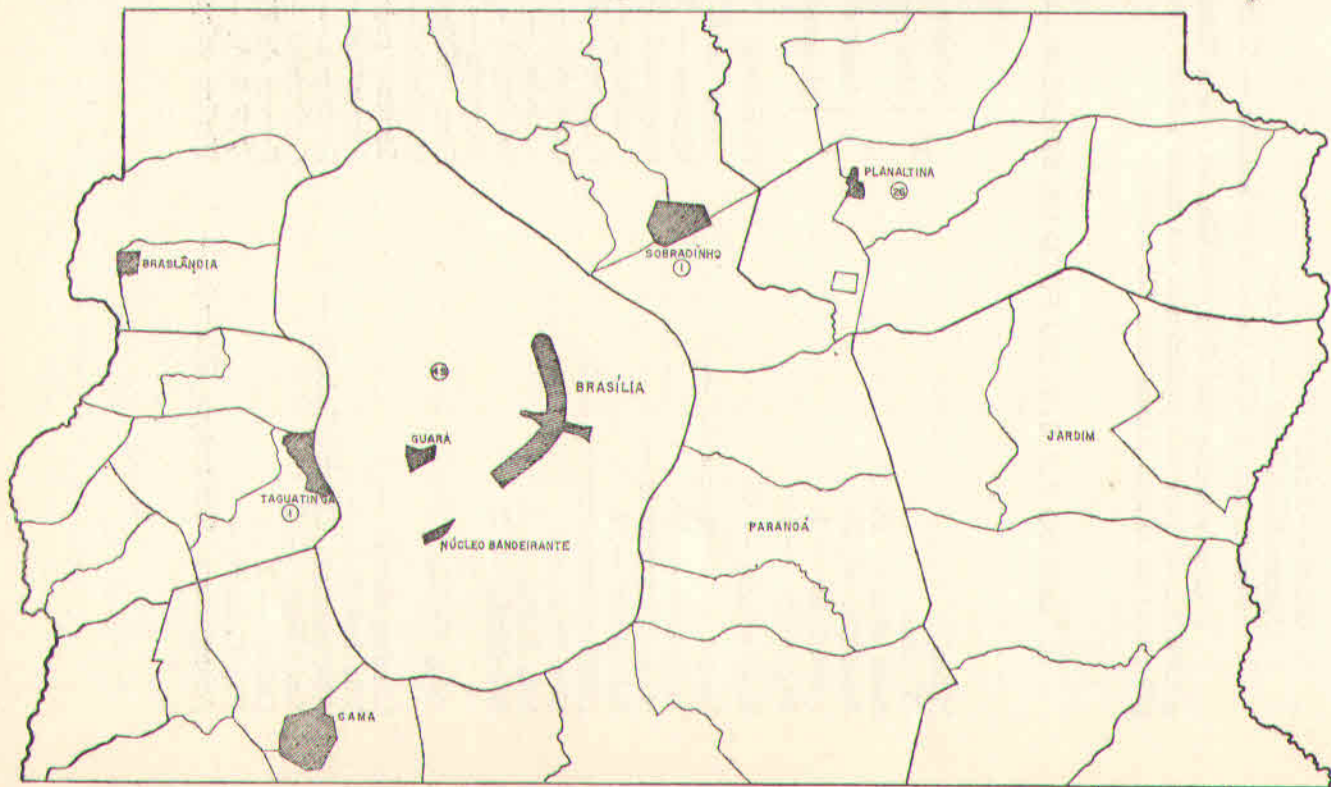
Outros bairros da Nova Capital em que registramos casos são:

DISTRITO FEDERAL

CASOS DE PÊNFIGO REGISTRADOS

ZONA URBANA E SUBURBA - 49
ZONA RURAL — 20

PÊNFIGO F.S.A - 76
PÊNFIGO VULGAR - 1



Guará — 3 casos

Núcleo Bandeirante — 3 casos e

Acampamento da Cia. Construtora Rabello — 2 casos.

É de se salientar que, como em Goiânia e Belo Horizonte, há predomínio de pacientes procedentes das zonas urbana e suburbana (49 casos) em relação à zona rural (28 casos).

DADOS DO P. F. S. A. NO FOCO DE BRASÍLIA — DF

"Fóco"		
77 casos	M	{ Adultos — 29
Zona rural — 28		{ Menores — 6
Planaltina — 26	F	{ Adultos — 39
Sobradinho — 1		{ Menores — 3
Taguatinga — 1		
Zona urbana — 49	Profissões:	
Fercal — (Acampamento) — 4	Doméstica — 31	
Taguatinga — 16	Menores — 9	
Núcleo Bandeirante — 4	Lavradores — 15	
Sobradinho — 3	Cozinheiro — 1	
DNER (Acampamento) — 2	Pedreiro — 4	
Planaltina — 8	Estudante — 1	
Vila Dimas — 1	Armador — 1	
Brasília — 2	Telefonista — 1	
	Motorista — 2	
Zona Urbana	Func. público — 1	
	Maquinista — 1	
Candangolândia — 1	Servente pedreiro — 1	
Vila I.A.P.I. — 2	Aposentado — 1	
Acampamento Conser. Rabello — 1	Costureira — 1	
Setor Norte — 1	Garimpeiro — 1	
Centro — 2	Formas de Pênfigo	
Vila Cruzeiro — 1	P. F. S. A. — 76	
Acampamento Construtora Eldorado — 1	Pênfigo vulgar — 1	

PROCEDENCIA (OUTROS ESTADOS)

MINAS GERAIS

Araxá	2 caso(s)
Araguari	1 "
Arenos	1 "
Bonfim	1 "
Bonfinópolis	1 "
Buritís	1 "
Cláudio	1 "
Campinópolis	2 "
Canápolis	1 "
Carmo do Paranaíba	3 "
Conquista	1 "
Estréla do Sul	1 "
Formiga	1 "
Guarda Mor	1 "
Hinapin	1 "
Ituiutaba	4 "
Januária	2 "
João Pinheiro	8 "
Lagamar	1 "
Monte Alegre	3 "
Monte Carmelo	2 "
Paracatu	9 "
Patos de Minas	5 "
Paranatinga	1 "
Porto Novo do Cunha	1 "
Prata	1 "
Presidente Olegário	4 "
Santa Fé	1 "
Santa Vitória	1 "
São Francisco de Sales	1 "
São Gonçalo	1 "
Tapagipe	1 "
Tires	3 "
Três Marias	1 "
Tupaciguara	9 "
Uberaba	1 "
Uberlândia	5 "
Unai	71 "
Vazante	2 "
Total	156 "

MATO GROSSO

Alto Araguaia	21	caso(s)
Alto Garças	7	"
Aparecida do Taboado	1	"
Araguainha	1	"
Arinópolis	2	"
Barra dos Bugres	1	"
Barra do Garça	19	"
Camapuã	1	"
Cedrolândia	1	"
Chapada do Guimarães	3	"
Costa Rica	1	"
Coxim	5	"
Dom Aquino	2	"
Douradoquara	1	"
Formoso	4	"
General Carneiro	2	"
Guiratinga	14	"
Iaciara	1	"
Luciara	1	"
Mutum	1	"
Paranatinga	1	"
Pindaíba	1	"
Poxoréu	2	"
Ponta Porã	1	"
Ponte Branca	2	"
Rondonópolis	4	"
Santa Tereza	1	"
São Luiz de Cáceres	2	"
Taquari	2	"
Torixoréu	5	"
Tesouro	2	"
Xavantina	2	"
Total	114	"

BAHIA

Angical	1	caso(s)
Barreiras	1	"
Barra	1	"
Caribe	1	"
Correntina	1	"
Porto Seguro	1	"
São Desidério	1	"
Total	7	"

MARANHÃO

Balsas	1	caso(s)
Bom Jesus da Lapa	1	"
Grajaú	1	"
Imperatriz	2	"
Paraíso	1	"
Porto Franco	2	"
Total	8	

PARANÁ

Mandaguari	1	caso(s)
Querência do Norte	1	"
Total	2	

PARÁ

Conceição do Araguaia	6	caso(s)
Jacareacanga	2	"
Total	8	

SÃO PAULO

São Paulo (Capital)	1	caso(s)
Ituverava	1	"
Palestina	2	"
Pedregulho	1	"
São Vicente	1	"
Total	6	

ESPIRITO SANTO

Barra do S. Francisco	1	caso(s)
Mimoso do Sul	1	"
Total	2	

PIAUI

Bom Jesus	1	caso(s)
Serra do Carmo	1	"
Total	2	

GUANABARA

Rio de Janeiro	1	caso
----------------------	---	------

XIII — Fatores climáticos em relação ao P.F.S.A. em Goiás

Vários autores nacionais têm estudado o P.F.S.A. em relação a fatores climáticos, tais como, latitude, longitude, altitude e temperatura.

Em relação a estas influências anotamos os seguintes resultados:

A — ALTITUDE

Os nossos casos registraram-se em áreas com altitudes variáveis desde 200 metros (Miracema do Norte e Guaraí) até 1100 metros (DF).

Orsini de Castro em Minas Gerais (1945) observou ocorrência da moléstia entre as altitudes 628 — 1124 metros. J. P. Vieira (1940) e Aranha Campos (1942) assinalaram as altitudes compreendidas entre 400 e 1000 metros.

Portanto em relação a êsse elemento climático, nossos achados divergem dos demais autores em relação às altitudes mínimas em que ocorreu a enfermidade. Enquanto somente referiram pênfigo foliáceo em altitudes superiores a 400 metros, nos registramos focos da moléstia em altitudes inferiores. É o caso de Miracema do Norte com 56 casos e Guaraí com 35 casos, ambos municípios com altitude de 200 metros.

B — LATITUDE E LONGITUDE

Nossos casos ocorreram em regiões compreendidas entre as latitudes 5°10' lat. Sul no extremo norte e 19°27' lat. Sul no extremo Sul do Estado e nos longitudes 45a W. Gr.

Em Minas Gerais, Orsini de Castro (1945) observa seus casos nas áreas compreendidas entre as latitudes 15° e 24° e longitude 40 e 60 W. Gr.

Em São Paulo, J. P. Vieira (1940) e Aranha Campos (1942) confirmam o chamado paralelograma de Lindenberg (1937) que assinala para as áreas acometidas, latitudes 15° e 22° e longitude 45 e 55 W. Gr.

Portanto, nosso material difere de modo significativo em relação aos autores citados, apenas por apresentar casos registrados em latitudes inferiores.

C — TEMPERATURA

O clima goiano é o tipo tropical úmido e tropical de altitude, ocorrendo esporadicamente temperaturas superiores a 30°.

J. P. Vieira (1947) em São Paulo, aponta como temperaturas máximas das áreas de P. F. 22 a 30°.

Portanto em relação a êste aspecto, de importante é assinalarmos entre nós a ocorrência de P.F.S.A. em temperaturas superiores a 30°C.

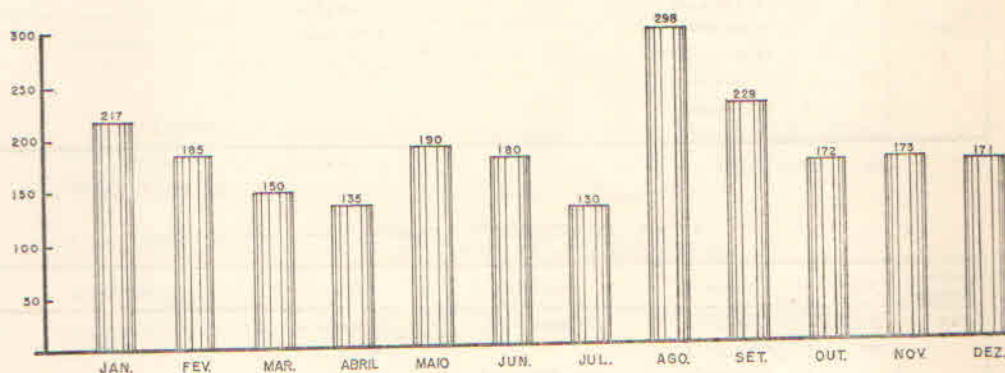
XIV — Incidência do P.F.S.A. em Goiás ao longo dos meses do ano

Observando a época de adoecimento dos nossos enfiêrmos, podemos estabelecer a frequência de P.F.S.A. em Goiás no decurso de cada mês do ano. Obtivemos o seguinte registro, representado no gráfico omostrando a maior incidência nos meses de agôsto e setembro.

Estudando êste mesmo aspecto em São Paulo, A. Campos (1942), revelou maior ocorrência da enfermidade, de outubro a março, época das chuvas naquele Estado.

Neste particular, nossos achados são concordes com os paulistas, a maior frequência da moléstia ocorrendo paralelamente a os meses chuvosos, a exceção de agôsto.

MÊS DO INÍCIO DA DERMATOSE



XV — P.F.S.A. na Infância em Goiás

Pelas peculiaridades, conseqüências e gravidade do P.F.S.A. na infância, analisamos separadamente os nossos casos compreendidos entre 0 — 14 anos.

Num total de 2230 casos, tivemos 248 casos incidindo neste grupo etário. Tal número representa 11,07% de nosso material. O percentual de óbito no grupo atingiu 7,69% que, comparando ao índice de 4,49% observado nos adultos, já de per si, demonstra a maior gravidade do processo mórbido em crianças.

Os dados compilados relativos aos pacientes infantis foram dispostos nas tabelas.

Analisemos a seguir alguns aspectos da enfermidade na infância.

1 — EM RELAÇÃO AO SEXO:

Ao contrário do observado entre os adultos, no conjunto dos menores há discreto predomínio do sexo feminino, à semelhança do que ocorre no material de São Paulo.

P.E.S.A. EM MENORES DE 0/14 ANOS — ÓBITOS - 7

SEXO MASCULINO	CÔR	IDADE	PROFISSÃO	FORMA	PROCEDÊNCIA	
113	BRANCA	8 MESES - 1	MENORES - 87	FRUSTA - 32		
		66				1 ANO - 1
		2 ANOS - 1				
	PARDA	3 ANOS - 4	LAVRADORES - 20	BOLHO-ESFOLIATIVA		
		46	4 ANOS - 2			ESTUDANTES - 4
		5 ANOS - 2				77
		6 ANOS - 3	OLEIRO - 1			
	PRETA	7 ANOS - 11		ERITRODÉRMICA		
		8 ANOS - 7	ENGRAXATE - 1	3		
		9 ANOS - 5				
		1	10 ANOS - 19			VULGAR - 1 (2 anos)
		11 ANOS - 9				
		12 ANOS - 15				
		13 ANOS - 13				
	14 ANOS - 20					

P.F.S.A. EM MENORES DE 0/14 ANOS — ÓBITOS - 12

SEXO FEMININO	CÔR	IDADE	PROFISSÃO	FORMA	PROCEDÊNCIA	
135	BRANCA	3 ANOS - 3	MENORES - 93	FRUSTA - 47		
		66				4 ANOS - 8
		5 ANOS - 5				DOMÉSTICA - 33
	PARDA	6 ANOS - 3				
		7 ANOS - 4				
		8 ANOS - 12	ESTUDANTE - 8	BOLHO-ESFOLIATIVA - 81		
		9 ANOS - 9				
		88	10 ANOS - 18			OLEIRA - 1
		11 ANOS - 18				
	12 ANOS - 21					
	PRETA	13 ANOS - 20				ERITRODÉRMICA
		5	14 ANOS - 25	7		
			VULGAR			

2 — EM RELAÇÃO A COR:

Considerando os menores do sexo masculino acometidos pela enfermidade observamos que ao contrário do ocorrido entre os enfermos adultos há entre eles uma maior frequência em brancos do que em pardos.

P.F.S.A. EM MENORES DE 0/14 ANOS EM 2.230 CASOS

TOTAL	CÔR	IDADE	PROFISSÃO	FORMA	ÓBITOS
248	BRANCA 132	8 MESES - 1	MENORES - 180	FRUSTA 79	19
		1 ANO - 1	DOMÉSTICAS - 33		
		2 ANOS - 1	LAVRADORES - 20		
		3 ANOS - 7	ESTUDANTES - 12		
	PARDA 112	4 ANOS - 10	OLEIROS - 2	BOLHO-ESPOLIATIVA 158	
		5 ANOS - 7	ENGRAXATE - 1		
		6 ANOS - 8			
		7 ANOS - 18			
		8 ANOS - 19			
		9 ANOS - 14			
	PRETA 4	10 ANOS - 34		ERITRODÉRMICA 10	
		11 ANOS - 21			
		12 ANOS - 36			
		13 ANOS - 35			
14 ANOS - 43					
			"VULGAR" 1 - (2 anos de idade)		

PERCENTUAL DE P.F.S.A. EM MENORES DE 0/14 ANOS — 11,07 %
 " DE ÓBITOS EM MENORES DE 0/14 ANOS — 7,69 %

Quanto às menores do sexo feminino, a frequência entre brancos e pardos foi idêntica. Para as menores negras a ocorrência se comportou de maneira semelhante a encontrada em adultos.

3 — EM RELAÇÃO A IDADE DE ADOECIMENTO:

Observamos um nítido aumento da frequência da moléstia entre os 10 e 14 anos em ambos os sexos.

4 — EM RELAÇÃO AS FORMAS CLÍNICAS:

Também em seus aspectos clínicos o P.F.S.A. em nosso material infantil, demonstrou gravidade maior em relação ao grupo adulto com frequência mais acentuada da forma bolho esfoliativa (63,7%, em contraposição aos 48,74% dos adultos), menor de formas frustas (31,85% em relação aos 41,52% dos adultos), embora a forma eritrodérmica tenha sido menos frequente entre as crianças (4,03% contra 8,07% dos adultos).

Analisando separadamente os menores dos dois sexos, observamos comportamento idêntico ao conjunto total de menores. Verifi-

camos ainda maior ocorrência de formas frustas e eritrodérmicas em meninas.

Uma particularidade interessante pela frequência muito alta, é o acometimento do couro cabeludo das crianças simulando clinicamente formas de dermatite seborréica.

Quanto a mortalidade já comentamos anteriormente, o maior índice de óbitos nos menores em relação aos adultos, observando-se ainda, discreto predomínio dos óbitos entre as meninas.

3 — Aspectos terapêuticos do P.F.S.A. em Goiás

As tentativas terapêuticas em relação ao P.F.S.A. tem uma longa trajetória de insucessos até o advento da corticoterapia. Indiscutivelmente o tratamento de pêfnigo tem duas épocas completamente distintas: pré-cortisonica e cortisonica.

Antes do emprêgo dos corticosteróides o índice de óbitos era muito elevado e poucas eram as esperanças de melhoria. Atualmente, é consenso unânime dos dermatologistas que, embora nem sempre a cura seja conseguida, o contrôle da doença é a regra, com a utilização dos derivados cortisonicos, embora pelas altas doses exigidas e duração dos tratamentos, sejam frequentes os efeitos colaterais indesejáveis. A nossa experiência com os corticoides é a mesma de outros centros dedicados ao pêfnigo foliáceo, sendo os que melhores resultados nos ofereceram, foram a tramcinolona e a betametasona. Estes melhores resultados têm-se verificado em nossos casos, não só quanto aos efeitos terapêuticos como pelos menores efeitos colaterais. Atualmente, temos empregado esquemas iniciando com doses bastante elevadas, para adulto em tórno de 80 mg. de triamcinolona ou seus equivalentes em betametasona que rapidamente redozimos atingindo no 10.º dia, cêrca de 40 mg. diários. Posteriormente, a cada 10 dias reduzimos cêrca de 8 mg. diários, até o 60.º dia de tratamento, quando então já em busca da dose de manutenção ideal, administramos 8 mg. por dia que posteriormente tentamos reduzir a 4 e mesmo a 2 mg. diários.

Estas doses são administradas em três tomadas diárias. Em crianças as doses utilizadas são menores em proporção ao pêso.

Quando as lesões apresentam-se infectadas secundariamente, administramos associadamente antibióticos vários, especialmente eritromicina e tetraciclina em tórno de 2,0g a 1,0g por dia, até a resolução do processo infeccioso.

Com êste esquema terapêutico, temos obtido alta percentagem de contrôle da enfermidade com um número reduzido de óbitos.

5 — Resumo e Conclusões

- 1) De 1952 a 1970 foram registrados em Goiás 2663 casos de P.F.S.A. e 37 de P.V.
- 2) O grupo etário mais atingido pela P.F.S.A. em Goiás corresponde a 2.ª e 3.ª décadas de vida, compreendendo 54,61% dos casos. Apenas 5,60% dos enfermos atingidos eram de menores 10 anos de idade e 39,46% dos doentes atingidos tinham idade superior a 30 anos.
O mais novo doente tinha 8 meses de idade e o mais velho 92 anos.
- 3) A forma generalizada, em sua variante bolho esfoliativa é a predominante em Goiás, atingindo 49,59% dos pacientes, enquanto que a forma frusta acomete 42,17% dos casos.
A forma menos frequente é a eritrodérmica, atingindo 8,24% dos enfermos.
- 4) Em sua expressão clínica o P.F.S.A. em Goiás não apresenta diferenças em relação aos demais focos do país quer em sua sintomatologia, quer em suas manifestações objetivas.
O sinal de Nikolsky está presente em 85% dos casos.
- 5) O P.F.S.A., em Goiás ocorre de modo discretamente mais elevado no sexo masculino (correspondendo a 53,59% dos casos, em relação a 46,41% de casos do sexo feminino).
- 6) Quanto à côr, a ocorrência em adultos do P.F.S.A. acompanha a composição étnica da população de Goiás, com maior incidência em pardos, seguindo-se branco e, por fim, negros.
- 7) As localizações iniciais do P.F.S.A. em Goiás, são encontradas em áreas expostas da pele.
- 8) O P.F.S.A. em Goiás, atinge primordialmente indivíduos do meio rural.
- 9) A ocorrência intrafamiliar de P.F.S.A., em Goiás, corresponde a 18,05% da totalidade dos casos.
Dos casos intrafamiliares, 6,96% não apresentam ligações genéticas e 93,04% são geneticamente vinculados. Este fato sugere hipótese de influências ambiental, genético-constitucional na gênese da enfermidade.
- 10) Em relação às bacias hidrográficas do Estado o P.F.S.A. ocorre em maior intensidade na Bacia do Tocantins, seguindo-se a do Araguaia e por fim a do Paraná.
- 11) Quanto aos insetos que povoam as áreas acometidas pela enfermidade no Estado de Goiás, predominam os simuliídeos.
- 12) Em relação a distribuição geográfica do P.F.S.A. em Goiás, verificamos que todo o Estado é atingido pela enfermidade, sendo que dos 221 municípios apenas 40 estão poupados da bulose e tais municípios situam-se em sua maioria no sul do território goiano.

- 13) A Capital do Estado, Goiânia, registra atualmente 58 casos com predomínio de pacientes provenientes de zona urbana sobre a rural, de modo idêntico a Belo Horizonte.
- 14) O Distrito Federal já se constitui em foco de P.F.S.A., registrando em seus 11 anos de vida 77 casos autóctones com predomínio de pacientes de áreas urbanas e suburbanas sobre área rural.
- 15) Quanto aos fatores climáticos, Goiás registra casos:
 - 1 — em altitudes inferiores a 400 metros, o que não havia sido constatado em outras áreas do País.
 - 2 — em temperaturas superiores a 30°C.
 - 3 — em altitudes inferiores aos limites então registrados.
 - 4 — como em outras áreas, há predomínio do aparecimento de novos casos de P.F.S.A. em Goiás, nos meses chuvosos.
- 16) Po ponto de vista terapêutico a experiência de Goiás é similar a de outros centros do país.
Os corticosteróides, particularmente a triamcinolona constituem a terapêutica eletiva da moléstia, ao lado do eventual uso de antibióticos e cuidados gerais para com os pacientes.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

Brazilian Pemphigus in the State of Goiás.

- 1) 2663 cases of B.P.F. and 37 cases of P.V. were registered in Goiás from 1952 to 1970.
- 2) Mostly afflicted by B.P.F. in Goiás are patients between the 2nd and 3rd decades of life, comprising 54,61% of the cases. Only 5,6% were under 10 and 39,46% were over 30.
The youngest patient was 8 months old, the oldest one was 92.
- 3) The generalized form, in its variation exfoliative bullous' disease predominates in Goiás, affecting 49,59% of the patients whereas the mild form is seen in 42,17% of cases. The least frequent is the erythrodermic form presented by 8,24% of patients.
- 4) Clinically B. P. F. presents no difference in relation to other foci in Brazil either in its symptoms or in its objective manifestations.
Nikolsky's sign is present in 85% of the cases.
- 5) B.P.F. is slightly more prevalent in males corresponding to 53,59% of the cases.

- 6) The occurrence of B.P.F. accompanies the ethnical composition of the population of Goiás, its incidence being highest in the coloured, followed by whites, being lowest in the negroes.
- 7) The initial lesions of B.P.F. in Goiás are found in the exposed areas of the skin.
- 8) B.P.F. in Goiás afflicts primordially the rural population.
- 9) The intrafamiliar occurrence of B.P.F. in Goiás corresponds to 18,05% of all cases.
Of the intrafamiliar cases 6,96% present no genetic binding and 93,04% are linked genetically. This observation suggests the hypothesis of a genetic — constitutional influence on the genesis of the disease.
- 10) The incidence of B.P.F. in Goiás is highest in the valleys of the Tocantins River, followed by those of the Araguaia River being lowest in the plains of the Paraná River.
- 11) The simulidea are the predominating insects in the areas of Goiás where the incidence of B.P.F. is highest.
- 12) As to geographical distribution of B. P. F. in Goiás, it was found that of its 221 municipalities, only 40 were spared by the disease, most of which are situated in the south of the State.
- 13) At the present time there are 58 cases of B.P.F. in Goiânia, the Capital of the State, and most of these patients came from the rural area.
- 14) Brasilia constitutes another focus of the disease; in the 11 years of its existence, 77 autochthonous cases have been registered, patients from urban areas predominating.
- 15) As to climatic factors, Goiás registers cases:
 - 1 — in altitudes inferior to 400 meters; this was not verified in other areas of the Country.
 - 2 — in temperatures superior to 30°C.
 - 3 — in latitudes inferior to limits hitherto registred.
 - 4 — as in other areas, new cases of B.P.F. appear predominantly during the rainy months.
- 16) — corticosteroid therapy, especially triamcinolone is effective in the treatment of the disease, besides administration of appropriate antibiotic and skilled nursing care of the patients.

BIBLIOGRAFIA

1 — ALAYON, F.L. — Impressões sobre o Pênfigo Foliáceo. *Vn. Reunião dos Dermatato-Sifilógrafos Brasileiros*. Rev. Paul. Med. 34(3):215, 1949.

2 — ALEIXO, J. — Localização do pênfigo foliáceo no couro cabeludo: fator provável do agravamento das lesões cutâneas. *Res. Clin. Cient.* 23:200-203, junho 1954.

3 — ALEIXO, J. — Introdução ao Estudo dos Aspectos Residuais do Pênfigo Foliáceo. *Imprensa Oficial — Belo Horizonte, Minas Gerais — Brasil — 1962*, 113 pgs. ilust. 18x24cm.

4 — AMENDOLA, F. — Manifestações oculares do Pênfigo Foliáceo. *Arq. Bras. de Oft.* 10:105-120, 1947.

5 — ANGLULO, J.J. — Attempts to isolate a virus from pemphigus foliaceus cases. *A.M.A. Arch. Derm. Syph.* 69:472-474, April, 1954.

6 — ARANHA CAMPOS, J. — Como vivem os doentes de "Fogo Selvagem". *Semana de Combate ao "Fogo Selvagem"*, pg. 55 — agosto 1939 (Palestra).

7 — ARANHA CAMPOS, J. — Fichamento dos doentes no Estado de São Paulo, "focos da moléstia", pg. 43 — agosto 1939.

8 — ARANHA CAMPOS, J. — Fatores de ordem clínica que predispoem ao "pênfigo foliáceo". *Rev. Paul. Med.* 19:199-207, out. 1941; *An. Paul. Med. Cir.* 43:249, Mar., 1942.

9 — ARANHA CAMPOS, J. — Pênfigo Foliáceo (Fogo Selvagem). Aspectos clínicos e epidemiológicos. São Paulo, Ed. Melhoramentos, 126 pgs.; ilust. 23 x 16cm. 1942; *Resumo: Publicações Médicas* 14 (3-4): 56-57, 1942; *Imprensa Médica* 28 (465): 112, 1952.

10 — ARANHA CAMPOS, J. — Alguns dados clínicos sobre o nosso pênfigo foliáceo (fogo selvagem). *Gaz. Clin.* 41:370, Dez. 1943.

11 — ARANHA CAMPOS, J. — A luta contra o pênfigo e seus resultados. *Res. Clin. Cient.* 13:287, Jul. 1.º, 1944.

12 — ARANHA CAMPOS, J. — Novas observações de casos familiares de pênfigo foliáceo. *An. Paul. Med. Cir.* 50 (1):1945.

13 — ARANHA CAMPOS, J. — Características epidemiológicas dos focos de fogo selvagem. *Gaz. Clin.* 43:89-90, Jun-Ago., 1945.

14 — ARANHA CAMPOS, J. — Novas contribuições para o estudo do pênfigo familiar. *An. Bras. Derm. Sif.* 20:382-4, 1945; *An. Paul. Med. Cir.* 51:270-2, Abril, 1946.

15 — ARANHA CAMPOS, J. — Do pênfigo foliáceo e seus aspectos endêmicos no Estado de São Paulo. *Publ. Méd.* 3(18):41-42, out., 1946.

16 — ARANHA CAMPOS, J. & SÁ, J.N. de — Casos de pênfigo foliáceo. Dez anos de estudos e oito anos de hospitalização. *V-Reunião Anual dos Dermatato-Sifilógrafos Brasileiros* pp.130-131, set. 1949.

17 — ARANHA CAMPOS, J. — Invasão do pênfigo foliáceo na América do Sul. *Arq. Dermat. Eif.* São Paulo, 14:12-20, jan.-jun. 1952.

18 — ARANHA CAMPOS, J. — Estatística de casos de pênfigo foliáceo (fogo selvagem), feita pelo professor Adolfo Lindenberg nos anos 1937-38, quando comissionado para se encarregar da profilaxia do pênfigo foliáceo no Estado de São Paulo. *Arq. Dermat. Eif.* São Paulo, 18(1-2):10-19, 1956.

19 — ARNOLD, H.L. Jr. & JOHNSON, H.M. — Transition from pemphigus erythematous to perphigus vulgaris; report of fetal case partially controlled by cortisone and ACTH. *Brit. J. Derm.* 66:218-221, June 1954.

20 — ARTIAGAS, P. & MOURÃO, B.M. — Considerações em torno da etiologia do pênfigo foliáceo: fogo selvagem. *Bol. Soc. Med. Cir. São Paulo*, 23(3):75-80, Mar. 1939; 23(4):133-139, Abril 1939.

21 — ARTOM, M. — Considerações sobre o pênfigo. *Arq. de Derm. e Sif.* São Paulo, 5:44-52, Mar.-Dez. 1948.

22 — AUAD, A. & BRASILE, G. — Incidência do pênfigo foliáceo no Estado de Goiás. *Rev. Goiana Med.* 3(4):251-256, out.-dez. 1957.

23 — AUAD, A. — Casos de pênfigo registrados em 1967 no Hospital de Pênfigo de Goiânia. *Rev. Med. Juiz de Fora.* 13(49/52): 1019, 1967.

24 — AUAD, A., CASTRO, R.M., FRAGA, S., FURTADO, T.A.; RAS-SI, D.M., RIVITTI, E.A. and SAMPAIO, S.A.P. — The treatment of Brazilian Pemphigus Foliaceus (fogo selvagem). Read at the second world congress, ISTD, Kyoto, Japan, August, 1969. *International Journal of Dermatology.* 2(9):130-136, Apr.-Jun., 1970.

25 — AUAD, A. — Tratamento do Pênfigo Foliáceo com TRIAMCINOLONA injetável — Anais do VII Congresso Internacional de Medicina Tropical e Malária. Rio de Janeiro. Volume IV; pg. 210, setembro, 1963.

26 — BALINA, A. — Síndrome de Seneur-Usher. Pênfigo eritematoses. *Rev. Arg. Dermatofis.* 36:37-42, Jan.-June 1952.

27 — BARNEY, R.E. — Pemphigusfoliaceus. *Arch. Derm. Syph.* 50:337, Nov. 1944.

28 — BRENNAN, J.G. — Contributions to study of pemphigus. *A.M.A. Arch. Derm. Syph.* 68:481-498, Nov. 1953.

29 — BROOM, D. — Pemphigus erythematous (Seneur-Usher). *Arch. Derm. Syph.* 47:601, Apr. 1943.

30 — BROWN, M.V. — Fogo selvagem (pemphigus foliaceus): review of the Brazilian literatura. *A.M.A. Arch. Derm. Syph.* 69(5):589-599, May 1954.

31 — CARSON, M.J. — Concomitant tuberculosis and pemphigus; treatment with ACTH (Clinical conference). *J. Pediat.* 39:237-243, Aug. 1951.

32 — CARTON, F.X. — Duhring and pemphigus. *Bull. Soc. Franç., Dermat. Syph.* 72:849, Nov.-Dez. 1965.

33 — CASTRO, A.F.M. de & FONZARI, M. — Pênfigo foliáceo e verrugas. *Arq. Derm. Sif.* São Paulo, 15:9-17, Jan.-Jun. 1953.

34 — CASTRO, A.F.M. de & ANGULO, J.J. — Note sur l'importance du signe de Nikolsky dans le pemphigus foliace. *Ann. Dermat. et Syph.* 81:399, Jul.-Aug. 1954.

35 — CASTRO, R.M.; PROENÇA, N.G.; CARDOSO, A.E.C. and SAM-PAIO, S.A.P. — Endemic Trichophytosis in Brazilian Pemphigus Patients — MYKOSEN — 13(5): 273-276, 1970.

36 — CERRUTTI, H. — O prof. Adolfo Lindenberg em face das primeiras observações sobre o pênfigo foliáceo experimental. *Rev. Paul. Med.* 27:222-228, set. 1945. *An. Faculdade de Med. da USP.* 21:33-41, 1945.

37 — CISALPINO, E.O.; FURTADO, T.A. & CARDOSO, J. P. — Investigações sobre anti-estreptolisina 0 no pênfigo foliáceo. *O Hospital.* 58(1):91-97, 1960.

38 — COLE, H.N. & DRIVER, J.R. — Pemphigus Foliaceus. *Arch. Derm. Syph.* 56(1):123, Jul. 1947.

39 — COLOMB, D. & col. — Pemphigus during pregnancy. Diagnostic problem in herpes gestationis. *Bull. Soc. Franç. Derm. Syph.* 76:136-137, 1969.

40 — COMEL, M. — Orientações terapêuticas e concepções etiopatogênicas do pênfigo. *Res. Clin. Cient.* 17(10):379-381, 1948.

41 — CORDEIRO, A.A. — Histopathology of Duhring's dermatitis and of pemphigus; comparative study. *Rev. Argent. Dermatofis.* 31:212-224, Jun. 1947.

- 42 — COSTA, O.G. — Pênfigo (tipo Senear-Usher). An. Bras. Dermat. Sif. 23:91-101, Jun., 1948.
- 43 — COSTA, O.G. — Brazilian pemphigus foliaceus (wild fire). Brit. J. Derm. 60:359-367, Nov., 1948.
- 44 — CULLEN, D.R. — Genetic features of familial benign pemphigus. J. Derm. 77:20-23, Jan., 1965.
- 45 — DUPERRAT, B.; SALET, J. & BOISSON. — Eventful evolution of pemphigus in a diabetic. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 65(3): 258-260, June-July, 1968.
- 46 — FONZARI, M. — Algumas causas desencadeantes do pênfigo foliáceo. Bras. Med. 59:261-264, Jul. 21-28, 1945.
- 47 — FONZARI, M. — A metoquina no tratamento do pênfigo foliáceo. Rev. Paul. Med. 30:279-283, Maio, 1947.
- 48 — FONZARI, M. — Diferentes tipos de pigmentação no pênfigo foliáceo. Assoc. Paulist. Med., Depart. Sif. Sessão 12 de maio de 1958. An. Paul. Med. Cir. 76(6):326, 1958.
- 49 — FOSTER, P.D. — Familial hereditary pemphigus. Arch. Derm. Syph. 50:147, 1944.
- 50 — FURTADO, T.A. & BAPTISTA, G. — Tratamento do pênfigo foliáceo por um novo córtico-esteróide: a triamcinolona. Bras. Med. 72(31/35): 335-341, Ago., 1958.
- 51 — FURTADO, T.A. & BAPTISTA, G. — Treatment of pemphigus foliaceus by triamcinolone. New personal observation. O Hospital. 56:657-664, Oct., 1959.
- 52 — GABRAY, I. & PORTO, J.A. — Pênfigo Foliáceo (Síndrome de Senear-Usher). An. Bras. Derm. 43(2):128, 1968.
- 53 — GAY PRIETO, J. & GARCIA MONTELONGO, R. Pênfigo foliáceo, síndrome de Senear-Usher. Actos Derm. Sif. Madrid. 48(12):557-563, Dec. 1957.
- 54 — GREENBAUM, S.S. — Cases of familial and of conjugal pemphigus vulgaris; the use of transfusion of blood from cured patients. Arch. Derm. Syph. 41:1073-1075, June, 1940.
- 55 — GUIMARÃES, J.R.A. — Pênfigo foliáceo (fogo selvagem) e nanosomia. Arq. Derm. Sif. São Paulo. 5:21-43, mar-dez., 1941; An. Paul. Med. Cir. 43:245, mar., 1942.
- 56 — HADLER, W.A. & TRAVESSOS, J. — Pênfigo: contribuição ao estudo de sua etiologia. Rev. Paul. Med. 32(3):159-160, 1948.
- 57 — LANE, J. — Dados sobre os simulídeos de localidades onde ocorrem caso de pênfigo foliáceo. Arq. da Fac. Hig. Saúde da Univ. de São Paulo. 3(1):53-54, jun. 1949.
- 58 — LEME, C.A. — Considerações sobre a etiopatogenia do pênfigo foliáceo. Esquema de tratamento. Rev. Paul. Med. 47:546-554, nov. 1955.
- 59 — LEME, C.A. — Pênfigo Foliáceo e síndrome geral de adaptação. Importância dos hormônios corticais. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 18(1-2):3-9. jan.-jun., 1956.
- 60 — LEME, C.A. — Novos conceitos sobre a etiopatogenia pênfigo foliáceo: conclusões terapêuticas. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 20(1-4): 28-50, jan.-dez. 1958.
- 61 — LEME, C.A. — Pênfigo foliáceo. Etiopatogenia, sintomatologia e diagnóstico. Hospital (Rio) 65:101-1098, maio, 1964.
- 62 — LEME, C.L.P. — Contribuição ao estudo do TOKELAU Tese — F. Med. R.J. (Rio) — 7 out. 1903.

- 63 — LEMOS TORRES, U. — Conceito clínico do pênfigo foliáceo. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 8:86-125, jun., 1944.
- 64 — LEMOS TORRES, U. — Pênfigo foliáceo. Arq. Med. Municipais, 8(3-4):75-176, Jul.-Dez., 1956.
- 65 — LINDENBERG, A. — Contribuição para o estudo da etiologia do pemphigus. Arq. Derm. e Sif. de São Paulo, 1:117-126, Jun., 1937.
- 66 — LOBO, J. — Contribuição ao estudo do pênfigo foliáceo. V-Reunião dos Dermato-Sif. Bras. (Salvador) pp 126-129, 1949.
- 67 — MAGALDI — JORDÃO, F.B.; SALLES-GOMES, L.F.; RABELLO, S.I.; AMOROSINO, A. & ANGULO, J.J. Outbreaks of vaccinia in a Pemphigus Foliaceus Hospital. Arch. Derm. 85(4):533-534, Apr. 1962.
- 68 — MARGAROT, J.; RIMBAUD, P. & IZARIN, P. — Pemphigoide sèborrhéique. Evolution vers le pemphigus foliacé. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 57:382-384, July 1950.
- 69 — MEDEIROS, C.M. — Pênfigo eritematoso (tipo Senear-Usher), com evolução fatal no sentido de um pênfigo vulgar. An. Bras. Derm. Sif. 28:183-193, Set. 1953.
- 70 — MIRANDA, R.N.; CUNHA, C. & SCHWEIDSON, J. — O pênfigo foliáceo no Estado do Paraná. Rev. Med. do Paraná 27(4):169-172, 1958.
- 71 — MOLLICA, J. — Pemphigo foliáceo e eclampsia gravidarum: contribuição patogênico-terapêutica. Brasil-Med. 54:601-604, Set. 7, 1940.
- 72 — MOURÃO B.M. — Investigações sobre a natureza infecciosa a vírus do Pênfigo (fogo selvagem). Arq. Derm. Sif. de São Paulo. 5(1-4): 53-80, Mar.-Dez., 1941. Rev. Paul. Med. 20:46-47, Jan. 1942.
- 73 — NGO, L.W. — Concomitant tuberculosis and pemphigus. Treatment with ACTH — J. Ped. S. Louis 39(2):237-243, Aug., 1951.
- 74 — ORSINI, O. — Pemphigo familiar. Brasil. Med. 54:410-412, Jun. 15, 1970.
- 75 — ORSINI, O. — Está se disseminando entre nós o "fogo selvagem" — O Diário — Belo Horizonte — 7.5.1944.
- 76 — ORSINI, O. — Aspectos epidemiológicos e clínicos do pênfigo foliáceo em Minas Gerais. Belo Horizonte, 1945 — 164 pg. 32 pranchas de 23 cms (tese Prof. Fac. Med. Univ. de Minas Gerais).
- 77 — ORSINI, O. — Hospital do Pênfigo de Goiânia. Brasil. Med. 72(31-35): 355-356, 1958.
- 78 — PARANHOS, N. — Esboço histórico do "pênfigo foliáceo" no Brasil. Arq. Biol. São Paulo, 23(219):178-180, Ago. 1939; J. Clin. (Rio de Janeiro) 20(12-14): 193-194, Jul. 1939 (Palestra).
- 79 — PAULIER; V.M.C. — Nuevo Hormon de la hipofisis anterior. Libreria Hachette S.A., 1952. pags. 21-25.
- 80 — PEREIRA, A.C. — Casos autóctones de pênfigo. V-Reunião dos Derm. Sif. Bras. pp. 43-52, 1949.
- 81 — PERYASSU, D.; WARD, J. & POSSE, A. — Pênfigo de Senear-Usher. An. Brasil. Dermat. 41(1):51, 1966.
- 82 — PORTO, J.A. — Pênfigo. An. Bras. Derm. Sif. 33(4):88-89, 1958.
- 83 — PORTUGAL, H. — Contribuição da histo-patologia nas dermatoses do grupo do pênfigo. Casos autóctones de pênfigo. An. Bras. Derm. e Sif. 24(1):29-48, mar., 1949; V-Reunião dos Derm.-Sif. Bras. pp. 32-42, 1949.

- 84 — PROENÇA, N.B. & CASTRO, R.M. — Pênfigo foliáceo sul-americano. Trabalho inédito. 1-19.1971.
- 85 — PROENÇA, N.G. — Erupção variceliforme de Kaposi for Herpesvirus Homínis em doentes com Pênfigo Foliáceo Sul-americano. Tese de Doutorado apresentada à F.C.M. da U.E. Campinas, 42 pags. — 1971.
- 86 — RABELLO, F.E.; PORTUGAL, H. & col. — As buloses do grupo do pênfigo: suas correlações clín. funcionais e histológicas. An. Bras. Derm. Sif. 24(1):1-2, Mar., 1949. V-Reunião Anual dos Derm. Sif. Bras. pp. 132-160, 1949.
- 87 — RABELLO JÚNIOR — Observações sobre o Pênfigo Foliáceo em Minas Gerais. An. Bras. Derm. Sif. 15(3):231, 1940.
- 88 — RABELLO JÚNIOR — Observações preliminares sobre o pênfigo foliáceo no Brasil. Suas relações com o síndrome de Senear-Usher e com o pênfigo foliáceo europeu. An. Bras. Derm. Sif. 16:305-320, 1941; Arq. Derm. Sif. de São Paulo, 5(1-2-3-4): 7-20, Mar-Dez. 1941.
- 89 — RAMOS E SILVA — Que poderá ser o "pemphigus brasiliensis" de Souvage? Anais Bras. Derm. 23(4):273-279, Dez. 1948.; V-Reunião Anual dos Derm. Sif. Bras. pp. 59-61, set. 1949.
- 90 — REZENDE, S.T. — Pemphigus Foliaceus. Rev. Bras. Med. 24:61-62, Jan., 1967.
- 91 — ROCHA, G.L. & col. — Considerações sobre alguns casos de pênfigo; tratamento com corticosteróide -|- imuno-supressor. O Hospital, Rio de Janeiro, 76(6):2100-2106, 1969.
- 92 — RODRIGUEZ, PASCUAL, L. — Un caso de pênfigo foliáceo tipo Senear-Usher. Actos Dermo-Sif. 46:176-188, Dec., 1954.
- 93 — SAMPAIO, S.A.P. — Pênfigo Foliáceo: caso tratado com anfotericina B com resultado negativo. Rev. Paul. Med. 54(1):54, 1959.
- 94 — SILVA, F. — Do pênfigo foliáceo na Bahia. Arq. Univ. Bahia, 3:159-163, 1948; V-Reunião Anual dos Derm. Sif. Bras. pp. 113-117, 1949.
- 95 — SILVA, M.R. — Sugestões sobre a etiologia do "Fogo Selvagem". Rev. Biol. Hyg. 10(2):174, 1940.
- 96 — SNEDDON, I & col. — Pemphigus foliaceus presenting as dermatitis herpetiformis. Acta Derm. Vener. Stockholm, 47:440-446, 1967.
- 97 — SOUZA, L.R. — Um método terapêutico adotado no tratamento do Pênfigo Foliáceo — Ministério da Saúde — Div. de Org. Hospitalar — 1955. 96 pags.
- 98 — VIEIRA, J.P. — Novas contribuições ao estudo do pênfigo foliáceo: fogo selvagem no Estado de São Paulo, São Paulo, E.G.R.T. 1940, 242 pags., ilustr. radiog. map. tab. diag. 23, 5x16cm; resumo no Bol. Acad. Nac. Med. Rio de Janeiro, 112(1):10-16, 1940.
- 99 — VIEIRA, J.P. — Semana de Combate ao "Fogo Selvagem", São Paulo, E.G.R.T. 1939, 70 pags., ilustr. 23, 3x16, 5 cm.
- 100 — VIEIRA, J.P. — O problema do pênfigo foliáceo no Estado de São Paulo. Bras. Med. 54:460-465, Jul. 6, 1940.
- 101 — VIEIRA, J.P. — O problema do pênfigo foliáceo: Algumas considerações. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 5:4-6, Mar-Dez. 1941.
- 102 — VIEIRA, J.P. — Pênfigo Foliáceo e síndrome de Senear-Usher. São Paulo E.G.R.T., 1942, 170 pags. ilustr., 23x16, 5cm.

- 103 — VIEIRA, J.P. — Algumas considerações sobre o pênfigo foliáceo. An. Paul. Med. Cir. 48:52-57, Jul., 1944.
- 104 — VIEIRA, J.P. — Algumas considerações sobre o pênfigo foliáceo no Brasil. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 11:59-69, Set.-Dez. 1947.
- 105 — VIEIRA, J.P. — Organização do Serviço do Pênfigo Foliáceo. Arq. Derm. Sif. São Paulo, 12:21-26, Jan.-Dez. 1948; V-Reunião dos Derm. Sif. Bras. pp. 17-20, 1949.
- 106 — VIEIRA, J.P. — Pemphigus Foliacé et Syndrome de Senear-Usher. São Paulo. E.G.R.T., 1951, 42 pags., ilustr. 24x16 cm.
- 107 — VIEIRA, J.P. — Alguns dados epidemiológicos referentes à incidência do pênfigo foliáceo no Estado de São Paulo. Arq. Derm. Dif. São Paulo, 20 (1-4):23-27, Jan.-Dez., 1958 (Relatório).
- 108 — VILANOVA, X. & PIÑOL AGUADE, J. — Síndrome de Senear-Usher y pênfigos. Actos Dermo-Sif. 45:96-110, Nov., 1953.
- 109 — ZILBERBERG, B. — Pênfigo e dermatite de Duhring-Brocq. Contribuição para o seu estudo cito-histológico. Tese para concurso à livre-docência. F.N. de Med. da Univ. Brasil. 1955. 175 págs.