

## SALMONELOSE COM LOCALIZAÇÃO EXTRA INTESTINAL

AUGUSTO DE E. TAUNAY  
Biologista do Instituto Adolfo Lutz.

MANUEL DE BRITO E SILVA  
Biologista do Instituto Adolfo Lutz.

Antes dos trabalhos realizados em Montevideu<sup>1</sup> aceitavam-se como clássicos dois tipos de afecções causadas por salmonelas, com quadro clínico e epidemiológico inteiramente diverso. Um, de início lento e insidioso, produzindo o chamado quadro tífico e outro, de aparecimento brusco, de curta duração, parecendo mais uma intoxicação do que uma infecção. Epidemiologicamente, na forma tífica, os casos se sucedem uns aos outros, sendo frequente o contágio interhumano, ao passo que na forma das intoxicações alimentares, êstes aparecem ao mesmo tempo, sendo em geral possível a filiação de todos ao consumo de alimentos contaminados.

A forma tífica seria produzida por germes adaptados à espécie humana, ao passo que as intoxicações alimentares seriam causadas por salmonelas adaptadas aos animais, nos quais são responsáveis por formas tíficas semelhantes à febre tifoide humana.

Hormaeche<sup>2</sup> demonstrou que se isso é verdade para o homem adulto, o mesmo não se dá com as crianças, sobretudo no primeiro ano de vida, que são muito sensíveis as salmonelas de origem animal, podendo produzir moléstias com sintomatologia a mais variada.

Segundo Hormaeche, e Peluffo<sup>3</sup>, nas crianças “o início da moléstia é frequentemente lento como nas formas tíficas, ou pode ser brusco com vômitos e diarréias como nas intoxicações alimentares. Às vezes se inicia com uma angina salmonelósica ou sòmente com febre, aparecendo a diarréia depois de vários dias. Depois que esta aparece, observa-se que corresponde a localização do colon, como da disenteria bacilar e não como os síndromes altos com diarréias líquidas da intoxicação alimentar. A duração do processo é maior do que nos adultos, dura de três a quatro semanas, se bem que exis-

tam formas atenuadas. Além do mais as localizações não são exclusivamente entéricas existindo com frequência localizações extra intestinais. Na criança a enterite não é sempre manifestação obrigatória, havendo bastante casos de anginas, otites, septicemias, etc., produzidas por salmonelas com ausência de diarreia. Por último a mortalidade é muito maior do que na intoxicação alimentar, chegando a ser de 30% nos casos de enterite, no primeiro ano de vida. Epidemiologicamente as salmoneloses infantís também diferem das intoxicações alimentares. Os casos não se produzem por surtos, aparecendo isoladamente nas crianças, sobretudo nos lactantes, ao passo que os pais e irmãos mais velhos não são atingidos. Só se verificam em surtos quando convivem várias crianças, como o observado com certa frequência nos hospitais infantís, nas maternidades ou nas casas onde existem muitas crianças. Não é possível, além do mais, relacionar os casos a determinados alimentos e parece ainda ser duvidoso, que a infecção seja sempre de origem alimentar, pois nem as crianças de peito a ela escapam."

Como se observa nos animais, principalmente nos jovens, as crianças também são muito sensíveis à infecção salmonelósica, não necessitando, para o seu contágio de grande número de germes, sendo, porisso, frequente o contágio inter-humano.

De material purulento enviado para exame ao Instituto Adolfo Lutz, tivemos oportunidade de isolar em dois casos, germes que, pelo seu comportamento bioquímico e sorológico, foram identificados como sendo Salmonelas, parecendo-nos merecer registo pela localização dos mesmos.

Por requisição do Dr. Luiz Pereira Barreto Neto, examinamos secreção purulenta ocular de uma criança de 10 meses de idade que, além de uma bronco pneumonia, apresentava uma panofthalmia com destruição do globo ocular esquerdo, vindo o doente a falecer antes de terminarmos o exame bacteriológico do pus. Do material semeado em placas de ágar-ácido rosólico, isolamos um germe que apresentava os seguintes caracteres: bacilos Gram-negativos, móveis, acidificando com gás dextrose, manita, maltose e xilose, não produzindo alterações na lactose e sacarose, não fundindo a gelatina e não produzindo indol em água peptonada.

Fizemos aglutinação desse germe com os soros somáticos específicos de salmonelas dos grupos de A a F. Com o soro do grupo B, obtivemos aglutinação até diluição a 1/1.200, o que nos permitiu classificá-lo como sendo uma Salmonela do grupo B do esquema de Kauffmann-White.

Com os soros flagelares específicos purificados obtivemos aglutinação no sôro que continha o fator "eh" podendo ser, portanto, uma *Salmonella reading*, ou *Salmonella chester*. Como não houve aglutinação com o sôro somático grupo D (fator XII) podemos classificar êste germe como sendo *Salmonella chester*.

Por requisição do Centro de Saúde de Santa Cruz do Rio Pardo, examinamos pus de pleura de uma criança de 2 anos de idade. Do material semeado em placas de ágar-ácido rosólico, isolamos um bacilo Gram-negativo com as mesmas características do anteriormente descrito. Fazendo as provas de aglutinação com os soros somáticos específicos de salmonelas dos grupos de A a F, esta foi positiva até a diluição de 1/3.200 com sôro específico grupo B, do esquema de Kauffman-White. Com soros flagelares específicos purificados, houve aglutinação com o sôro que continha o fator "fg" o que permite classificar o germe como sendo uma *Salmonella derby*.

Por solicitação nossa, foi-nos enviado sangue do mesmo paciente, com o qual fizemos provas de aglutinação com o germe por nós isolado e que foram positivas até o título de 1/12.200. Hormaeche Peluffo e Aleppo<sup>4</sup> verificaram anteriormente o mesmo fato, aconselhando mesmo as provas de aglutinação com o sangue dos doentes para confirmação do diagnóstico.

Somos muito gratos ao Sr. Ettore Rugai, pelo auxílio prestado na identificação dos germes, fornecendo-nos os soros flagelares purificados.

#### RESUMO

Os autôres descrevem dois casos de *Salmonelose extra intestinal*, sendo que um de forma não descrita de *panoftalmia* com destruição do globo ocular.

As salmonelas isoladas foram identificadas como sendo uma do tipo *Chester* e outra do tipo *Derby*.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 — E. HORMAECHE, C. A. PELUFFO e P. L. ALEPPO — 1936 — *Archivos Uruguayos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*, 9: 113.
- 2 — HORMAECHE 1929 — *Archivos de pediatria del Uruguay* — Vol. X — pag. 445.
- 3 — E. HORMAECHE 1941 — *The Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine* — Vol. 17 — pag. 71.
- 4 — HORMAECHE, C. A. PELUFFO e P. L. ALEPPO — 1940 — *Archivos de pediatria del Uruguay* — Vol. XI — pag. 8.