

Rutura do baço na febre tifóide *

por

C. Magarinos Torres e J. Guilherme Lacorte

(Com 2 figuras no texto)

É sabido que determinadas condições patológicas, tais a esplenite aguda observada no decurso da malária e da febre tifóide, a infiltração amilóide, a úlcera gástrica com consecutiva perfuração das paredes do estômago, etc., são capazes de ocasionar soluções de continuidade da cápsula do baço e consequente hemorragia na cavidade abdominal.

O conteúdo sanguíneo considerável do órgão, as estreitas conexões anatómicas entre a cápsula e o tecido de sustentação são as causas apontadas como responsáveis pela hemorragia, não raramente mortal, consequente à destruição da cápsula esplênica.

Um desses casos foi por nós observado no Serviço de Necropsias do Hospital São Francisco de Assis, a cargo do Instituto Oswaldo Cruz.

Trata-se de um doente de febre tifóide, cuja morte sobreveio, aproximadamente, no início da segunda semana de doença. A necropsia revelou lesões intestinais assaz discretas, fazendo contraste com a gravidade do quadro clínico.

Não é raro, na febre tifóide com alterações intestinais atípicas, ocorrer a morte em virtude de intoxicação geral, ou de complicações para o lado de outros órgãos que não os intestinos. Tal forma é designada, por alguns autores, como *typhus levissimus*. O termo presta-se a confusão, quando desconhecido o sentido em que é empregado. Na verdade, *typhus gravissimus* e *typhus levissimus*, para tais autores, significam, apenas, casos de febre tifóide com alterações, respectivamente, intensas, ou então, discretas, do aparelho gastro-intestinal (CHRISTELLER, 1928) (1).

* Recebido para publicação a 1 de agosto e dado à publicidade em setembro de 1941.

(1) CHRISTELLER, E. 1928. Der Typhus abdominalis, in Henke, F. & Lubarsch, O., Hand. d. spez. path. Anat. u. Hist., IV, 2: 517.

Outra designação consagrada em trabalhos sobre febre tifóide, a qual caberia bem ao caso que relatamos, e a de "splenotyphus". CHIARI E KRAUSS (2) assim designam aquelas formas em que o aumento de volume do baço se revela consideravel e acima do habitual, ao passo que as lesões intestinais são insignificantes.

Necropsia n. 3.851: — M. N., do sexo masculino, de cor branca, de nacionalidade portuguesa, com 21 anos de idade, falecido às 17 horas de 20-9-1938, necropsiado às 10 horas de 21-9-38. A doença teria tido início seis dias antes de sua admissão no hospital. A permanência, aí, foi apenas, de dois dias.

O *cadaver* é o de um homem moço, de cor branca, em regulares condições de nutrição, medindo 1,60m. de comprimento, pesando 56 kilos. Pupilas redondas, igualmente dilatadas. Conjuntivas pálidas. Dentes em bom estado de conservação. Abdomen tenso. O tegumento cutâneo mostra uma coloração generalizada, amarela, cor de cera. Rigidez cadavérica presente e acentuada. Gânglios linfáticos inguinais palpaveis. Pelos de cor castanho-escuro, sedosos, abundantes nas regiões pilosas. Externamente não há icterícia, nem edema, nem anomalias. Existe fimose.

Ao *corde*, a camada gordurosa é conservada, medindo 1 cm de espessura, na parede anterior do abdomen. Músculos conservados, de cor vermelho-escuro, secos. A cavidade peritoneal contem mais de dois litros de líquido turvo, de cor vermelho-escuro (sangue), e bem assim, coágulos sanguíneos em suas partes declives. Diafragma na altura do 4.º espaço intercostal, de ambos os lados. O fígado não atinge o rebordo costal.

TORAX — O espaço precordial mede 9cm de altura e 13cm de base. Coração um pouco desviado para a direita, sendo perfeitamente movel dentro do saco fibroso do pericárdio, o qual contem 60cm³ de líquido límpido, róseo-amarelado. Pulmão esquerdo perfeitamente livre de aderências, encerrando, a cavidade pleural correspondente, cerca de 100cm³ de líquido límpido. Pulmão direito apresenta extensas aderências fibrosas às paredes do torax e ao diafragma.

O *coração* mede 13x10,5 x 5 cm, sendo a ponta formada por ambos os ventrículos. Gordura epicardial conservada. Ao *corde*, as cavidades direitas são aumentadas de capacidade, medindo as paredes do ventrículo direito, 5mm, na base, e as do esquerdo, 17mm. Musculatura flácida, de coloração róseo-castanha. Ao *corde*, não há aumento aparente do tecido conjuntivo. Não existe o aspecto de "pele de tigre". Valvas livres, transparentes, flexiveis. Coronárias livres. Túnica interna da crossa da aorta, lisa, amarela e brilhante. Peso do coração: 300 g.

Pulmões um pouco aumentados de volume, com a crepitação diminuída, especialmente nos lobos inferiores, pesando, o direito, 700g, e o esquerdo 550g. A pleura é recoberta por membranas fibrosas, sendo os lobos aderentes entre si, no pulmão direito. No esquerdo, a pleura é lisa e brilhante em toda a extensão, os lobos livres de aderências. Superfície do *corde* vermelho-clara, nos lobos superiores e médio direito, vermelho-escuro, nos inferiores; em todos eles, é úmida, dando saída, por expressão, a líquido espumoso

(2) CHIARI, H. & KRAUS 1897. Zur Kenntnis des atypische Typhus abdominalis resp. der reinen typhösen Septikämie. Zeitschr. f. Heilk., 18: 471-502.

misturado a sangue. Não há áreas de consolidação do tecido pulmonar. Em zonas pouco extensas do lobo inferior do pulmão esquerdo, o conteúdo de ar está desaparecido (atelectasia), tendo os tecidos coloração castanho-escura.

Pela inspeção do baço, *in situ*, sem nenhuma manobra, não foi possível localizar o ponto em que havia se processado a sua rutura. O órgão é extraordinariamente friável, sendo que as manipulações necessárias para uma inspeção cuidadosa, no local, facilmente ocasionam a sua dilaceração. Retirado, apresenta-se consideravelmente aumentado de volume, pesando 820 g., medindo, sobre a convexidade, 21 x 14,5 x 5 cm. A cápsula é delgada, tensa, rompida em vários pontos, após a retirada do órgão, de consistência bastante friável. Superfície do corte, úmida, de cor violácea-escura. A polpa é bastante difluente, aparecendo, aqui e ali, pequenas áreas, de forma irregular, de coloração amarelo-clara, umas bem aparentes, outras no limite da visibilidade.

Gânglios linfáticos mesentéricos moderadamente aumentados de volume. A gordura do mesentério desenvolvida.

Aorta torácica e abdominal, sem modificação de forma e trajeto, possuindo uma túnica interna perfeitamente lisa, amarela e brilhante.

Intestino delgado com as paredes moderadamente espessadas (edema), apresentando a mucosa brilhante, em toda a extensão. As placas de Peyer são conspícuas, algumas distintamente túmidas; em nenhuma, contudo, existe ulceração.

Estômago com a mucosa brilhante, as pregas desaparecidas, existindo difusão de pigmento sanguíneo em torno dos vasos.

Fígado aumentado de volume, medindo 30 x 21 x 6 cm. Cápsula delgada, brilhante, com pequenos pontos vermelhos e manchas violáceas, na face ântero-superior do lobo direito. Configuração normal. Consistência muito diminuída, oferecendo os tecidos pequena resistência ao dedo do operador que procura penetrá-los. Superfície do corte de cor amarela, aspecto opaco, o desenho lobular obscurecido, não havendo aumento aparente do tecido conjuntivo.

Vesícula biliar com paredes edemaciadas, semi-distendida, contendo cerca de 20 cm³ de bile turva, amarelo-clara. Não há cálculos, nem concreções.

Rins medem, o direito, 11,5 x 6 x 4 cm, o e esquerdo, 11 x 6 x 4,5 cm. Cápsula fibrosa delgada, algum tanto aderente, dilacerando-se ao ser retirada, deixando a descoberto uma superfície regular, de cor castanho-rósea, no rim esquerdo. No rim direito, a cápsula destaca-se com facilidade; ao corte, a camada cortical levemente túmida e alargada. No rim esquerdo, as relações entre as duas camadas são normais, a cortical de coloração rósea, a base das pirâmides volácea. Mucosa dos cálices, bassinets e ureteres, pálida, lisa e brilhante.

Crânio — Não foi examinado.

Exame microscópico — Os preparados microscópicos de baço mostram distensão considerável dos seios venosos, sendo que os glóbulos vermelhos se difundem, igualmente, pelos cordões intersinusoidais. Entre as células da polpa vermelha, diminuídas de número, aparecem, com frequência, grandes elementos mononucleares encerrando hemátias (eritrofagia). Naquelas áreas em que a difusão de glóbulos vermelhos, na polpa, é

mais intensa, aparecem massas fibrinosas (trombos), obstruindo a luz de veias intralobulares (Fig. 1), e, ainda, pequenas áreas de necrose. Estas últimas parecem coincidir

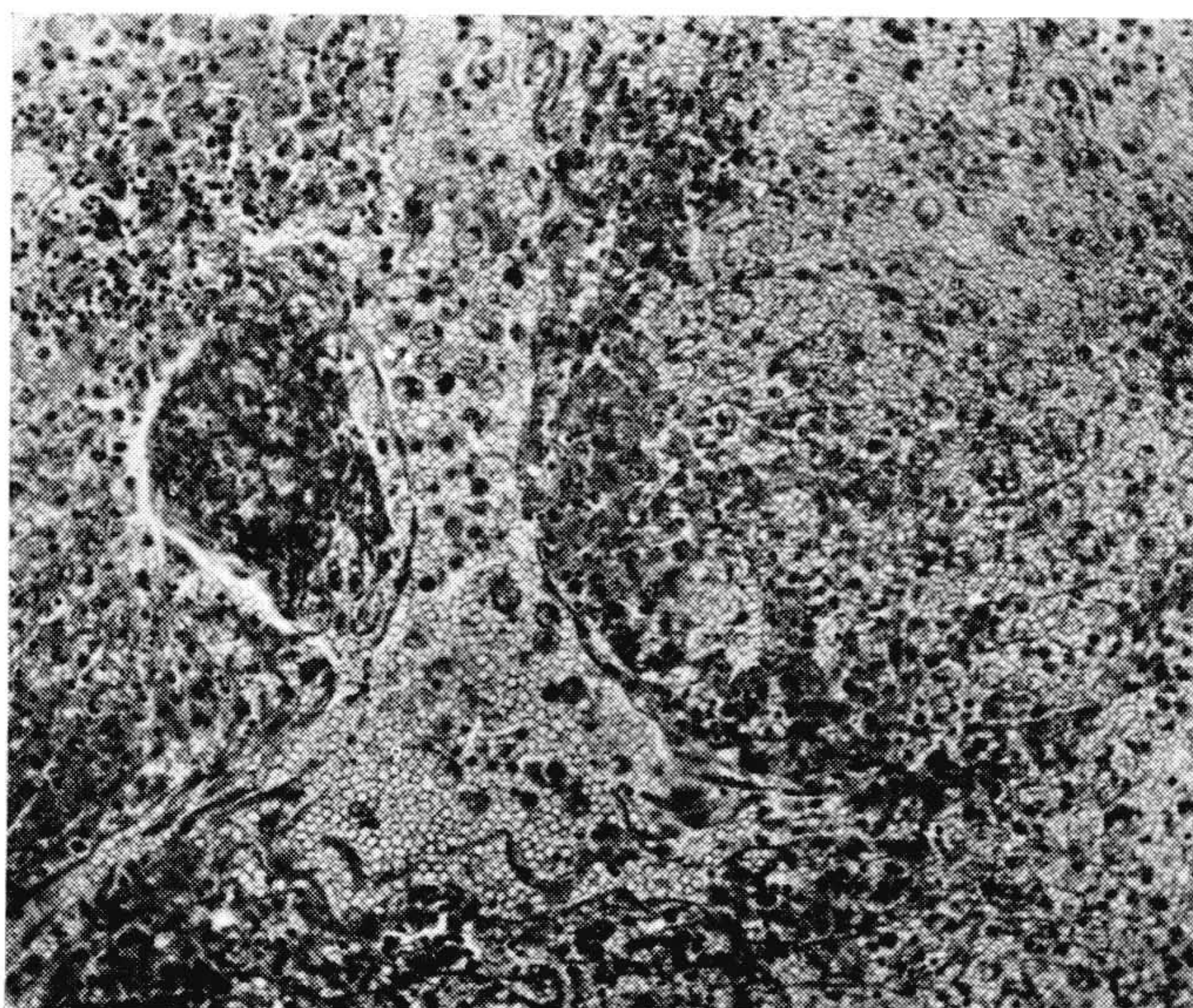


Fig. 1 — Corte de baço, caso de febre tifóide. Distensão extrema dos seios venosos e difusão de hemáticas nos cordões intersinusoidais. A esquerda, coágulo fibrinoso (trombo), na luz de uma veia intralobular. Hematoxilina-eosina. x 140.

com nódulos típicos ("tifomas"), mas a sua caracterização é dificultada em vista de suas pequenas dimensões e da necrose da maioria de suas células. Os folículos linfóides, reduzidos de volume nas zonas onde a difusão de hemáticas, na polpa, é extrema, são bem

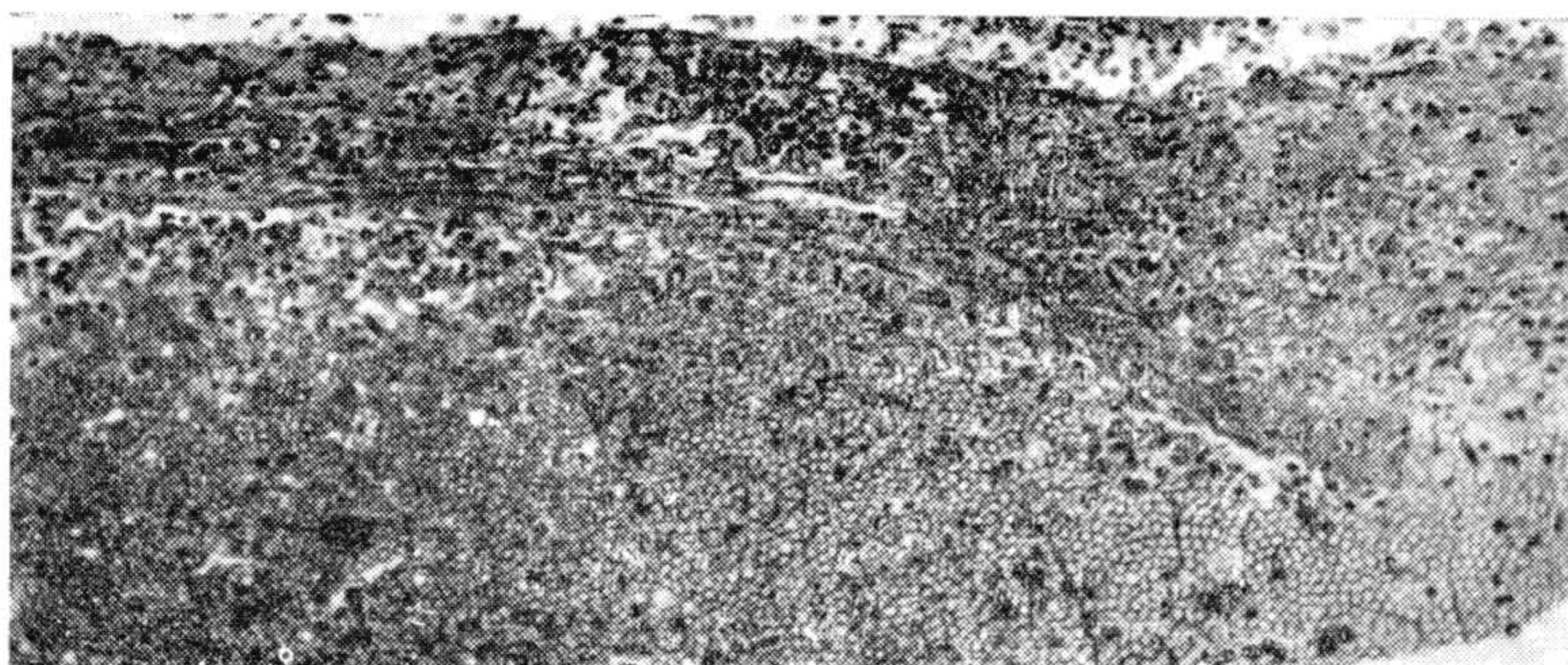


Fig. 2 — Corte de baço, caso de febre tifóide. Infiltração celular inflamatória (periesplenite aguda) e hemorragia na cápsula esplênica. Esplenite aguda, com acentuada distensão dos seios venosos da polpa vermelha. Hematoxilina-eosina. x 140.

conservados, fora daí. As lesões da cápsula fibrosa oferecem interesse particular. Além de hemorragias em sua própria espessura, apresentam os cortes infiltração celular mononuclear (periesplenite aguda) (Fig. 2).

No fígado, vê-se, acentuada infiltração gordurosa perilobular, dissociação das células hepáticas e numerosos nódulos inflamatórios constituídos por histocitos ("tifomas"). Alguns deles ocupam a própria parede de veias, nos espaços-porta (endoflebite tífica).

Capilares preenchidos, completamente, por bacilos, documentando a multiplicação de bactérias após a morte, são vistos no baço, fígado e suprarrenais.

Exame bacteriológico — Foram isoladas, deste doente, três amostras, a saber: Amostra n. 1: obtida em hemocultura do doente, em dia anterior ao da sua morte. Amostra n. 2: obtida, em cultura pura, do baço do cadáver. Amostra n. 3: obtida da vesícula biliar, durante a necropsia, após raspagem das paredes da mesma; houve, aqui, contaminação reduzida, por cocos, pois que a vesícula já se encontrava aberta, quando colhido o material.

O aspecto morfológico do germe, e os caracteres culturais das três amostras foram idênticos: bacilos curtos, móveis, Gram-positivos. Não exerceram ação fermentativa sobre a lactose, mas fermentaram a glicose, sem desprendimento gasoso, o que permitiu colocar a bactéria isolada, no gênero *Eberthella*. Feita a prova de aglutinação com soros aglutinantes tífico e paratífico A e B, os resultados foram os seguintes, para as três amostras: aglutinação positiva, até a diluição a 1|1600, com o soro tífico, e até 1|200, com os soros paratíficos.

O germe foi, assim, identificado a *Eberthella typhi*.

A morte ocorreu, conforme mostrou a necropsia, em virtude de importante hemorragia peritoneal (2 litros). Em inquérito realizado, apuramos que o doente não havia sofrido nenhum traumatismo (queda do leito, etc.), durante os dois últimos dias de vida, durante os quais permaneceu no hospital.

Tudo faz supor, assim, que se trate da chamada "rutura espontânea" do baço. No caso presente, ela estaria na dependência do processo de perisplenite aguda e de hemorragias intracapsulares, coincidindo com o período evolutivo da febre tifóide em que o aumento de volume do órgão, e consequente distensão da cápsula, costuma ser o máximo (LITTEN) (3), ou seja o fim da primeira semana. É possível, ainda, que tenha sido influenciada por traumatismo mínimo (acesso de tosse, mudança brusca de posição no leito, etc.), fácil de escapar à observação.

SUMMARY

A case of *typhus levissimus* or *splenotyphus* is reported whose death occurred approximately at the beginning of the 2nd week as a consequence of rupture of the spleen and hematoperitoneum (2 liters).

Acute perisplenitis and intracapsular hemorrhages as well as marked distention of the capsule pertinent to the extreme increase in volume of the organ in this stage of the disease are thought to be the changes concerned with the rupture of the organ, possibly influenced by overlooked minimal trauma.

(3) LITTEN, M. 1898. Die Krank. d. Milz. Nothnagel's Hand. d. spez. Pathol. u. Therapie. Bd. 8,3 Teil.