

## NOTAS CLÍNICAS

## ENDOCARDITE GONOCOCCICA

Tratamento pela associação "Penicilina-sulfatiazol"

J. ANTUNES LEAL

O éxito da terapeutica pela associação de penicilina e sulfatiazol num caso de endocardite, de tipo lento, por gonococcus, leva-nos a apresentar um caso clinico passado pela enfermaria M 1 A, do Hospital Escolar.

**HISTORIA.** — TROUSSEAU, numa das suas celebres lições, inserta na *Gazette des Hopitaux* (1854) diz: A uretrite blenorragica não dá aparecimento a lesões cardíacas, e por este facto, se distingue do reumatismo.

No mesmo ano, BRANDÉS, descreveu dos casos de endocardite gonocóccica; em 1872, LACASSAGNE, apresenta o seu caso. Seguidamente encontram-se descrições clínicas, mais ou menos completas, de LAMAITRE, DÉNAS, MOREL, DUPART, SCHDELL, HISS e outros.

Entramos no primeiro quarto do século actual, e apesar do auxilio do laboratorio, da bacteriologia e finalmente do mais completo conhecimento da doença não são muitos os casos apesentados; entre estes, citamos, o de WILLIAMS no *Archiv of Internal Medicine* onde são apresentados 12 casos, dos quais 10 correspondem a exame de autopsia.

Modernamente, são já mais, os casos apresentados; citaremos unicamente os que consultamos: Em 1934, ERIC STONE, apresenta um trabalho de conjunto, dizendo que, conseguiu reunir 122 casos dos quais 85 comprovadamente positivos, quer no exame clínico, quer no bacteriologico. WHITE, no seu tratado das doenças do coração, menciona que 1 por 100 de todas as endocardites, são gonocóccicas. Pertence a THAYER a afirmação de que 11 por 100 de todas as endocardites infecciosas são de etiologia gonocóccica, o que constitui o maior numero apontado pelos autores.

**DIAGNÓSTICO.** — A anamnese da doença tem a maior importancia, pois é, quasia sempre, secundaria a lesão gonocóccica do tracto génito urinario, podendo ser simultanea ou algum tempo depois, sendo variavel, segundo os autores.

Teem importancia a considerar os metodos auxiliares de diagnosticos como seja: Formula leucocitaria, a hemocultura de difícil obtenção e só possivel em meios especiais (caldo peptonado, liquido ascitico), gonoreacção (WITEBSKY e MÜLLER).

**ANATOMIA PATOLOGICA.** — Variam, conforme os autores consultados, os tipos desta endocardite; no entanto, reunindo em presença os de PILCHET e GELBFIAZ podemos considerar:

Forma pura	f. vegetante ou poliposa.
	f. ulcerosa
Forma mixta	f. fibrosa (em menor %)
	f. lenta

Quanto á etiologia e possibilidades de diagnosticos podemos considerar:

1) Historia clinica defenindo antecedentes gonocóccicos.

2) Aparece numa gonococcia aguda, a que se segue um estado infeccioso não sendo no entanto possivel, pelos métodos apontados a sua determinação etiologica pelo laboratorio.

3) Cultura ou culturas tomadas directamente do sangue (*in vitam*), ou vegetações (*in mórtum*).

Quanto á localização podermos citar que, a maior percentagem de endocardites, é maior na metade esquerda, e ainda que as valvulas mais tocadas são as aorticas, e das direitas são as pulmonares. A lesão da valvula mitral, simples, é rara.

A doença apresenta complicações, que, segundo descrições, de varios autores, podem ser:

Amiloidosis (BILCHER); embolias de localizações varias, cerebrais originando hemiplegia (PALMER, HOWARD e o presente); podem tomar e aspécto de microembolias cutaneas, dolorosas fazendo salientia no superficie externa da pele e lembrando os nodulos de SCHOTTMÜLLER, OSLER. Abcessos, de multiplas localizações, e como caracteristica, precisamente o aparecêrem de uma forma multipla, como por exemplo, a forma multipla de abcessos cerebrais como possuimos um caso. Pericardite (KARWÁSKI) e, finalmente, a nefrite do tipo focal de LOHELEIN.

**EVOLUÇÃO E SINTOMATOLOGIA.** — A endocardite gonocóccica é sempre secundaria á infecção primaria, geralmente de localização, genital, podendo o aparecimento dos sintomas ter lugar imediatamente, após a primo infecção gonocóccica, ou algum tempo depois, podendo atingir até meses.

A evolução pode sintetizar-se da forma seguinte:

O inicio do periodo da invasão inicia-se com hipertermia, mau estar geral, cefaleas, atingindo por vezes um rápido estado de prostração verdadeiro status tificus, estes estados fazem-se acompanhar, muitas veses de dôres articulares do tipo poliarticular e ligeira esplenomegalia (estes sintomas não constantes); iniciam-se en tão, os sintomas cardíacos com taquicardia, por veses, dôrprécordial, com opressão, canseira, correspondendo a um ensurdecidimento dos tons e, mais tarde, aparecimento de sinais valvulares, constituindo na nossa descrição, e, referindo-nos a endocardite gonocóccica, o periodo de estadio.

Finalmente, a sintomatologia isolada ou associada, de qualquer das complicações, apontadas, anteriormente, e que podem, como dissemos ser imediatas e no decorrer da doença, ou tardias.

Conforme os casos e os exitos terapeuticos, a

fase aguda, em especial no respeitante á sintomatologia, que podemos relacionar com o estado de bactériemia, pôde céder, ficando como reliquat, as lesões valvulares e a sintomatologia de algumas das complicações, quando se tiverem dado condições para que apareçam.

**TERAPEUTICA.** — Os casos citados, na literatura recente, teem sido tratados pelas sulfanilamidas (PALMER, HOWARD e SCOTT e outros Bull. J. HOPKINS), com escassa percentagem de exitos.

Conhecida a boa percentagem de curas da infecção pelo gonocócio, quando tratado pela Penicilina, será esta substancia, da maior eficácia, no tramento, assim o citam os autores, e o nosso caso, o afirma.

Recordemos rapidamente a acção terapeutica da Penicilina. Actua por bacteriostasia. Este modo de actuar ja tinha sido apontado para algumas sulfamidas, não parece no entanto, ser já integralmente conhecido, podendo essencial e rapidamente descrever assim:

O microorganismo possui uma cadeia metabólica que constitui um ciclo duplamente ana e catabólico. Ora, se actuarmos interpondo nesta cadeia, um factor que bloquie qualquer uma dessas correntes, seja por exemplo, a anabolica, impossibilitando a chegada até ao microorganismo dos elementos indispensaveis, este será um elemento bacteriostatico, porque torna o microorganismo incapaz de agir.

A bacteriostasia é propriedade que, conforme disse, não é completamente conhecida, mas podemos, já citar algumas conclusões, as quais servem nestes primeiros tempos, para a caracterizar:

1.º Anula os efeitos e a actividade do microorganismo.

2.º Não o destroi.

3.º Parece não perder a influencia mesmo depois de ter actuado.

**Antecedentes pessoais.** — Nada refere, senão vagas queixas gastricas antigas, sem sintomatologia bem definida e a blefarragia, apontada como inicio, da doença actual, que o doente encobre nas primeiras informações ao medico assistente e mais tarde á entrada no Serviço.

**Antecedentes hereditários.** — Sem importancia.

**Exame objectivo.** — Lúcido, de posição indiferente na cama.

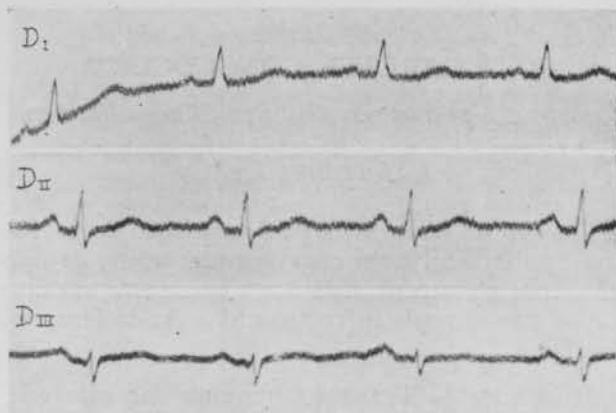


Fig. 1

Regular estado de nutrição. Coloração da pele e tegumentos levemente palidos lembrando, a destes, a cõr do café com leite.

**Torax.** — Simétrico, equimóvel e equiresistência.

**Pulmões.** — Fervores de estase em ambas as bases.

**Coração.** — Choque da ponta no 5.º espaço para fora da linha hemiclavicular, tendo nós á palpação, a sensação dum frémio, à altura do 4.º e 5.º espaço, mas a distancia de 2 cm. do bôrdo esternal. Não há pulsões anormais.

**Nota.** — Se sôpro sistólico na ponta com irradiação para as costas e sistodiastólico, rude, audível com maior intensidade no foco aortico, mas abrangendo toda a area cardiaca.

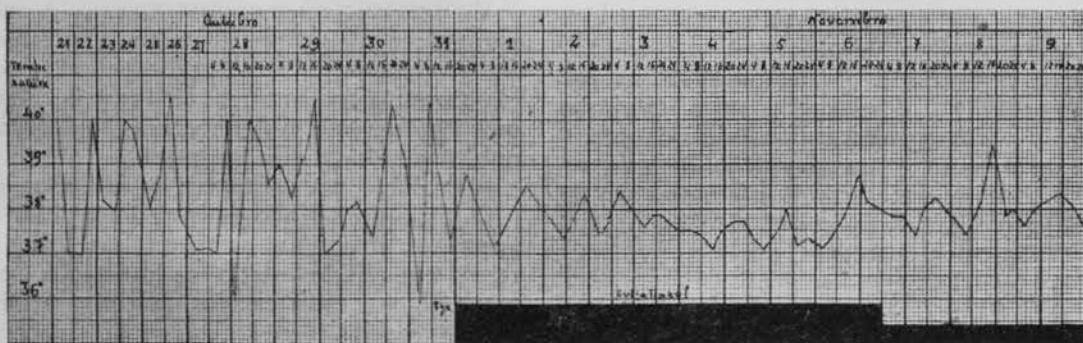
**T. arterial.** — Riva Rocci Max., 130; min., 80.

**Pulso.** — Regular, ritmico, com a frequencia de 108 pulsões por minuto.

**Abdome.** — Mole, indolor quer á palpação superficial, quer á palpação profunda.

**Figado.** — Aumentado de volume, em especial á custa do lóbulo esquerdo.

**Báço.** — Aumentado á percussão. Não se palpa.



cocitaria: Hém., 85 por 100; V. gl., 0,96; G. R., 4.400.000; G. Br., 15.000. Linf., 5; Mon., 1; Neut., 93; E., 1; B., 0. Hemoculturas, negativas.

Pesquisa do Hematozoario, negativo. R. Henddlesson (soro aglutin. para a F. Malta, negativo. R. Widal, negativo.

do tipo de Osler Schottmüller. O estado do doente, piora consideravelmente; está indiferente ao que se passa á sua volta, enorme prostração, temperaturas atingindo 40°.

Insiste-se em hemoculturas.

Anemia mais acentuada ainda atingindo 1.800.000.

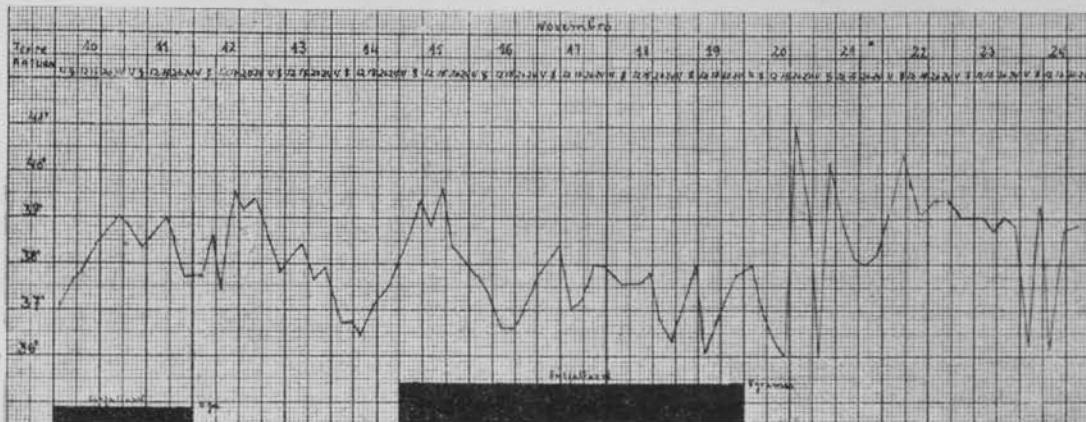


Fig. 3

*Radiografia do torax.* — Aderências pleuropericardicas. Dimensões da sombras cardíacas aumentadas com acentuação dos arcos ventricular esquerdo e auricular direito. Acentuação das sombras vasculares do hilo. Electrocardiograma (v. fig. 1).

O doente faz uma hemiplegia por embolia cerebral. Continua febril com as mesmas características. Conhece-se a etiologia gonococcica. Faz gonorreacção.

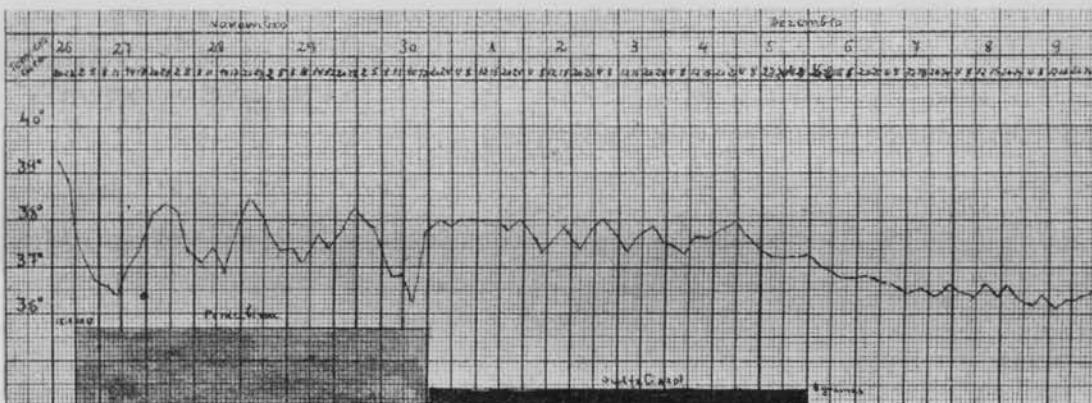


Fig. 4

*EVOLUÇÃO.* — Entrada. Apresenta um estado febril de características septicás; prostração acentuada. Inicia análises-Sangue; formula, velocidade sedimentação, pesquisado hemato-

Inicia tratamento com penicilina. Até esta data medicação geral (tonicardiacos, transfusões e depoi do acidente hemiplegico eupaverina) e choques periódicos de sulfatiosol.

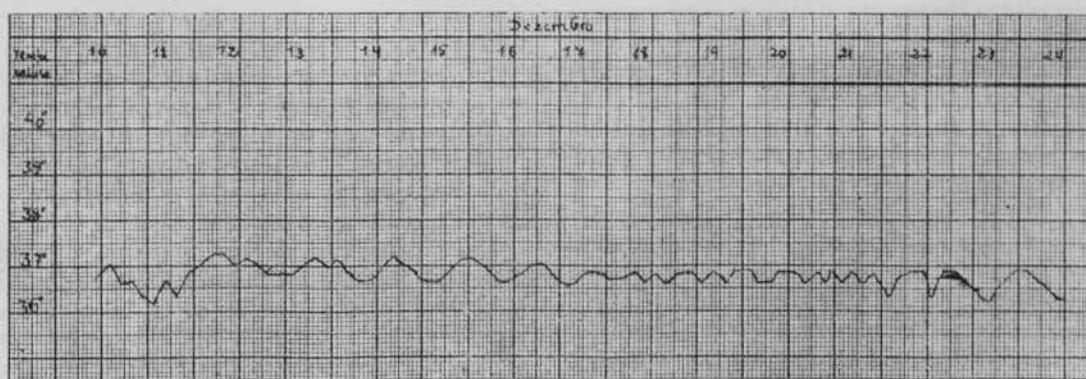


Fig. 5

soário. Hemoculturas, Widal. Fíbre com as mesmas características. Anemia acentuada, tornando os tegumentos a coloração que lembra a do café com leite. Insiste-se em hemoculturas.

Aparecimento de microembolia cutânea, digital, dolorosa

Assiste-se a uma modificação no estado geral, o doente vem melhorando, está menos prostrado e parece querer dra-se uma regressão da sintomatologia da hemiplegia.

Apiretico.

As melhorias manteem-se em crescente-regularização da formula.

Mantem os sinais cardiacos orgânicos.  
Alta.

CONSIDERAÇÕES. — (Diagnóstico de entrada e diagnose diferencial.)

O aparecimento de doença cardíaca, no decorrer de doença febril, do tipo séptico, e ainda na ignorância do seu antecedente etiológico, por o doente encobrir, a sua gonococcia, levou-nos a pensar, em primeiro lugar, que, as dores articulares, e o aspecto cardíaco fossem devidas a reumatismo articular.

Não instituimos terapêutica adequada, por termos conhecimento, que durante os seis meses, que mediaram, entre o inicio da sintomatologia, e a entrada, no Serviço, tomáram grandes doses de salicílico se atofan, sem qualquer resultado.

Os outros estados septicos — paludismo, f. de Malta, f. tifoide, fôram abandonados, após a chegada repetida de análises negativas.

No decorrêr da evolução vêmos a acentuação da anemia; aparecimento de microembolia cutânea, tipo nódulo de Osler num dêdo, e finalmente hemiplegia por possível embolia cerebral, pensámos então, em endocardite séptica a viridans. Procurada por 3 ou 4 vêses a hemocultura tomada no máximo da temperatura, foi sempre estéril.

Foi então conhecida a doença anterior — a sua gonococcia que cedera com facilidade ao sulfatiasol, e que reportava ao inicio da doença actual com antecedencia de 12 dias.

Foi feita a reacção de Müller (desvio do complemento) ou gonoreacção a nosso pedido, ao doctor EGIDIO CHAVES da la Clinica Cirúrgica, foi positiva (+ + + —).

Tratava-se pois duma endocardite, tipo lento, por gonococcus.

Foi instituída a terapêutica penicilina-sulfatiasol. A penicilina foi empregada em doses de 15.000 U. em solução de 20 c. c. de sôro, e ministrada em injeção intramuscular dada de 3 em 3 horas.

A analise dos graficos, mostra com facilidade, a ação terapêutica. (V. fig. 2.)

Após a instituição da terapêutica pelo sulfatiasol, a temperatura desceu até atingir o acmê em 39°. (V. fig. 3).

Nos períodos de repouso, a temperatura retomava as mesmas características. (V. fig. 4.)

Foi ministrado 15.000 U. de penicilina (sal sódico) em solução com sôro, em injeção intramuscular de 3 em 3 horas.

Esta medicação, foi feita durante 5 dias. Seguiu-se nova cura com sulfatiasol, durante 4 dias. (V. figs. 4 y 5.)

Sem medicação.

Apirético.

Em seguida, o doente tem alta, em cura clínica.

EVOLUÇÃO CLINICA POST-ALTA DO SERVIÇO. —

a) Observação feita em janeiro de 1945:  
- Mantem-se apirético. Melhoria do estado físico.  
Gonoreacção (+ + —).  
Formula hemoleucocitária: Sem alterações.

Persistem os sinais valvulares, sem qualquer sinal de descompensação.

Retomou a vida profissional.

b) Observação feita em maio de 1945:

Não se queixa subjetivamente.

Persistem os sinais valvulares sem grau de descompensação.

Continua exercendo com utilidades o trabalho profissional.

Apirético.

Gonoreacção (— — —).

Formula hemoleucocitária: Hem., 100 por 100; G. R., 5.120.000; G. Br., 6.800; V. Gl., 0.97; Linf., 38 por 100; Mon., 1 por 100; Neutr., 60 por 100; Eos., 1 por 100; Bas., 0; Mast., 0.

#### RESUMO

Apresenta-se um caso de endocardite mitro aortica, de tipo lento, de etiologia gonococcica.

Tratamento pela associação penicilina-sulfatiasol. Cura clínica.

#### DOBLE EMPIEMA METANEUMÓNICO POLIMICROBIANO (ESTREPTO-NEUMO-CATARRALIS)

Tratamiento por "Penicilina"

J. SIMARRO PUIG, A. PURSELL MÉNGUEZ  
(Barcelona)

y T. LORENZO FERNÁNDEZ

En terapéutica antiinfecciosa los adelantos vienen sucediéndose a pasos agigantados. Y vemos cómo tras las acridinas y otros colorantes, aparecen las sulfamidas, que han casi relegado al olvido a aquéllos; y, aun no terminado el período de experimentación de éstas, se ofrecen al clínico las micoínas, a la cabeza de las cuales la penicilina supone un nuevo paso importante; habiendo sido motivo de abundantes experimentación, casuística, estadística y literatura, todo nada despreciable.

Sin embargo, lo mismo que para las sulfamidas, no se pueden extender en exceso las publicaciones, ni conviene dejarse llevar por entusiasmos desmesurados. Uno de los puntos delicados y que la práctica tiene que sancionar se halla en la conexión, en el roce con la cirugía.

Es a propósito de un empiema tabicado — en realidad doble empiema — metaneumónico que, habiendo tenido la ocasión (y la posibilidad) de practicar una terapéutica penicilínica, podemos presentar esta observación que creemos no desprovista de interés.

Entre los trabajos referentes a la penicilina en terapéutica de infecciones generales y locales, y con respecto a los empiemas concretamente, hemos hallado algunos que nos han servido de punto de partida: