

NOTAS CLÍNICAS

ENDOCARDITE GONOCOCCICA

Tratamento pela associação "Penicilina-sulfatiazol"

J. ANTUNES LEAL

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

HISTORIA. — TROUSSEAU, numa das suas celebres lições, insérta 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 gonocócica; em 1872, LACASSAGNE, apresenta o seu caso. Seguidamente encontram-se descrições clinicas, 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 apresentados; entre estes, citamos, o de WILLIAMS no *Archiv of Internal Medicine* onde são apresentados 12 casos, dos quais 10 correspondem a exame de autopsia.

Modérnamente, 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 clinico, quer no bacteriologico. WHITE, no seu tratado das doenças do coração, menciona que 1 por 100 de todas as endocardites, são gonococcicas. Pertence a THAYER a afirmação de que 11 por 100 de todas as endocardites infecciosas são de etiologia gonococcica, o que constitui o maior numero apontado pelos autores.

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

Teem importancia a considerar os metodos auxiliares de diagnostico como seja: Formula leucocitaria, a hemocultura de difficil 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 GELBFAZ podemos considerar:

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

Quanto á etiologia e possibilidades de diagnostico podêmos considerar:

1) Historia clinica defenindo antecedentes gonococcicos.

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 mórtem).

Quanto á localisação poderemos 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 aspêcto de microembolias cutaneas, dolorosas fazendo saliencia no superficie externa da pele e lembrando os nodulos de SCHOTTMÜLLER, OSLER. Abcessos, de multiplas localizações, e como caracteristica, precisamente o appareçerem, 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 gonococcica é sempre secundaria á infecção primaria, geralmente de localisação, genital, podendo o aparecimento dos sintomas têr lugar imediatamente, após a primo infecção gonococcica, ou algum tempo após, podendo atingir até meses.

A evolução pode sintetisar-se da forma seguinte:

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

Finalmente, a sintomatologia isolada ou associada, de qualquer das complicações, apontadas, anteriormente, e que podem, como dissêmos 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 bacteriemia, pôde ceder, ficando como reliquat, as lesões valvulares e a sitomatologia 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 gonocóco, quando tratado pela Penicilina, será esta substancia, da maior eficácia, no tratamento, assim o citam os autores, e o nosso caso, o afirma.

Recordêmos 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 metabolica que constitui um ciclo duplamente ana e catabolico. Ora, se actuarmos interpondo nesta cadeia, um factor que bloqueie 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 caracterisar:

- 1.º Anula os efeitos e a actividade do microorganismo.
- 2.º Não o destrói.
- 3.º Parece não perder a influencia mesmo depois de ter actuado.

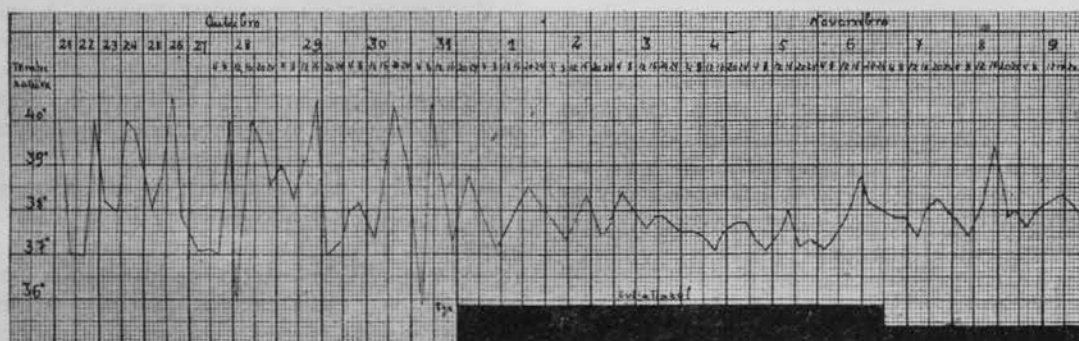


Fig. 2

OBSERVAÇÃO CLÍNICA. — A. A. R., de 29 anos de idade, casado, internado cama 15, enf. M. 1. A.

Doença actual. — Conta 12 dias após aparecimento de blenorragia aguda, dores articulares, primeiro nópé, depois joelhos e mais tarde, no punho esquerdo. Foram-lhe medicados analgesicos e anti reumaticos, sem resultado.

Ao 1.º mês refere início de temperaturas muito altas á volta de 40 graus, mais de tarde, e sempre, acompanhado de sudação abundante, e calofrios. Ao mesmo tempo, refere cansaça, que a pouco e pouco se foi acentuando, a ponto de, ultimamente o minimo movimento, o fatigar.

É internado no Serviço remontando esta sintomatologia á duração de 6 meses.

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

Antecedentes hereditarios. — Sem importancia.

Exame objectivo. — Lúcido, de posição indifferente na cama.

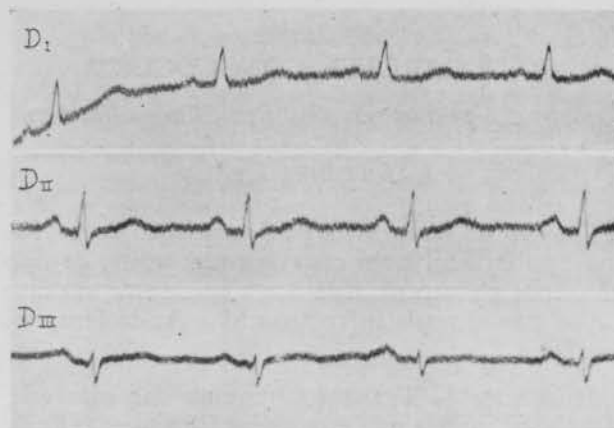


Fig. 1

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

Torax. — Simétrico, equimóvel e equiresistente.

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 frêmito, á altura do 4.º e 5.º espaço, mas a distancia de 2 cm. do bordo esternal. Não há pulsações anormais.

Nota. — Se sôpro sistolico na ponta com irradiação para as costas e sistodiastolico, 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 pulsações por minuto.

Abdomen. — Mole, indolor quer á palpação superficial, quer á palpação profunda.

Fígado. — Aumentado de volume, em especial á custa do lóbo esquerdo.

Báço. — Aumentado á percussão. Não se palpa.

Aparelho genito-urinário. — Não há lesões visiveis. Não apresenta qualquer vestigios de "gôta".

Membros. — Superiores: normais. Inferiores: aspecto externo em todos os segmentos e articulações, normal. Movimentos activos, dificeis pela dor, mais acentuada, na articulação tibiotarsica esquerda.

Exame laboratorial. — Urina: 2-3, 1.010. Gl., 0. Alb. tenues vestigios. Acet., 0. Urobilina e urobilinogeno âtem. Sedimento. Algumas celulas epiteliaes pavimentosas, alg. celulas redondas, pequenas, Alg. linfocitos, alg. cilindros hialinos, raros leucocitarios, alg. hematias.

Sangue: Velocidade de sedimentação, ao fim de uma hora, 89 mm.; ao fim de duas horas, 123 mm. Formula hemoleu-

cocitaria: Hem., 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 Hematozoário, negativo. R. Henddlesson (soro aglutin. para a F. Malta, negativo. R. Widal, negativo.

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

Insiste-se em hemoculturas.

Anemia mais acentuada ainda atingindo 1.800.000.

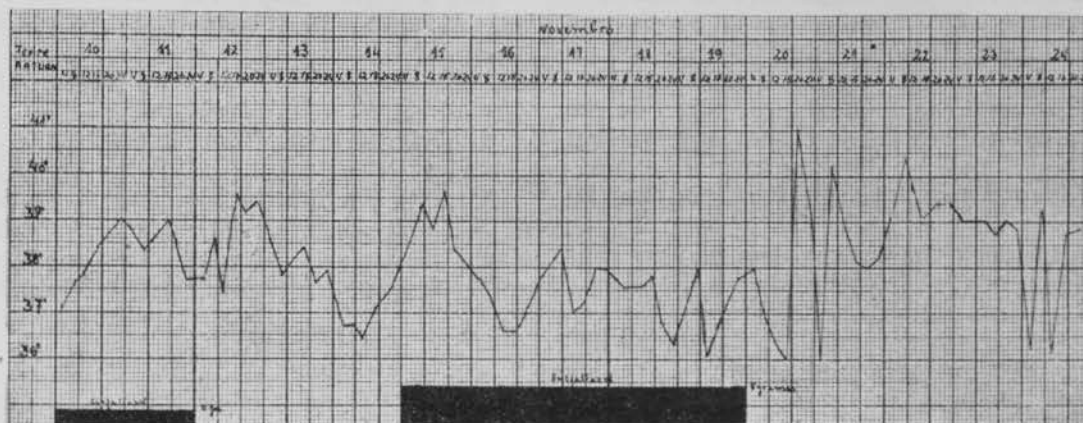


Fig. 3

Radiografia do torax. — Aderências pleuropericardicas. Dimensões das 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.

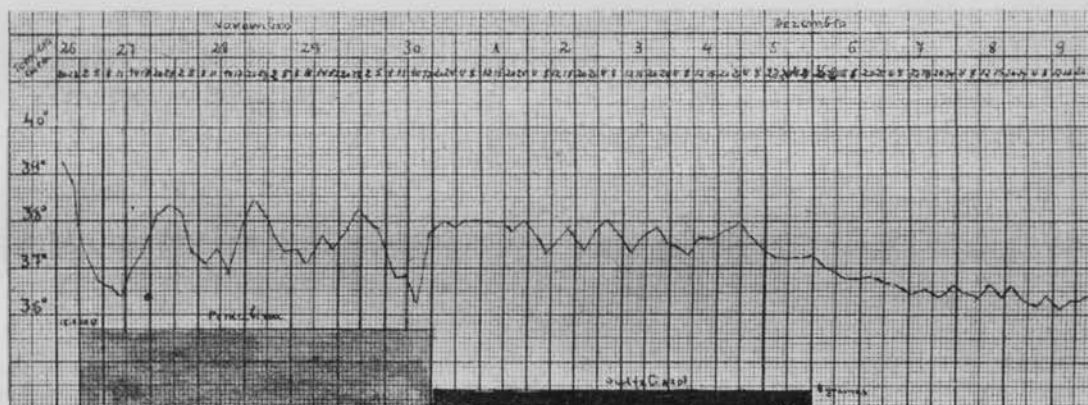


Fig. 4

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

zário. Hemoculturas, Widal. Fêbre com as mesmas características. Anemia acentuada, tomando os tegumentos a coloração que lembra a do café com leite. Insiste-se em hemoculturas. Aparecimento de microembolia cutânea, digital, dolorosa

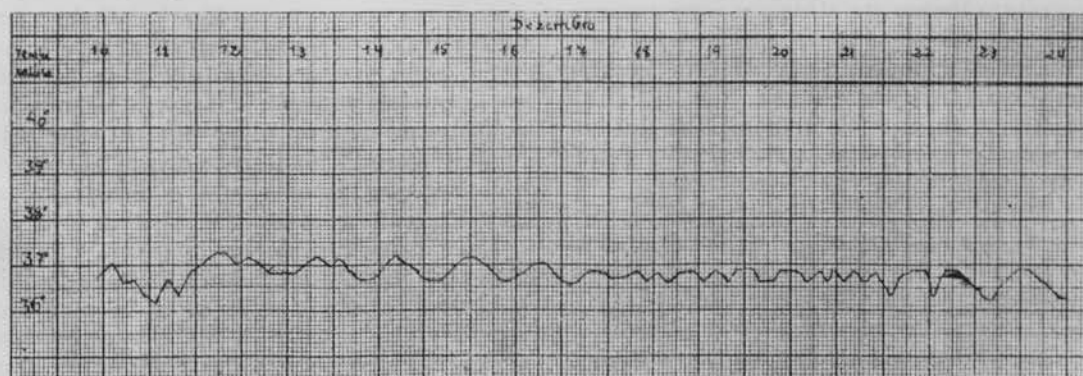


Fig. 5

soário. Hemoculturas, Widal. Fêbre com as mesmas características. Anemia acentuada, tomando 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 melhoras mantem-se em crescente-regularização da formula.

Mantem os sinais cardiacos organicos.
Alta.

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

O aparecimento de doença cardiaca, no decorrer de doença febril, do tipo séptico, e ainda na ignorancia do seu antecedente etiologico, por o doente encobrir, a sua gonococcia, levou-nos a pensar, em primeiro lugar, que, as dores articulares, e o aspecto cardiaco fôsssem devidas a reumatismo articular.

Não instituímos terapeutica adequada, por termos conhecimento, que durante os seis meses, que mediaram, entre o inicio da sintomatologia, e a entrada, no Serviço, tomara grandes doses de salicilado se atofan, sem qualquer resultado.

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

No decorrer da evolução vemos a acentuação da anemia; aparecimento de microembolia cutanea, tipo nódulo de Osler num dedo, e finalmente hemiplegia por possivel embolia cerebral, pensámos então, em endocardite séptica a viridans. Procurada por 3 ou 4 vês a hemocultura tomada no maximo da temperatura, foi sempre estéril.

Foi então conhecida a doença anterior — a sua gonococcia que cedêra 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 Cirurgica, foi positiva (+ + + —).

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

Foi instituida a terapeutica penicilina-sulfatiasol. A penicilina foi empregada em doses de 15.000 U. em soluçao de 20 c. c. de sôro, e ministrada em injeccao intramuscular dada de 3 em 3 horas.

A analyse dos graficos, mostra com facilidade, a acção terapeutica. (V. fig. 2.)

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

Nos periodos de repouso, a temperatura retoma as mesmas caracteristicas. (V. fig. 4.)

Foi ministrado 15.000 U. de penicilina (sal sodico) em soluçao com sôro, em injeccao intramuscular de 3 em 3 horas.

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

Sem medicaçao.

Apirético.

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

EVOLUÇÃO CLINICA POST-ALTA DO SERVIÇO. —

a) Observação feita em janeiro de 1945:

Mantem-se apirético. Melhoría do estado fisico. Gonorreacção (+ + — —).

Formula hemoleucocitária: Sem alteraçoes.

Persistem os sinais valvulares, sem qualquer sinal de descompensação.

Retomou a vida profissional.

b) Observação feita em maio de 1945:

Não se queixa subjectivamente.

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 associaçao penicilina-sulfatiasol. Cura clinica.

DOBLE EMPIEMA METANEUMÓNICO POLIMICROBIANO (ESTREPTO-NEU- MO-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 aquellos; 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: