

As melhoras mantem-se em crescente-regularisação 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, pensamos 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 injeçao 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 retomava as mesmas caracteristicas. (V. fig. 4.)

Foi ministrado 15.000 U. de penicilina (sal sodico) em soluçao com sôro, em injeçao 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-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 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:

Un editorial del *Brit. Med. Jour.*, sobre "Progresos en penicilina" (*Brit. Med. Jour.*, 1, 7, 1944), que opina que el procedimiento de elección en las infecciones de la pleura es el local, según JOFFREY y SCOTT, por no atravesar el medicamento la pleura inflamada, en cantidad suficiente. RAMELKAMP y KEEFER (*Jour. Clin. Invest.*, 22, 425, 1943) afirman igualmente que no atraviesa las serosas inflamadas — pleura — y por ello se conserva más *in situ* eliminándose menos en aplicación local en el interior de cavidades serosas.

Sucintamente, de otros trabajos se deduce lo que sigue: Buenos resultados en empiemas por estafilococos, estreptococos o ambos en unión, aconsejando la inyección endocavitaria (M. E. y H. W. FLOREY, *Lancet*, 1, 387, 1943). Los mismos autores (*Lancet*, 6.239, 27, 1943): buenos resultados en infecciones por estreptococos, como acción general y local. GARROD y CHRISTIE (*Brit. Med. Jour.*, 1, 513, 1944), en el empiema, inyectan en la cavidad de 15.000 a 30.000 unidades, con lo que parece que se esteriliza, pero advierten que esto no quiere decir que no haya que intervenir; y los mismos autores, en las septicemias por estafilococos, hallan buenos resultados en sangre pero no elimina la cirugía de los abscesos o supuraciones. También JAUREGUI (en un resumen en *Notas de Lefa*, 5, 5, 1944), en una revisión, recoge buenos resultados en empiema estafilocócico, pero drenando; las dosis locales, de 40.000 a 50.000 unidades. Un editorial de *Semana Médica Española* (7, 737, 1944) recoge asimismo la opinión de KEEFER, que sitúa las infecciones por estreptococos hemolíticos con bacteriemia y localizaciones graves, y las por estreptococos anaerobios y las por neumococos en pleuras entre las del grupo en que los resultados son buenos. W. H. HERRELL, D. R. NICHOLS y D. H. HEILMANN (*Jour. Am. Med. Ass.*, 125, 1.003, 1944), utilizan dosis altas y registran buenos resultados en empiemas, neumonías y abscesos pulmonares. Nos ha interesado más el trabajo de D. I. BLENNET y T. PARKES (*Lancet*, 246, 305, 1944) sobre "La penicilina en las neumonías sulfamidoresistentes con referencia especial a la infección estafilocócica y al empiema", y entre cuyas observaciones se hallan dos empiemas estreptocócicos (casos parecidos al nuestro) con buenos resultados mediante aspiración — lavado, — inyección intrapleurales, empezando con dosis altas para evitar la resistencia, y advirtiéndolo que en todos ellos se trataba de casos sulfamidoresistentes. Notemos, para terminar con estas breves notas bibliográficas, que tanto estos últimos autores como RAMELKAMP y MAXON (*Proc. Soc. Exp. Biol. N. Y.*, 51, 386, 1942) advierten contra la posibilidad de penicilinarresistencia.

Vemos cómo las opiniones, aunque aparentemente y por lo que respecta a la utilidad de la penicilina contra estas infecciones tanto generales como locales de tipo septicémico (estreptocócico, estafilocócico, asociaciones) los autores están de acuerdo en afirmar buenos resultados, no lo están ya lo mismo en lo que se refiere a que la terapéutica local sin cirugía (sin drenaje) sea suficiente; en otras palabras,

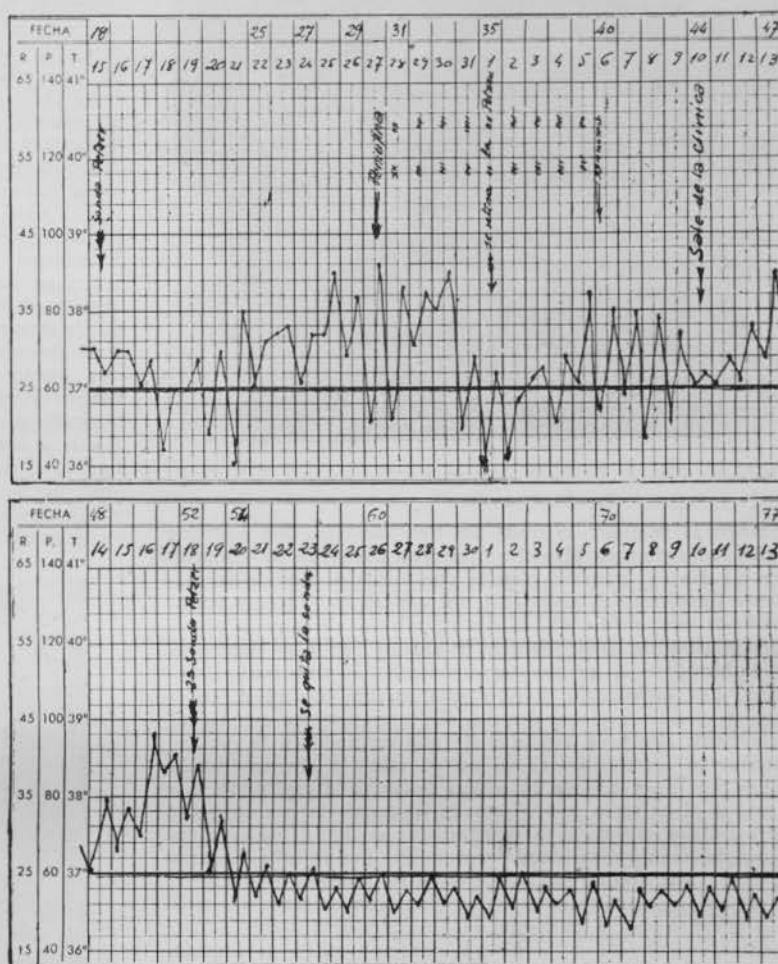


Fig. 1

no sabemos todavía si la penicilina llega a conseguir que se prescindiera del drenaje, y, en caso afirmativamente parcial, en qué grado y hasta qué punto. Es por ello por lo que siendo éste nuestro caso, nos parece interesante dar a conocer el resultado (y lo creeríamos así tanto si el resultado fuese bueno como si malo) acompañado de las suficientes particularidades de tratamiento para poder servir a la experiencia ajena, o, mejor, a la práctica posterior. Y más aún teniendo en cuenta las dificultades actuales en nuestro país para la consecución de este medicamento.

J. M. L. 19 años, soltero, estudiante. Familia paterna con antecedentes bacilares. Personales sin interés. El 25 de febrero de 1945 inicia neumonía crupal derecha grave (escalofrío grande, expectoración hemática, fiebre alta — 39 y 40° — intensa punta de costado, matidez de base derecha; en días siguientes evoluciona resistiendo al sulfamidotiazol (Aseptiltiazol: 5 g. el primer día, que es el segundo de enfermedad, o sea el 26, y 4 g. los siguientes, hasta nueve días) y a quinina básica asociada; esta medicación, unida a la restante sintomática, no consigue más que mantener las temperaturas en-

tre 38 y 39°; el 7-III-1945, erupción escarlatínica típica que evoluciona como es corriente en la escarlatina; el 4 de marzo de 1945, nuevo foco de neumonía en lado izquierdo (base), con sintomatología general y local calcada del de lado derecho, y evolución análoga; únicamente las temperaturas tienden al descenso, de modo que los días 9, 10, 11 y 12 descienden a entre 37 y 38°; suspensión de sulfamidas los días 7, 8, 9 y 10; continuando en estos días con quinina básica; días 13 y 14 las temperaturas llegan a 38,4 y 38,6°, reapar-

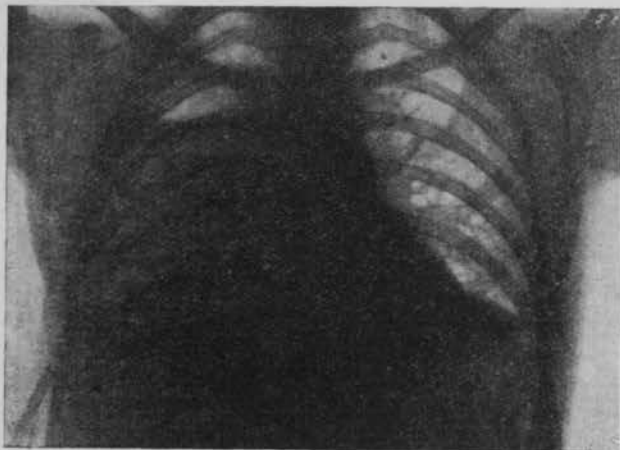


Fig. 2

reciendo la matidez marcada en base derecha, esta vez con soplo suave de tipo pleural y completa abolición de vibraciones. El día 14, punción pleural, con salida de líquido francamente purulento. A todo esto, un conteo da 14.000 leucocitos por mm. c. (día 5). El día 14 mismo, abertura de pleura y colocación de sonda Petzer. Evolución, en días siguientes, favorable, pero el 21 no desapareciendo las temperaturas febriles, una radioscopia muestra una sombra con nivel, en la parte posterior de pleura derecha, sin comunicación con la anteriormente abierta y drenada; el tubo colocado en la cavidad anterior (o anteroinferior) ya no da salida a ningún líquido en los días 22 y 23; en estos días se fuerza la aspiración y se moviliza al enfermo con objeto de conseguir la comunicación entre las dos cavidades, pareciendo que el día 23 se consigue incompletamente manifestada, por salida, por el tubo, de unos pocos c. c. de líquido purulento, pero francamente insuficiente; la radioscopia muestra una ligera reducción de derrame, también insuficiente; y asimismo las temperaturas persisten, llegando a 38,6 (día 25). El 26, ninguna salida de líquido. Día 27: radiografía (fig. 2) y punción de cavidad cerrada (sin drenaje) con aspiración y salida de 125 c. c. de líquido purulento mezclado con aire; inyección intracavitaria de 30.000 unidades de penicilina; inicia asimismo penicilina intramuscular (120.000 unidades al día); se advierte que en la extracción no sale más líquido por interposición de obstáculo mecánico (grumo, coágulo o membrana?). El día siguiente, estado general casi igual; nueva punción y extracción de 150 c. c., con los mismos inconvenientes y con igual mezcla de aire, e inyección por la misma vía de 30.000 unidades de penicilina, y el mismo medicamento a dosis de 115.000 intramuscular. Día 29: radioscopia: nivel algo más bajo, pero neumo aumentado; a la extracción, el líquido es más fluido y de color más oscuro (¿por la penicilina?): las temperaturas llegan también a 38,4°; pero el estado general mejora ligeramente; se fuerza la aspiración y se procura posición declive.

Exámenes de líquido de punción.—Día 27 (primera punción, líquido virgen): estreptococo, neumococo, catharralis; día 28 (día siguiente, y también a las 24 horas de inyección primera intrapleural de penicilina): no se encuentra ningún germen. El 29 continúa penicilina intrapleural, 30.000 unidades a continuación del intento de extracción y salida únicamente de 15 c. c., aun con un intento de lavado, del que se desiste por entrar aire en cantidad; en este día han salido por el tubo todavía colocado en la cavidad anteroinferior, unos 45 c. c. de líquido purulento con la coloración propia de la penicilina (del líquido de la cavidad inyectada), mostrando una comunicación, aunque francamente insuficiente, posiblemente conseguida por los esfuerzos de posición y movilización; la radioscopia muestra el nivel más bajo y la cámara de aire

grande; inyección en la cavidad, de 30.000 unidades, y en intramuscular, de 80.000 unidades. Día 30: salida por el tubo, de 20 c. c., de aspecto alternativamente de purulento corriente y de purulento "de penicilina"; radioscopia: nivel más bajo, cámara de neumo grande; punción de cavidad cerrada (o mal comunicada) con salida, más difícil, de unos pocos c. c. de líquido, inyección de 30.000 unidades de penicilina; extracción de aire por aspiración practicada más arriba. Penicilina intramuscular, 100.000 unidades. Después de esto, la radioscopia muestra la desaparición de la cavidad de neumo. Buena tolerancia tanto de extracciones como de inyecciones de penicilina por las vías empleadas. Día 31: estado general, temperaturas, pulso, respiración, mejoran; durante el día salen, por la sonda Petzer, 70 c. c. de líquido purulento, procedente de la cámara pósterosuperior, lo que parece corroborarse por radioscopia, en que se observa descenso del nivel, y reformación de cavidad de neumo; inyección intrapleural de 30.000 unidades de penicilina y extracción al máximo de aire; penicilina intramuscular, 80.000 unidades. Día 1.º de abril de 1945: sigue mejorando; la temperatura máxima es de 37,2°; penicilina intramuscular, 85.000 unidades. Extracción de aire al máximo, e inyección intrapleural de 50.000 unidades de penicilina con supresión de la sonda Petzer, dejando en su lugar guante. El examen de líquido pleural extraído en este día da catharralis. Día 2: el estado general mejora; radioscopia: nivel desciende, cámara de aire se forma de nuevo; penicilina intrapleural, 50.000 unidades. Extracción de aire de neumo. Penicilina intramuscular, 120.000 unidades. Día 3: el estado general mejora; radioscopia: nivel desciende, cámara de aire se forma de nuevo; se calcula grosso modo unos 100 a 150 c. c. de líquido; se inyecta 50.000 unidades de penicilina; no se puede extraer líquido, se extrae aire; penicilina intramuscular, 120.000 unidades. Examen de líquido pleural: bacteriológicamente negativo. (Todos los exámenes de la-



Fig. 3

boratorio, por el doctor VIDAL-RIBAS, al que agradecemos la colaboración.) Día 4: buen estado general; no se punciona pleura en vista del nivel reducido, de que la cámara de aire es pequeña y de intento de curación sin más punciones. Penicilina intramuscular: 120.000 unidades. Día 5: buen estado general, pero la temperatura de la tarde, que en días anteriores llegaba a 37,2°, hoy llega a 37,6°, y el pulso, que llegaba a menos de 100, hoy llega a 112; no radioscopia ni penicilina intrapleural; penicilina intramuscular, 100.000 unidades. Día 6, radioscopia: nivel desciende, el neumo es pequeño.

Penicilina intrapleurale, 50.000 unidades (hasta ahora lleva administradas por esta vía 350.000 unidades); después de extracción de 50 c. c. de derrame. Buen estado general. Se suspende la penicilina intramuscular, llevando administradas por esta vía 1.100.000 unidades.

En días sucesivos (7, 8, 9, 10 y 11) el enfermo va recuperando fuerzas, se repone, aunque no completamente; las temperaturas no remiten por completo, quedando con elevaciones ligeras por encima de los 37° y llegando a cerca de los 38°. Del 11 al 12 inicia elevación térmica, que sigue en aumento en los días siguientes; coincidiendo con pérdida de estado general, anorexia, tos seca persistente; en los días 13, 14, 15 y 16, con ascensos térmicos por sobre 38°. Día 17, radiografía (véase fig. 3), mostrando nivel de líquido pleural igual al que había hace diez días. Persisten las temperaturas y mal estado general, con pérdida de peso. Y se decide *intervenir*, lo que se hace el día 18. Colocación de sonda Petzer, con resección costal (octava), en parte posterior; salida de más de 100 c. c. de líquido fétido en el que se hallan estreptococos.

Curso postoperatorio normal, mejorando en días sucesivos. El enfermo, a la hora de escribir estas líneas, sigue en tratamiento.

Acompañamos una gráfica en que se consignan temperaturas, datos de tratamiento y otros dignos de mención.

De todo lo anteriormente expuesto se pueden subrayar las siguientes particularidades y hacer las siguientes deducciones:

A) Varias fases: 1.ª, neumonía; 2.ª, erupción de escarlatina; 3.ª, nueva neumonía; 4.ª, primer empiema; 5.ª segundo empiema, o, mejor, otro empiema mal e incompletamente comunicado con el anteriormente abierto; posteriormente la comunicación ha sido insuficiente y transitoria.

B) Pluralidad o asociación de gérmenes: neumococo (neumonía), estreptococo (escarlatina, neumonía), *catharralis*. Correspondiendo a ella, mayor gravedad. La intervención del estreptococo podría explicar la sulfamidoresistencia (relativa, posiblemente, por no sulfamidoresistencia de uno de los gérmenes, el neumococo). El papel del *catharralis* es difícil de valorar.

C) Mayor gravedad, correspondiente no sólo a la pluridad o asociación de gérmenes, sino también al hecho de ser los empiemas metaneumónicos.

D) Existencia de septicemia (o de sépticopioemia) apoyada por la sucesión de localizaciones y favorecida por la clase de gérmenes.

E) La incomunicación, al principio, de las cavidades de empiema; posteriormente, la comunicación establecida ha sido insuficiente e inconstante, transitoria; aunque, en algunos momentos haya podido influir en el curso, en estos momentos aparentemente favorable (sólo temporalmente), lo que invalidaría, por lo menos en parte, el resultado, también aparentemente favorable, de la penicilina local si en este caso se hubiese podido prescindir de la segunda pleurotomía. Hay que tener en cuenta que las aparentes mejorías han coincidido con los momentos en que se ha establecido una cierta comunicación entre las dos cavidades.

F) La no absorción pleural, confirmando las ideas de autores como GOFREY y SCOT, y RAMMELKAMP y KEEFER, lo que apoyaría el interés de la penicilina local, si no con otra utilidad, con la de esterilizar el líquido y cavidad pleurales, disminuyendo la virulencia de la infección y la tendencia a las recidivas, acortando el curso de la enfermedad y

reduciendo la supuración y la probabilidad de secuelas.

G) La esterilización del líquido purulento parecía en un principio apoyada por los exámenes de líquidos pleurales practicados antes y después de la primera inyección intrapleurale de penicilina, con hallazgo de los tres tipos de gérmenes citados al primer examen y negatividad a los siguientes; pero esta idea ha sido invalidada por el hallazgo, a la pleurotomía segunda, de líquido pútrido, con estreptococos. Era sólo una esterilización aparente.

H) La conveniencia de asociar la terapéutica local a la general por la penicilina, lo que vendría a combatir mejor la septicemia existente. En nuestro enfermo no se han dado más incidentes ni localizaciones.

I) Queda en pie la cuestión ardua de la posibilidad de prescindir de la cirugía: nuestra observación tampoco es favorable a esta idea; tanto más cuanto que, aun habiendo habido una comunicación parcial, incompleta e inconstante, pero comunicación al fin y al cabo, no se ha podido prescindir de la cirugía.

J) En nuestro enfermo, asimismo, y teniendo en cuenta que se trataba no de una experimentación sino de hacer lo posible para su curación, ha habido que procurar poner en práctica lo posible para evitar un neumotórax residual, por lo que, vistas las dificultades para variar, y que al repetir los intentos de extracción la cavidad de neumoma aumentaba, se ha procurado el cierre por supresión de la sonda Petzer, siendo el resultado no desfavorable. Aunque no se puede negar terminantemente (sin que pueda tampoco afirmarse) que al suprimir la sonda y, por ella, la salida inconstante, pero salida, al líquido del empiema que pudiéramos llamar "cerrado" (el segundo en abrir) ello haya influido desfavorablemente en el curso de éste; esto por lo que se refiere a la primera cavidad y primera sonda retirada; para la segunda, el resultado ha sido igualmente favorable (con la ventaja de que no dejáramos ninguna cavidad sin drenar); aunque ha quedado alguna ligera febrícula, la radioscopia ha demostrado repetidamente la ausencia de derrame.

SOBRE EL CURSO DE LA DIFTERIA FARÍNGEA LOCALIZADA, NO TRA- TADA CON SUEROTERAPIA. "DIFTE- RIA GANGLIONAR"

A. VIDAL ABASCAL

Beneficencia Municipal de Santander

Si nos atenemos a las descripciones clásicas, veremos que el curso de la difteria no tratada con sueroterapia, en los casos favorables, evoluciona en la siguiente forma: Las placas blanquecinas (seudomembranas) que recubren las amígdalas, aumentan