

RESUMÉ

On étudie l'effet de 100 mg. d'acide succinique sur le E C G de malades avec bronchite asthmaticque, au bout des 2-5 minutes de l'injection endoveineuse et à la suite d'un traitement maintenu pendant plusieurs jours, en observant dans les deux cas une élévation du voltage.

En considérant l'action de stabilisation de l'acide succinique sur les phénomènes de l'oxy-

dation cellulaire, on arrive à confirmer que quelques unes des anomalies du E C G des asthmatiques ont un caractère réversible et obéissent à l'apport insuffisant de l'O₂ nécessaire. L'administration de l'acide succinique, en obtenant une meilleure utilisation de l'O₂ détermine une amélioration du métabolisme cardiaque et par conséquent un effet bienfaisant sur les phases de l'activité bioélectrique, surtout des ventricules.

NOTAS CLINICAS

ENDOCARDITIS BACTERIANA SUBAGUDA

(Un nuevo caso donde el agente causal fué un *Gafkia tetrágeno*.)

P. DE LA BARREDA.

Jefe clínico. Servicio del Profesor JIMÉNEZ DÍAZ.
Hospital Provincial.

En la completa revisión que hicieron los doctores ARJONA y ALES¹ sobre el diagnóstico bacteriológico por el hemocultivo de las endocarditis en su aportación al symposium que en el año 1946 se llevó a cabo en estos Servicios del profesor JIMÉNEZ DÍAZ, se comentó y fué señalado, entre el grupo estudiado de 28 casos, uno, en el que el agente etiológico había sido un *Gafkia tetrágeno*. Esta posibilidad etiológica estaba ya señalada también en otros trabajos como los de LIPMAN² y JOUVÉ³. En nuestra literatura, revisiones o monografías más recientes sobre endocarditis bacterianas subagudas (TRÍAS DE BES, PEDRO Y PONS) recogen esta posibilidad etiológica, pero sin aportar nueva casuística personal.

Dado, por tanto, la escasez de la misma y el haber tenido ocasión de estudiar un caso nuevo, nos mueve a su publicación.

Resumen de historia clínica.—Se trata de una enferma de cuarenta y siete años, casada, de la provincia de Badajoz, que en agosto de 1947 comenzó a notar malestar general con cefalea frontal, astenia y sensación de calor. A los pocos días le pusieron el termómetro, confirmando que tenía fiebre. La fiebre fué elevándose poco a poco, pero con remisiones con sudoración profusa, y aunque en varios análisis los resultados eran negativos, la consideraron como palúdica, haciéndole un tratamiento con atepé y después con neo, a pesar de lo cual la fiebre persistía con carácter irregular; atribuyéndola entonces a una motivación focal de boca, extraen varias piezas careadas, en total 13 piezas, sin obtenerse

tampoco con ello ninguna mejoría. Después de cuatro meses de persistir la fiebre le pusieron penicilina, hasta un total de millón y medio, pero descendiendo ostensiblemente la temperatura sin llegar a desaparecer del todo, persistiendo así hasta hace unos veinte días, en que la fiebre se eleva de nuevo hasta 40°, prescribiéndole unas pastillas (sulfamidas ?) que hubo de interrumpir por un brote de eritema medicamentoso. La fase de fiebre alta, con algo de tos seca, le duró unos días, persistiendo luego la febrícula, ingresando en la Sala el 5 de marzo con unas décimas. Desde el comienzo de su enfermedad, anorexia, disnea de esfuerzo y palpitaciones; lo que come le cae bien; va bien de vientre. Menarquia a los catorce años: ciclo 28/5-6. Menopausia a los cuarenta y cinco. Desde entonces nota edemas maleolares vespertinos, que le desaparecían con el reposo en cama. De aparato respiratorio, urinario y nervioso, nada anormal. De antecedentes familiares, su padre falleció de afección hepática, su madre de anemia. De seis hermanos, viven cinco sanos: uno murió de accidente. Marido sano. Seis hijos, que viven sanos. Dos abortos de tres meses. De joven, dolores reumáticos de localización diversa, sin hinchazón ni fiebre. Nota los cambios de tiempo por estos dolores.

En la exploración se ve una enferma bien constituida, en buen estado de nutrición, piel y mucosas bien, chapeatas malares. En región cervical retroauricular derecha y en tercio anterior de ambos antebrazos y dorso de mano izquierda, eritema en regresión, no correspondiendo esto a la sintomatología de la arteriopatía periférica coendocárdica. Boca séptica: faltan muchas piezas. En amígdalas y faringe, nada anormal. Soplo sistólico, rudo en punta, que se propaga a todos los focos. Presiones arteriales: 10,5/6,5. Se palpa hígado tres traveses de dedo por debajo del reborde costal de consistencia blanda, algo dolorosa. Reflujo hepatoyugular muy marcado. Se percute y palpa bazo sin rebasar un través de dedo de reborde costal. Exploración neurológica negativa. Movilidad articular normal.

Laboratorio: Velocidad de sedimentación, 65,5 mm. de índice de dos horas; hematíes, 4.200.000; hemoglobina, 81 por 100; valor globular, 0,96; leucocitos, 6.800. De los cuales 60 neutrófilos, dos eosinófilos, 36 linfocitos y dos monocitos.

En orina de mezcla de veinticuatro horas, reacción alcalina: densidad 1/007. Indicios de albúmina. En sedimento, leucocitos aislados: 10 por campo y en alguna masa pequeña. Hematíes (uno por tres campos). Células epiteliales de vías bajas y algunos cristales de fosfato amónico magnésico. Repetido el análisis en orina por sondaje da reacción ácida, y en sedimento tres hematíes

por campo, cilindros hialinos, granulados, hialino granuloso e hialino hemático en proporciones similares entre sí de uno por tres campos; tres leucocitos por campo. Escasas células epiteliales, pavimentosas, y algunas de riñón aisladas y en placas. Urea en sangre, 0,38. Aglutinaciones a malta negativas.

Dos hemocultivos practicados en los días 8 y 16 de marzo, según la técnica de Schottmüller, por ARJONA y ALES, dan lugar al crecimiento del mismo germen en cantidad aproximada de ocho colonias por centímetro cúbico de sangre sembrada. El germen estudiado pertenece al género *Gaffia* (tetrágenos).

Determinado el poder bacteriostático de la penicilina frente a este germen aislado en el hemocultivo, dió una dosis de 0,016 por c. c. de caldo.

El ortodiagrama da una silueta aumentada con predominio de cavidades derechas, pero siendo evidente también aunque en grado pequeño, de ventrículo izquierdo. Espacio retrocardíaco, ocupado. Aorta, desplazada. El estudio del electrocardiograma da:

- I. D.—P positiva. Complejo QR. T positiva. ST descendido 0,5 mm. de concavidad hacia arriba.
- II. D.—P positiva. Complejo R. T positiva. ST descendido 1 mm. de concavidad hacia arriba.
- III. D.—P positiva. Complejo RS. T positiva.
aVR.—P negativa. Complejo QS. T negativa.
aVL.—P negativa. Complejo QR. T negativa. Punto J elevado.
aVF.—P positiva. Complejo RS. T positiva.
aVF.—P positiva. Complejo RS. T positiva. Imágenes especulares de aVL y aVF.
- V1.—P negativa. Complejo RS. T negativa.
- V2.—P positiva. Complejo RS. T positiva.
- V3.—P isoelectrica. Complejo RS. T positiva.
- V4.—Complejo R. T positiva. ST descendido.
- V5.—Igual.
- V6.—Complejo QR. T positiva. ST descendido.

Resumen: Corazón probablemente vertical, rotado de izquierda a derecha alrededor de su eje longitudinal.

El descenso de ST en II D sugiere la existencia de insuficiencia coronaria, que se hace más marcada en ventrículo izquierdo (puntos 4, 5 y 6 del precordio) por las mayores exigencias de este ventrículo. No puede excluirse, sin embargo, que se deba a sobrecarga incipiente del hipertrofico ventrículo izquierdo.

$$\begin{aligned} \text{AQRS} &= + 33^\circ \\ &+ 10,75 \text{ U. A.} \\ \text{AT} &= + 66^\circ \\ &+ 3,75 \text{ U. A.} \\ \text{Q} &= + 41^\circ \\ &+ 14 \text{ U. A.} \end{aligned}$$

(Doctores VARELA DE SELJAS y MACHADO MELIÁN.)

Durante los primeros días de observación y de estudio la febrícula oscilaba en grado variable hasta 37,8°, llegando algún día a 38,2°. Una vez confirmado el diagnóstico de tratarse de una endocarditis subaguda bacteriana con la sorpresa de que el agente causal hubiese sido un tetrágeno de muy buena sensibilidad al antibiótico, se inició el tratamiento con penicilina en dosis de 40.000 unidades cada tres horas sin interrupción durante veintinueve días. La mejoría de la enferma se inició muy pronto, quedando definitivamente afebrilada a los once días. Repetido el hemocultivo a los catorce días del tratamiento se hizo ya negativo, persistiendo esta negatividad en el último hemocultivo hecho quince días más tarde.

Todo el cuadro remitió, dándole el alta, a petición, en buena situación circulatoria de compensación, el 28 de abril. Las noticias posteriores hasta la fecha de escribir estas notas, julio de 1949, es de persistente curación, sin haber vuelto a tener fiebre ni ninguna molestia especial.

COMENTARIO.

La especificidad microbiana sostenida por SCHOTTMÜLLER y sus seguidores para la endocarditis bacteriana subaguda o endocarditis lenta se ha ido poco a poco desechando de la mente del médico, aunque todos reconozcan que el estreptococo viridans sigue representando el agente causal más frecuente; pero sabemos también que hay una variedad grande de otros gérmenes como agentes causales, y se va viendo cómo entre éstos, algunos se repiten, aunque su frecuencia siga siendo escasa, pero progresivamente se enriquecen estas casuísticas.

Recientemente hemos publicado con CENTENERA⁴ un caso en el que el agente etiológico fué un anaerobio, el estreptococo parvalus, con la particularidad clínica interesante de su probable punto de partida urológico y ser el primer caso curado con wicilina.

Este que publicamos ahora queda archivado como debido al tetrágeno, también curado con penicilina.

El que en un mismo curso hayamos podido publicar dos casos de endocarditis lenta de agente causal distinto y poco común, y sobre los cuales la literatura nacional es tan escasa, nos hace pensar que esto no puede tratarse solamente de una extraña y afortunada coincidencia nuestra, sino que casos similares han tenido que ser vistos por otros compañeros en nuestro país y que, por razones que desconozco, no han sido publicados. Entre éstos, conozco un caso del doctor VEGA DÍAZ⁵ en el que se cultivó un tetrágeno. Fué anterior a la era penicilínica y el enfermo falleció.

Considero, sin embargo, un grato deber, aunque el estudio de los casos aportados no sea completo y muy breves y fragmentarios sus comentarios clínicos, sacrificar la brillantez a la utilidad que pueda reportar el mejorar la casuística de todos. Esta finalidad aspira a disculpar lo breve e incompleto de esta nota.

RESUMEN.

Se presenta un caso de endocarditis bacteriana subaguda o endocarditis lenta en una enferma con lesión mitral reumática en la que el agente causal de la sepsis fué un *Gaffia* tetrágeno, lográndose la curación con penicilina. Se justifica la publicación dada la escasa bibliografía nacional sobre estos casos.

BIBLIOGRAFIA

1. ARJONA y ALES.—Rev. Clín. Esp., 22, 439, 1946.
2. LIPMAN, E. y FRIEDBERG, Ch. K. — Subacute Bacterial Endocarditis, Oxford Medical Publications, 1941.
3. JOUVE, A. X. — Les endocarditis malignes prolongées. Masson y Cie., 1936.
4. BARREDA y CENTENERA.—Rev. Clín. Esp., 32, 270, 1949.
5. VEGA DÍAZ.—Comunicación verbal.