

## Em torno de dois casos de Endocardite Estaphylococcica

.....

*Trabalho lido na Sociedade Arnaldo Vieira de  
Carvalho na seção do dia 6-10-925, pelo saudozo  
Oscar de Araujo Cintra.*

E' objecto de nossa comunicação dois casos de endocardite infecciosa, ou mais precisamente, de cardio-valvulite aguda maligna, cujo causador é o estaphylococcus aureus.

### OBSERVAÇÃO I

Trata-se de I. C., hespanhol, trabalhador rural, de côr branca, com 48 annos de idade, casado, procedente de Araçatuba, admittido na 3.<sup>a</sup> Clinica Medica de Homens da Santa Casa em 27 de Março deste anno.

Os antecedentes familiares são nullos.

Como antecedentes pessoas conta, sem precisar bem o tempo, que de uma feita foi atacado de uma forte angina, acompanhada de febre, durando ella 4 dias. Ha doze annos teve uma pneumonia, ficando por essa occasião 6 dias de cama com pontadas de lado e febre. Diz que quando trabalhava tinha dores nas articulações do punho, sem inchação das mesmas. Nunca teve maleita, assim como nega todo e qualquer passado venero-syphilitico. Nunca fumou, gosta muito de café, de que se serve diariamente, d'elle sorvendo uma caneca por dia. Ha 4 mezes que não bebe, antes d'isto porém, um litro de pinga durava para elle 15 dias.

### HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL

Ha 4 mezes começou ella, com conceira e muita tosse. A cãceira foi peiorando, apparecendo depois uma "batedeira" (sic) no epigastrio e inchação nas pernas. Procurou um medico que lhe receitou um remedio, mas não obteve melhora alguma. A "batedeira", que o nosso doente sente e localiza no epigastrio, é muito forte e peiora com o menor esforço.

Sente dispnéa desde o inicio da molestia; a principio ainda podia andar um pouco; hoje, isto é, no momento em que o examinámos (24 — Março), não pode nem mexer-se na cama, porque cansa-se demasiado; nem deitar-se pode, ficando constantemente sentado.

Sente dôr na “bocca do estomago” (sic), dôr esta constrictiva, augmentando com o menor esforço. Tosse muito, tendo expectoração amarellada. Não nos foi possível obter informação precisa sobre a existencia de nocturias.

O edema dos membros inferiores, que melhorava a principio com repouso, hoje é permanente.

Este é o seu primeiro accesso. A sua capacidade para o trabalho é nulla, apresentando incapacidade absoluta. Ignora o tratamento anterior.

### EXAME GERAL

Individuo mesosthenico, de regular nutrição, posição orthopneica, com dyspnéa muito accentuada (35 respirações por minuto), labios cyanoticos, conjunctivas descoradas, pupillas eguaes e reagindo á luz, dentes bons, mas, mal conservados; amydalas normaes; ganglios inguinaes e axillares. Pés e mãos frios. Edema accentuado dos membros inferiores. Unhas hyppocraticas; com febre, intermittente conforme o demonstra a curva thermica, que vos trago. Veias do pescoço, turgidas, mesmo na posição em pé; carotidas pulsando, com sopro systolico; sub-clavias elevadas, pulsando e com sopro systolico e fremito; crossa da aorta palpavel na furcula esternal, deixando perceber um fremito systolico. Choque da ponta no 5.º espaço intercostal, a 3 cms. para fóra da linha mamillar, fremito systolico na ponta, no decupito lateral esquerdo.

No segundo intercosto esquerdo sente-se um fremito continuo, com reforço systolico e diastolico; nesse mesmo ponto, sente-se a segunda bulha pulmonar. Aquelle fremito continuo tambem é percebido no terceiro e quarto espaços intercostaes, na linha paraesternal, parecendo systolico, com reforço pré-systolico.

As pulsações são rythmicas, batendo o coração 110 vezes por minuto.

*Percussão cardiacas* Pela percussão notámos a area cardiaca muito augmentada, sendo os seus diversos diametros os seguintes:

D	LM	E
	1 c	
3,0	11 c	4,0
3,5	111 c	7,0
4,0	1v c	10,5
5,5	v c	12,0
	VI c	11,5

Medindo, como vêdes, o diametro transverso maximo: 17,5.

A radiographia não foi possivel ser tirada, devido ao máo estado geral, apresentado pelo nosso doente.

*Ausculta* — Fóco aortico: duplo sopro, sendo o diastolico de propagação para o appendice syphoide; o systolico para a clavícula direita.

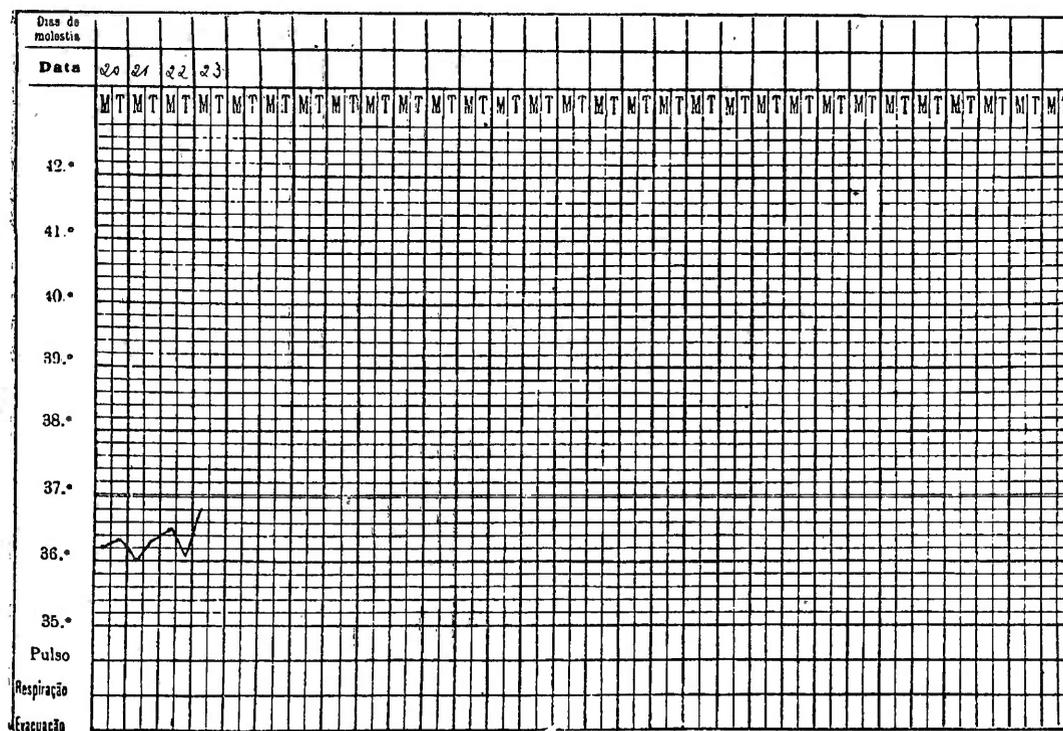


Figura N. 1

Fóco pulmonar: primeira bulha fraca e segunda muito accentuada.

Fóco tricuspide: sopro systolico e segunda bulha accentuada.

Fóco mitral: sopro systolico, com prorrogação para a axilla, e segunda bulha forte.

Ouve-se ainda, no quarto intercosto esquerdo, na linha mamillar: um ruflar diastolico, com reforço pré-systolico.

Pulso rythmico, cheio e tenso, batendo 110 vezes por minuto.

Pulso de Corrigan. Arterias humeraes endurecidas.

### APPARELHO RESPIRATORIO

Sub-massicez nas duas bazas. Estertores sub-crepitantes de medias bolhas.

ABDOMEM: ascite, com massicez movel nos flancos.

*Figado*: duro, doloroso. Pela percussão, a massicez hepatica mede 14 cms. na linha mamillar.

*Baço*: percutivel, palpavel, duro.

### EXAMES DE LABORATORIO REQUERIDOS:

*Urina* — albumina: grande quantidade.

assucar: não ha.

Globulos de pús: numerosos.

Hematias: não ha.

Cylindros: hyalinos e granulosos.

*Sangue* — R. de Wassermann: + +

Uréa: não foi pesquisada.

*DIAGNOSTICO*: Syphilis-arterio-esclerose — Dupla lesão aortica. Insufficiencia mitral.

Além disso, o doente queixando-se de reumathismo, sem que houvesse inchação de suas articulações; apresentando o mesmo no quarto dia de permanencia em nosso serviço, com centro claro; tendo baço augmentado de volume sem que houvesse tido anteriormente paludismo; apresentando-se anemico e febril, suspeitámos de um caso de endocardite lenta (entendendo-se por endocardite lenta, toda aquella, cujo agente pathogenico ou é o estreptococcus viridans ou é o bac. influenza).

Para esclarecermos devidamente o caso, recorreremos ao auxilio do Dr. Carvalho Lima, M. D. Director do Instituto Bacteriologico de S..

Paulo, que, retirando o sangue do nosso examinado, em 4 de Abril, para a divida hemocultura, viu, 3 dias após, perfeitamente confirmada a nossa suposição. Tratava-se evidentemente de uma endocardite, cujo causador a hemocultura denunciava ser o estaphylococcus aureus, que o illustre analysta affirma não ser de contaminação.

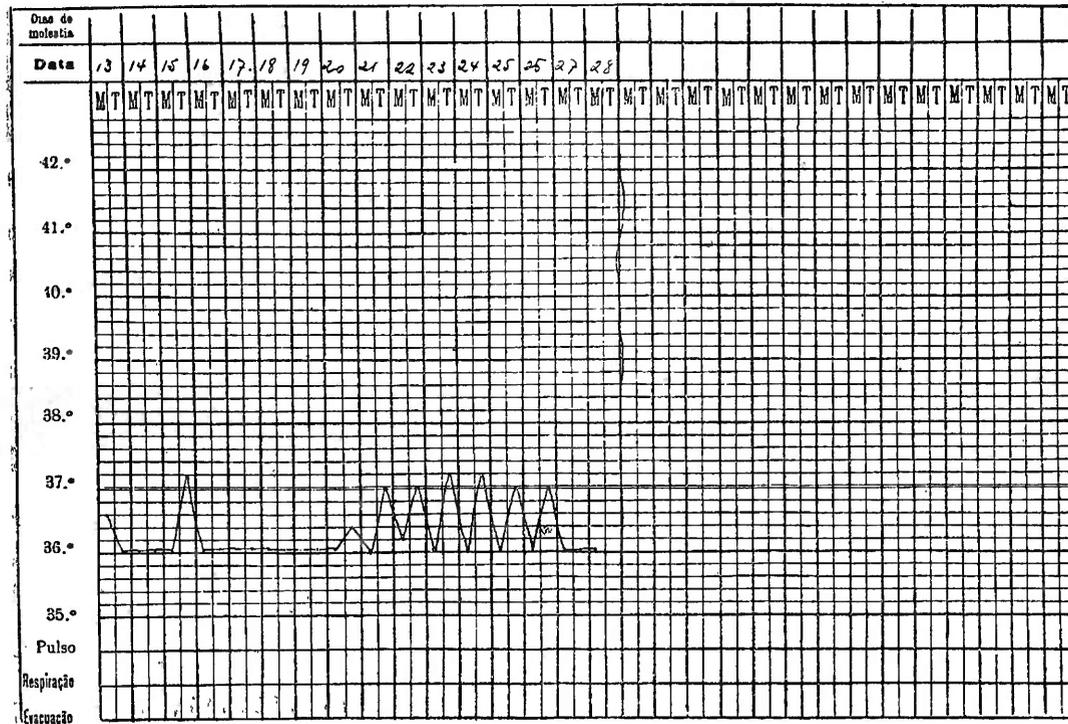


Figura N. 2

## OBSERVAÇÃO II

Trata-se de um menino internado na Clinica Pediatrica da Santa Casa.

J. M., brasileiro, côr branca, com 9 e 1|2 anos de idade, procedente desta Capital, admittido no serviço em 21 de Março deste anno.

O pae, que sempre foi sadio, falleceu ha 4 mezes, victimado por febre typhoide. — A mãe é forte; não teve aborto. — Nada de interessante para o lado dos avós do doente.

O doentinho, que é o terceiro filho do casal, foi tirado a ferro, 15 dias antes do termo, devido á eclampsia da mãe.

Soffreu de ataques durante 2 ou 3 dias. Foi sempre doentio até aos 6 mezes devido ao facto de não poder ser amamentado pela mãe.

Até esse tempo foi sujeito á amamentação mixta — leite da ama, leite de vacca com agua; a partir de 6 mezes tomou mingau de farinha lactea ,maizena e araruta.

Dentição: incisivo mediano inferior aos 7 mezes. Primeiras palavras com 1 anno. Começou a andar com um anno e meio. Teve coqueluche, sarampo. No começo deste anno teve amarellão e febre typhoide.

Ha dois annos que está doente. No começo teve ancylostomiase, de que se achava em tratamento, quando foi acommettido de febre typhoide, que o deixou bastante enfraquecido, tendo por essa occasião o seu primeiro accesso, semelhante em tudo ao presente.

EXAME GERAL: doentinho pallido, pouco nutrido, paniculo adiposo pouco desenvolvido. Amygdalas crescidas; ganglios cervicaes e inguinaes infarctados, não dolorosos. Algumas petechias na parede anterior do abdome.

A posição em decubito lhe é um tanto penosa, razão pela qual fica sempre sentado. Apresenta-se febril e, conforme o prova a sua curva thermica, o typo da febre é intermittente. (n.º 1).

Pulso pequeno, filiforme, com 102 pulsações por minuto.

APPARELHO RESPIRATORIO — thorax um tanto emphysematoso. Respiração um pouco rude, com raros estertores subcrepitanes medios. Pequeno derrame nas duas bases.

APPARELHO CIRCULATORIO — Ictus cordis no quarto espaço intercostal, ao nivel da linha mamillar, um tanto diffuso. Nota-se grande augmento de area cardiaca, conforme vêdes pela copia da radiographia que vos apresento.

Sopro systolico na ponta, rude, propagando-se para o dorso e acompanhado de fremito bem nítido. Ouvem-se alguns attritos, e as bulhas estão abafadas. Pulso pequeno, com 102 pulsações por minuto.

APPARELHO DIGESTIVO — appetite diminuto. Fígado medindo 8 cms. na linha mamillar: Prisão de ventre. Baço augmentado de volume.

#### EXAMES DE LABORATORIO

Urina (praticado em 24-3-925):

albumina — não ha.  
Assucar — „ „  
Acetona — „ „



A 5 de Julho deste anno, com seu novo accesso, á Santa Casa aportou. Desta ultima vez só permaneceu no serviço 7 dias, vindo a fallecer no dia 11. (curva thermica n.º 4).

Pela continua febre, por assim dizer, que vinhamos observando em nosso doentinho, solicitámos desta ultima vez o auxilio do Dr. Carvalho Lima, que retirou o sangue do nosso examinado e dias após nos enviou o resultado do exame: a hemocultura déra resultado positivo com respeito ao estaphylococcus aureus. O sangue fôra retirado durante o surto febril e com todos os rigores de asepsia.

---

Eis senhores as duas observações que vos apresento, para com-vosco trocar idéas sobre uma molestia, que uma vez assestada sobre o humano ser, levanta sobre este a espada de Damocles, que inutilmente é detida pela desarmada mão da therapeutica medica.

Das endocardites bacteirae, é, esta, a endocardite estaphylococcica a mais rara, não ha duvida. E aqui está a razão unica de ser desta communicação.

Que é a mais rara ahi estão varias estatisticas para o comprovar. Limitarme-hei a transcrever a de Horder, encontrada no ultimo livro do prof. Miguel Couto. —Aquelle autor dá para 40 casos observados, com hemocultura positiva, 1 apenas produzida por estaphylococcus, ao passo que 26 eram pelo estreptococcus viridans de Shottmüller, 5 pelo pneumococcus, 2 pelo gonococcus, 5 pelo Bac. — influenza e 1 por germe não classificado.

Vede como essas proporções são notaveis, principalmente com respeito ao estreptococcus mitis. E de facto, é este o maior causador de endocardite maligna e tanto este facto é notorio, que já provocou de um autor, a exclamação de que “a endocardite maligna devida ao estreptococcus viridans tende a conquistar, no grupo das endocardites malignas, o lugar que occupa a meningite cerebro espinhal meningococcica no grupo das meningites cerebro-espinhaes”.

Infelizmente não vos pude trazer as peças anatomicas, que seriam deveras interessantes, e que illustrariam bastante os casos.

---

A endocardite, vós o sabeis, é sempre o resultado da localização sobre o endocardio de uma infecção, cujo ponto de partida é variavel. E' a doença das mil manifestações, na phrase do Prof. Miguel Couto.



As endocardites, segundo Libmann, se classificam em:

- a) syphiliticas
- b) rheumaticas
- c) infecciosas
- d) indeterminadas.

Para Libmann, as rheumaticas são as mais communs, sendo caracterizadas anatomopatologicamente pelos corpusculos de Aschoff-Swift.

Seguem-se em frequencia, as endocardites syphiliticas, em que se encontram lesões syphiliticas na aorta.

As endocardites indeterminadas, para Libmann, se dividem em 2 grandes sub-classes: a) forma atypica de endocardite verrucosa.

- b) Casos usualmente descriptos como terminaes.

Scientificamente, só nos casos, em que os corpusculos de Aschoff-Swift. estão presentes é que podemos affirmar que as endocardites são de uma natureza rheumatica. Ha casos typicos que, clinicamente diagnosticados de febre rheumatica, não apresentam corpusculos de Aschoff-Swift. Por outro lado, não podemos dizer que, todos aquelles casos que não apresentam corpusculos de Aschoff-Swift não sejam rheumaticas.

Pois é nesses casos, que dizemos que a endocardite é indeterminada.

As formas atypicas de endocardite verrucosa nunca tiveram cultura positiva, e na autopsia se encontram verrugas, de natureza desconhecida e com localização valvular e mural.

As indeterminadas terminaes são aquellas que, durante o periodo terminal duma molestia debilitante, evoluem silenciosamente, sem se manifestar por signal algum. Não ha signaes clinicos; a hemocultura é negativa; e no entanto se encontram lesões na autopsia.

As infecciosas — e é a este grupo que pertencem os casos que fazem objecto de nossa comunicação, se subdividem em:

- a) agudas
- b) sub-agudas ou lentas.

As segundas são produzidas, 95 % dos casos, pelo estreptococcus viridans, e 5 % pelo bac. influenza. As endocardites agudas du-



doentes — numa epocha em que não apresentassem os signaes de endocardite agora encontrados

Mas podemos fazer um diagnostico de probabilidade.

*No primeiro caso*, I. C. não teve em seu passado morbi do rheumatismo poly-articular agudo; precisamos lembrar-nos ainda que o doente é um syphilitico .

Ha aqui tres hypotheses a considerar:

a) o processo localizado na aorta é de natureza luetica, e o processo estaphylococcico se asseta na valvula bicuspidé;

b) o processo bacterial se asestou num “locus minoris resistentiae” — lá onde o processo syphilitico já existia — o que é mais provavel no nosso modo de vêr.

c) a endocardite se acha no orificio aortico, sem existencia de processo syphilitico algum.

Devo accrescentar porém, que tudo isto não passa de meras hypotheses, pois, scientificamente nada de positivo podemos affirmar.

*No segundo caso*, não titubeamos em localizar o processo infeccioso no orificio mitral.

Poderíamos ainda occupar a vossa attenção, em fazendo considerações sobre endocardite estaphylococcica em geral, mas não foi esse o nosso intento ao fazer-vos a presente communicação.

Desejava apenas dar-vos a conhecer estes dois casos de endocardite estaphylococcica, e unicamente sobre elles fazer as minhas considerações.

## LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA E BIOLOGIA CLINICAS

ANALYSES EM GERAL - VACCINOTHERAPIA

Dr. Oscar M. de Barros

Dr. Mendonça Cortez

RUA DIREITA, 35 - 1.º

Telephone: Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO