

MENINGOENCEFALITE

Dados clínicos, bacteriológicos e terapêuticos em 351 casos *

JOAQUIM CAETANO DE ALMEIDA NETTO ** CLEOMENES REIS ***
JOSÉ VIEIRA FILHO **** MARIO DINIZ ***** LÉLIO LEONARDO
ARAÚJO ***** MOHAMAD NADER M. KOLELAT *****

RESUMO

Os autores apresentam sua experiência em 351 casos de meningoencefalite, objetivando mostrar as etiologias mais frequentes e os resultados terapêuticos alcançados com a associação Penicilina G Sulfadiazina — Cloranfenicol e com as penicilinas semi-sintéticas de amplo espectro. Apresentam uma classificação sindrômica do quadro neurológico em correlação com o tempo de doença até a internação e a evolução clínica. As meningoencefalites contribuíram com 21,26% da casuística do hospital sendo que as bacterianas agudas ocorreram em 48,14% do total, asséptica (viral e indeterminada) em 46,72% e tuberculosa em 5,09%. No grupo bacteriano agudo, o meningococo foi responsável por 56,1% dos casos, o estafilococo por 14,47%, o pneumococo por 11,34% e o bacilo de Pfeiffer por 5,46%. *Proteus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella* e *Streptococos* ocorreram em menos de 8% do grupo

bacteriano. Síndrome meningea pura foi observada com maior frequência nos pacientes com menos de dois dias de doença que evoluíram muito mais favoravelmente que aqueles com sinais de comprometimento encefálico ou medular. A mortalidade hospitalar nos pacientes tratados com a associação penicilina G — sulfa — cloranfenicol, em 79 casos, foi de 25,32%, com a epencilina em 36 casos, foi de 16,66% e com a ampicilina em 54 casos, 14,82%. Concluem que o meningococo é o agente etiológico mais importante de meningoencefalite em Goiás, que a terapia inicial única com penicilina de amplo espectro é superior àquela com a associação penicilina G — sulfadiazina — cloranfenicol, e que uma classificação sindrômica do quadro neurológico traz subsídios importantes para avaliação prognóstica.

INTRODUÇÃO

As meningoencefalites constituem uma emergência clínica e,

* Trabalho dos Departamentos de Medicina Tropical e Microbiologia do Instituto de Patologia Tropical da UFGO, em convênio com o Hospital "Oswaldo Cruz" da Organização de Saúde do Estado de Goiás.

** Professor Adjunto do Departamento de Medicina Tropical, Chefe da Disciplina Moléstias Infecciosas e Diretor do Hospital.

*** Professor Adjunto do Departamento de Microbiologia

**** Professor Adjunto do Departamento de Medicina Tropical

***** Professor Assistente do Departamento de Microbiologia

***** Residente do Departamento de Medicina Tropical

***** Residente do Departamento de Microbiologia

apesar da disponibilidade de antibióticos de baixa toxicidade muito ativos sobre a quase totalidade dos agentes bacterianos de infecções do sistema nervoso central, representam ainda uma problemática terapêutica para os Hospitais de Moléstias Infecciosas. Tal fato decorre principalmente, do uso indiscriminado de antibióticos ante a simples suspeita de doença infecciosa e até mesmo de estado febril. Este emprego abusivo de antibióticoterapia, infelizmente muito arraigado não só no meio médico mas até mesmo nos leigos, além dos inconvenientes de interferir com o flora normal da árvore respiratória e do tubo digestivo, eliminando os microorganismos mais sensíveis e de induzir ao fenômeno da resistência bacteriana, no caso particular das meningites bacterianas agudas, muitas vezes mascara o quadro clínico inicial, principalmente em crianças, o que pode trazer dificuldades para o diagnóstico e obviamente, retardar a terapêutica adequada.

Levando-se em conta o fato de não dispormos de meios profiláticos eficazes e práticos para as meningites bacterianas agudas, este grupo etiológico se avulta em importância, no que se refere ao tratamento curativo.

Assim pensando os autores apresentam a sua experiência com 351 casos de meningoencefalites em geral, estudados no Hospital "Oswaldo Cruz" da Organização de Saúde do Estado de Goiás, em convênio com os Departamentos de Medi-

cina Tropical e Microbiologia do Instituto de Patologia Tropical da UFGO, objetivando mostrar as etiologias mais frequentes, comparar os resultados terapêuticos alcançados com a clássica associação Penicilina-sulfa-cloranfenicol, com os obtidos com as penicilinas semi-sintéticas de amplo espectro bem como estudar a correlação entre o quadro clínico da admissão, tempo de doença e grupos etiológicos, com a evolução clínica da doença.

MATERIAL E MÉTODO

De um total de 380 prontuários de pacientes encaminhados ao Hospital no período de outubro de 1970 a setembro de 1972, com o diagnóstico de meningite, encefalite e meningoencefalite, foram selecionados 351 prontuários de pacientes que se submeteram à punção lombar no hospital e uma rotina de exame do Líquido Cefalorraquidiano (L.C.R.) incluindo pelo menos, bacterioscopia, citometria, dosagem de proteínas e glicose.

Do total de 351 amostras de L.C.R. colhidos no máximo até 24 horas após internação, 208 foram estudados no Departamento de Microbiologia do I.P.T. segundo uma rotina bacteriológica incluindo cultura de Tioglicolato de sódio (meio de Brewer), agar-sangue e agar-sangue chocolate sendo que no último caso (agar-sangue chocolate) as placas eram colocadas em aeró e anaeróbiose. Quando a bacterioscopia mostrava bastonetes G (—) era empre-

gado o meio MacConkey e Levine e para os casos de liquor claro, o meio de Loewenstein-Jensen e Agar Sabouraud. As bacterioscopia foram feitas através dos métodos de coloração de Gram e Ziehl-Nielsen bem como pesquisas entre lâmina e lamínula em campo escuro nos casos de liquor claro.

Em 143 pacientes a investigação bacteriológica foi feita mediante apenas bacterioscopia pelos métodos de Gram e Ziehl-Nielsen na seção de bacteriologia do Laboratório Central da Osego.

Foi estabelecida uma classificação sindrômica do quadro neurológico apresentado pelos pacientes com vistas a uma correlação do mesmo com a resposta terapêutica e o tempo de doença até a admissão.

Síndrome-meningea — Sinais de irritação meníngea (rigidez de nuca, sinais de Kernig, Brudzinski Lassege e variantes) com leve comprometimento do estado de consciência (torpor, obnubilação mental, estado confusional e agitação psicomotora) sem depressão importante do sensorio, sem sinais de localização e de comprometimento das funções vegetativas.

Síndrome encefálica — Coma profundo (completo estado de inconsciência e hipotonia muscular generalizada) ou comprometimento variável do estado de consciência, mais sinais de localização (paralisias, movimentos oculares, desvio dos olhos e da cabeça, flexão, extensão ou torção mantida dos membros e crises convul-

sivas frequentes e localizadas) e ou depressão importante do sensorio e das funções vegetativas.

Síndrome meningoencefálica — Sinais de irritação meníngea e de comprometimento encefálico, conforme descritos acima.

Síndrome meningomiélica — Sinais de irritação meníngea mais sinais de lesão medular (paralisias flácidas de membros com ou sem comprometimento da sensibilidade e incontinência esfinteriana).

Síndrome encefalomielítica — Sinais de comprometimento encefálico na fase aguda e de lesão medular concomitante ou fase tardia.

A terapêutica antibacteriana inicial uma vez estabelecido o diagnóstico de meningite bacteriana aguda foi feita na quase totalidade dos casos até dezembro de 1971, com a associação Penicilina G — Sulfa — Cloranfenicol e a partir de janeiro de 1972 foi usado de rotina a terapêutica única com uma penicilina semi-sintética de amplo espectro (ampicilina ou epicilina), à exceção das meningites de recém nascidos que foram tratados com Ampicilina + Kanamicina ou Ampicilina + gentamicina. As doses empregadas nas 24 horas foram as seguintes: Penicilina G Cristalina Potássica de 0,5 a 2 milhões u/Kg peso, via endovenosa; Sulfadiazina 150 a 200mg/Kg peso, via oral; Cloranfenicol 75 a 100 mg/Kg peso, via endovenosa; Ampicilina e Epicilina 150 a 200 mg/Kg peso, via endovenosa; Kanamicina 10 a 15 mg/Kg peso, via intramuscular e Gentamicina

0,3 a 0,5 mg/Kg peso, intramuscular.

Nos casos com evolução clínica insatisfatória até 96 horas após início da terapêutica e naqueles em que se identificaram bactérias usualmente resistentes às penicilinas acima (*S. aureus*, *Proteus*, *Klebsiella* e *Pseudomonas*) foi utilizado Oxalina ou Gentamicina.

RESULTADO

O exame da tabela I mostra que de um total de 1.646 doentes encaminhados ao Hospital "Oswaldo Cruz", no período em estudo, 418 foram como sendo portadores de meningite e que

destes 351 tiveram o diagnóstico confirmado como base em dados clínicos e laboratoriais. Desta forma as meningites representam 351/1.646 da casuística ou seja 21,26%.

Com bases nos dados bacteriológicos, citológicos e bioquímicos do L.C.R., diagnóstico de meningite bacteriana aguda foi feito em 169 (48,14%), tuberculosa em 18 (5,09%) e asséptica (viral e indeterminada) em 164 (46,72%), tabela II.

Quanto aos agentes etiológicos bacterianos, (tabela III) verificamos que sua identificação foi conseguida em 141 casos e que o meningococo foi responsável por mais de 50% das meningites bac-

TABELA I

OCORRÊNCIA DE MENINGITES NO HOSPITAL "OSWALDO CRUZ" DA OSEGO NO PERÍODO DE OUTUBRO DE 1970 A SETEMBRO DE 1972

Total de pacientes encaminhados com doenças infecciosas	1.646
Total de pacientes encaminhados como portadores de Meningite	418
Não confirmados	77
Pneumonia c/ insuficiência respiratória e coma	8
Coma pós convulsivo por disritmia	5
Desidratação hipertônica	5
Encefalopatia pós coqueluche	4
Abaulamento da fontanela por ação medicamentosa	3
Super-hidratação	3
Acidente vascular cerebral	2
Tumor cerebral	2
Tétano	2
Coma palustre	2
Intoxicação exógena	2
Não esclarecidos	39
Confirmados clínica e laboratorialmente	351
Bacterianas agudas	169
Asépticas (viróticas e indeterminadas)	164
Tuberculosa	18

TABELA II

DIAGNÓSTICO CLÍNICO-LABORATORIAL DE MENINGITES NO HOSPITAL "OSWALDO CRUZ" (10/1970 A 09/1972) EM 351 CASOS

Diagnósticos	N.º casos	%
Meningites Bacterianas agudas	169	48,14
Cultura	76	
Bacterioscopia	57	
Perfil celular e bioquímico do L.C.R.	34	
Meningite Tuberculosa	18	5,09
Cultura	5	
Bacterioscopia	3	
Perfil celular e bioquímico do L.C.R.	10	
Meningite aséptica (viral e indeterminada)	164	46,72
Perfil celular e bioquímico do L.C.R. e cultura negativos	164	

terianas em nosso meio, seguindo, em frequência, o Pneumococo e Estafilococo. Já o bacilo de Pfeiffer, juntamente com o bacilo Koch, foram responsáveis por pouco mais de 5% dos nossos casos. Os demais agentes etiológicos ocorreram, em seu conjunto, em menos de 10% das meningites em pauta. Ressalta, portanto, na referida tabela, o fato dos cocos G(+) e G(-) serem responsáveis por mais de 80% da casuística de meningite bacteriana.

Na tabela IV observamos que as crianças contribuíram com cerca de 80% dos casos sendo os grupos etários mais atingidos. Entre os adultos, a doença foi mais frequente nos jovens mostrando-se, por outro lado,

rara nos grupos etários extremos (recem nascidos e velhos), Ainda, quanto ao grupo etário, verificamos que a evolução clínica foi extremamente desfavorável nos velhos e nos recém nascidos, mostrando-se melhor nas crianças maiores e nos adultos jovens.

Na Tabela V, apresentamos a evolução clínica da casuística relacionada aos grupos etiológicos. Verificamos que destes e de etiologia indeterminada (viral e outra) concorreu com maior percentual de mortalidade.

No que se refere ao quadro neurológico observado durante a internação, constatamos, na Tabela V, que a síndrome menigeia foi a mais frequente, ocorrendo isoladamente em cerca de 60% dos pacientes, associada a sinais

TABELA III

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE ETIOLÓGICO EM 141 CASOS DE MENINGITES BACTERIANAS MEDIANTE CULTURA E BACTERIOSCOPIA DO LCR (HOSPITAL "OSWALDO CRUZ" — QSEGO, 10/1970 A 09/1972)

Cultura	N.º Casos	%	Bacterioscopia	N.º Casos	%
N. meningitis	37	26,00	Diplococos G —	42	29,50
D. pneumoniae	11	7,80	Diplococos G(+)	5	3,50
S. aureus	11	7,80	Cocos G (+)	8	6,50
H. influenzae	5	3,50	Bastonetes G (—)	3	2,00
M. tuberculosis	5	3,50	B a a r	3	2,00
P. mirabilis	2	1,40	Bacilos G (—) e cocos G (+)	2	1,50
P. aeruginosa	2	1,40	Cocos G (+) e bastonetes G (—)	1	0,75
Streptococcus sp	1	0,70	Diplococos G (—) e cocos G (+)	1	0,75
Klebsiella sp	1	0,70			
B. tetragena	1	0,70			
T O T A I S	76	53,50		65	46,50

TABELA IV

EVOLUÇÃO CLÍNICA EM 351 CASOS DE MENINGOENCEFALITES SEGUNDO OS GRUPOS ETÁRIOS (H. "OSWALDO CRUZ"
— OSEGO DE 10/70 A 09/72

Grupos Etários	N.º casos	%	Cura	%	Sequela	%	Óbito c/—48hs.	%	Óbito c/+48hs.	%
Até 30 dias	9	2,56	1	11,11	1	1,11	3	33,33	4	44,44
De 1 a 11 meses	139	39,60	73	52,51	13	9,35	10	7,19	43	30,93
De 1 a 5 anos	78	22,22	54	69,23	5	6,41	4	5,12	15	19,23
De 6 a 15 anos	55	16,40	40	72,72	3	5,45	3	5,45	9	16,36
De 16 a 25 anos	47	13,50	36	76,59	3	6,38	2	4,25	6	12,76
De 26 a 50 anos	18	5,14	10	61,11	2	11,11	2	11,11	4	22,22
Mais de 50 anos	5	1,98	2	40,00	0	0	1	20,00	2	40,00
	351	100%	216	61,5%	27	7,7%	25	7,1%	83	23,7%

TABELA V

EVOLUÇÃO CLÍNICA DE 351 CASOS DE MENINGOENCEFALITES E OS GRUPOS ETIOLÓGICOS (H. "OSWALDO CRUZ" — OSEGO — 09/70 a 09/72)

Evolução Clínica	M. Bacterianas agudas		M. Etiologia indeterminada		M. Tuberculosa	
	N.º Casos	%	N.º Casos	%	N.º Casos	%
Cura	110	65,0	97	59,2	9	50,0
Sequelas	8	4,7	15	9,2	4	2,8
Óbito c/ — 48 hs.	17	10,1	8	4,8	—	—
Óbito c/ + 48 hs.	34	20,2	44	26,8	5	27,8
Totais	169	100	164	100	18	100

TABELA VI

CORRELAÇÃO DAS SINDROMES NEUROLÓGICAS OBSERVADAS EM 315 CASOS DE MENINGITES COM A EVOLUÇÃO CLÍNICA (H. "OSWALDO CRUZ" - OSEGO - 10/70 A 09/72)

Evolução Clínica Síndromes neurológicas	Cura		Sequelas		Óbitos		Totais
	N.º casos	%	N.º casos	%	N.º casos	%	
Meningite	166	79,42	6	2,87	37	17,70	209
Meningoencefalítica	36	39,55	8	8,79	47	51,64	91
Encefalítica	3	33,33	2	22,22	4	44,44	9
Meningomielítica	0	0	8	72,72	3	27,27	11
Encefalomielítica	0	0	3	42,85	4	57,14	7
Não classificados	11	95,83	0	0	13	54,16	24
TOTAIS	216	—	27	—	108	—	351

TABELA VII

CORRELAÇÃO DO QUADRO NEUROLÓGICO COM O TEMPO DE DOENÇA E A EVOLUÇÃO CLÍNICA EM 351 CASOS DE MENINGOENCEFALITES (H. "OSWALDO CRUZ" — OSEGO — DE 10/70 A 09/72).

Quadro neurológico	Tempo de doença / Evolução Clínica								
	A té 2 dias			Mais de 2 a 5 dias			Mais de 5 dias		
	C	S	O	C	S	O	C	S	O
Meningite	62	1	5	57	2	19	47	3	13
Meningoencefalite	9	1	10	8	3	15	19	4	22
Encefalite	2	0	1	1	1	2	0	1	0
Meningoencefalite	0	2	1	0	3	1	0	3	1
Encefalomielite	0	0	0	0	1	2	0	2	2
Não classificado	4	0	6	5	0	5	2	0	2
Totais	77/105	4/105	24/105	71/124	10/124	44/124	68/120	13/120	40/120
%	73,33	3,80	22,85	57,25	8,06	35,48	56,66	10,83	33,33

TABELA VIII

MENINGOENCEFALITES BACTERIANAS

Resposta terapêutica com a associação P.G.C. + Cloranfenicol + Sulfa em 79 casos.

Bacterias	N.º Casos	Cura	Seq.	Óbito + 48hs.	Óbito — 48hs.
Meningococos	15	10	—	2	3
Pneumococo	5	3	—	2	—
Estafilococo	6	4	—	2	—
Haemophyllus	1	—	1	—	—
Bast. G (+) não identificado	1	—	—	1	—
Total isolado em cultura	28	17	1	7	3
Diplococos G (G —)	21	12	1	4	4
Cocos G (+)	5	3	—	2	—
Diplococos G (+)	3	1	—	1	1
Bastonete G (—)	2	1	—	1	—
Cocos G (+) e Bacilos G (—)	1	—	—	—	1
Diplococos G (—) e Cocos G (+)	1	—	—	1	—
Não identificados	18	11	2	4	1
Total ident. p/ bacterioscopia	51	28	3	13	7
Total geral	79	45	4	20	10

TABELA IX

MENINGOENCEFALITES BACTERIANAS

Resposta à terapêutica específica com Ampicilina em 54 casos

Bacterias	N.º casos	Cure	Seq.	Óbito + 48 hs.	Óbitos — 48 hs.
Meningococo	9	8	—	—	1
Pneumococo	3	2	—	1	—
Estafilococo	2	1	—	1	—
Haemophyllus	2	2	—	—	—
Proteus	1	1	—	—	—
P. Aeruginosa	1	—	—	1	—
T o t a l isolado em cultura	18	14	—	3	1
Diplococo G (—)	17	14	1	1	1
Cocos G (+)	3	2	—	1	—
Diplococos G (+)	2	1	—	1	—
Bastonete G (—)	1	1	—	—	—
Bast. G (—) e Cocos G (+)	1	—	—	—	1
Não identificados	12	7	2	2	1
Total ident. p/ bacterioscopia	36	25	3	5	3
Total Geral	54	39	3	8	4

TABELA X

MENINGOENCEFALITES BACTERIANAS

Resposta à terapêutica específica com Epicilina em 36 casos

Bacterias	N.º casos	Cura	Seq.	Óbito + 48 hs.	Óbito - 48 hs.
Meningococo	12	10	—	1	1
Pneumoco	3	2	—	1	—
Estafilococo	3	3	—	—	—
Haemophyllus	2	1	1	—	—
Proteus	1	—	—	1	—
Pseudomonas	1	—	—	1	—
Klebsiella	1	—	—	1	—
Streptococo	1	1	—	—	—
G. Tetrogena	1	1	—	—	—
Total isolado em cultura	25	18	1	5	1
Díplococo G (—)	4	3	—	—	1
Bast. G (—) e Cocos G (+)	1	—	—	—	1
Não identificados	6	5	—	1	—
Total ident. p/ bacterioscopia	11	8	—	1	2
Total geral	36	26	1	6	3

TABELA XI

COMPARAÇÃO DA RESPOSTA TERAPÊUTICA À MEDICAÇÃO ESPECÍFICA EM 169 CASOS DE MENINGOENCEFALITES AGUDAS (H. "OSWALDO CRUZ" — OSEGO — DE 10/70 A 09/72)

Medicação antimicrobiana	Cura	Sequelas	Óbito não hospitalar	Óbito hospitalar
P.G.C. - - Sulfa - - Cloranfenicol	45/79 (56,96%)	4/79 (5,06%)	10/79 (12,66%)	20/79 (25,32%)
Ampicilina	39/54 (72,22%)	3/54 (5,55%)	4/54 (7,40%)	8/54 (14,82%)
Epicilina	26/36 (72,22%)	1/36 (2,77%)	3/36 (8,33%)	6/36 (16,66%)
Totais	110/169	8/169	17/169	30/169
	(65,63%)	(4,73%)	(10,06%)	(17,75%)

de comprometimento encefálico e medular em aproximadamente 28% dos casos perfazendo assim um total de 88%.

Já no que concerne a evolução clínica relacionada ao quadro neurológico vemos que maior percentual de óbitos ocorreu nos pacientes com comprometimento medular. Ainda, na referida tabela, observamos que a mortalidade global foi de 30,76% e que cura sem e com sequelas ocorreu em 61,15 e 6,69% da casuística respectivamente.*

Nas Tabelas V, VI, e VII, apresentamos a resposta terapêutica observada respectivamente com a associação Penicilina, Sulfa e Cloranfenicol, Ampicilina e Epi-cilina em relação às espécies bacterianas isoladas em cultura e identificadas mediante bacterioscopia. Observamos, nas referidas tabelas, que não houve diferenças importantes quanto à ocorrência relativa de espécie bacterianas. Já no que se refere à resposta terapêutica antimicrobiana, pneumococo e o estafilococo contribuíram, percentualmente, com maior número de óbitos independentemente de esquema terapêutico empregado, entre os três principais agentes etiológicos de meningites bacterianas no nosso material.

Uma comparação da resposta terapêutica à medicação específica nos casos de meningites bacterianas agudas é apresentada na tabela VIII onde podemos observar que a terapia única com penicilina de amplo espectro, mostrou-se superior à aquela

com Penicilina G. + Sulfa + Clorafenicol, com percentual de mortalidade hospitalar em torno de 15 a 25%, respectivamente. Por outro lado, não encontramos diferenças importantes nos resultados obtidos com a Ampicilina e a Epicilina.

Em relação ao tempo de doença até a internação, verificamos na tabela VII, que síndrome meningéica pura foi bem mais frequente nos pacientes com até dois dias de doença e que os sinais de comprometimento encefálico e medular ocorreram com menos frequência nos pacientes com mais de dois dias de doença.

DISCUSSÃO E COMENTARIOS

As meningoencefalites se destacam entre as doenças infecciosas não só pela sua alta incidência bem como pela sua elevada mortalidade (1, 2, 4, 5, 6 e 7).

Em Goiás a primeira informação sobre esse grupo sindrômico de doenças infecciosas, data de 1968 (1) e mostra sua importância na casuística do Hospital "Oswaldo Cruz" da Organização de Saúde do Estado de Goiás (OSEGO), em 1.967. Neste estudo inicial os agentes etiológicos bacterianas mais frequentes foram a *Nesseria meningitidis*, o *Haemophilus influenzae* seguidos pelo pneumococo, e o coeficiente de mortalidade global foi de 32,8%.

Os resultados observados na presente casuística mostram que as meningoencefalites representaram, nos dois anos de estudos,

21,26% da casuística do Hospital com um coeficiente de mortalidade de 30,77%.

No que se refere aos grupos etiológicos (bacterianas agudas, indeterminada e Tuberculosa), os nossos achados são bastantes próximos aos observados no Hospital Emilio Ribas de São Paulo no período de 1958 a 1967 (2).

Por outro lado, a alta mortalidade observada no grupo indeterminado, sugere que no mesmo esteja incluído um contingente importante de infecções bacterianas uma vez que as infecções virais evoluem de maneira mais favorável o que bem demonstra a dificuldade trazida pelo antibioterapia indiscriminada.

No tocante as meningites bacterianas agudas verificamos que o meningococo é a bactéria prevalente na nossa casuística, responsável por mais de 50% dos casos. Comparando a incidência relativa do meningococo nas meningites bacterianas agudas em 1967 (1) com a observada no período em estudo, constatamos que esta aumentou de 27,7% para 56,01%, o que sugere uma provável mudança de caráter endêmico da doença para o epidêmico, fato recentemente assinalado em São Paulo (3). Ressalta ainda no material de estudo, que os cocos em geral foram responsáveis por mais de 80% das meningites bacterianas agudas e que o pneumococo é o mais letal dentre estes.

Em face dos nossos achados, consideramos que uma classificação sindrômica do quadro neuro-

lógico apresentado pelo paciente com infecção do sistema nervoso central, como adotada por nós, fornece subsídios importantes para uma avaliação prognóstica uma vez que a evolução clínica se mostrou muito mais favorável nos pacientes com síndrome meningea pura que naqueles com sinais de comprometimento encefálico e medular. Por outro lado, observamos que os sinais de comprometimento do encéfalo e da medula ocorreram com maior frequência nos pacientes que, ao serem admitidos, já apresentavam mais de dois dias de doença o que bem demonstra o caráter de verdadeira emergência clínica das meningites bacterianas agudas.

Já no tocante à terapêutica esna de amplo espectro, é superior àquela feita com a clássica associação penicilina G — sulfadiazina — cloranfenicol, fato já assinalado anteriormente.

Os nossos resultados mostram, ainda, que parece não haver diferença importante no que se refere à eficácia da Ampicilina e da Epicilina na terapêutica das meningites bacteriana agudas.

SUMMARY

MENINGOENCEPHALITIS — CLINICAL, BACTERIOLOGICAL AND THERAPEUTIC DATA OF 351 CASES

351 cases of meningoencephalitis are presented. The aim of this paper is to show the most frequent etiologies and the therapeutic results obtained with an association of Penicillin G, Sulfadiazine and Chloramphenicol and with a broad-spectrum semi-synthetic penicillin. A syndromic classification of the neurological picture in relation

to the duration of the disease before hospitalization and the clinical evolution is presented. The meningoencephalites contributed with 21,26% of the hospital casuistic: acute bacterial meningoencephalitis occurred in 48,14% of the total; aseptic (viral and undetermined) in 46,72% and tuberculous in 5,09%. In the acute bacterial group, meningococcus was responsible for 56,1% of the cases, staphylococcus for 14,47%, pneumococcus for 11,34%, Pfeiffer's bacillus for 5,46%. Proteus, Pseudomonas, Klebsiella and streptococci occurred in less than 8% of the bacterial group. A pure meningeal syndrome was observed more frequently in patients with less than two days of disease who presented a more favourable evolution than the patients with signs of encephalic and medullary involvement. Hospital mortality in the patients treated with a combination of penicillin G — sulfa — chloramphenicol, in 79 cases, was 25,32%; with epicillin in 36 cases was 16,66% and with ampicillin in 54 cases, 14,82%. It is concluded that meningococcus is the most important etiologic agent of meningoencephalitis in Goiás, that a single initial therapy with broad-spectrum penicillin is superior than the association of penicillin G — sulfadiazine — chloramphenicol and that a

syndromic classification of the neurological picture is useful for the evaluation of prognosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA NETTO, J.C.; MARQUEZ, C.A.; VIEIRA FILHO, J. — Dados clínicos em 64 casos de Meningoencefalites. Apres. IV Conf. Soc. Bras. Med. Trop., Rev. Soc. Bras. Med. Trop. 2:51, 1968.
2. BASTOS, C.O.; TAUNAY, A.E.; TIRIBA, A.C.; GALVÃO, P.A.A.; SESSO, J.; FILIPPI, J.; BALLAN, N.; GODOY, C.V.F. — Meningites — Considerações gerais sobre 6.957 casos internados no Hospital "Emilio Ribas", de São Paulo, durante o decênio 1958-1967. Ocorrência, etiologia e letalidade. Rev. Assoc. Med. Bras. 16:27, 1970.
3. BASTOS, C.O.; TIRIBA, A.C.; GALVÃO, P.A.A. — Meningite meningocócica em São Paulo — Situação epidêmica durante os anos de 1971 e 1972 à luz da casuística do Hospital "Emilio Ribas" — Apres. IX Cong. Soc. Bras. Med. Trop. Resumo de temas livres 152 Fortaleza, fevereiro de 1973.
4. GALVÃO, P.A.A.; FORTUNATO FILHO, V.; MILSTEIN, T. — Tratamento das meningites bacterianas agudas com Epicilina. Rev. Clin. Terap. 1-5, 1972.
5. GALVÃO, P.A.A.; GUIMARÃES, J. X.; BASTOS, C.O. — Meningites Purulentas e seu tratamento. Ars curandi 5-10:98, 1972.
6. GONAGA, M.A.; SERRÃO, M.J.N.; JACOB, N.N. — Tratamento da Meningoencefalite Bacteriana com Ampicilina — Apres. XVIII Cong. Bras. Ped. outubro de 1972.
7. XAVIER, D.A.; OLIVEIRA, S. — Meningite Bacteriana Aguda, JMB, 23-5:66, 1972.