

Broncoespiroquetosis de Castellan en Honduras

Por el Doctor HUMBERTO DÍAZ

La enfermedad cuyo nombre va incluido en el título de estas líneas, fue individualizada, sobre todo bajo el punto de vista etiológico, por Castellan en el año de 1904, realizando el descubrimiento de la *Spirrochoeta Bronquialis* y reproduciendo con ella, en animales de experimentación, el mismo estado morbo que se conoce hoy día con las nominaciones también de Bronquitis Hemorrágica, Bronquitis Sanguinolenta o Espiroquetosis Bronquial.

Como el feliz descubrimiento se hiciera en Ceylan, se creyó en un principio que la mencionada enfermedad fuera originaria de Asia, y quizá se pensó además en que su distribución geográfica estuviera circunscrita en aquel continente, pero en la actualidad las investigaciones dan cuenta de que se la observa no sólo en los climas tropicales sino también en la zona templada; existiendo estadísticas de su frecuencia en distintos países de América.

No tenemos noticia de que aquí en Honduras alguien haya comprobado su existencia; por lo cual, creemos que sea importante relatar en las páginas de esta revista, un caso que observamos hace pocos meses.

Se trata de M. M. de 45 años de edad, casado, labrador, originario de la aldea de San Felipe, en el departamento de Olancho; quien ingresa al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General de esta ciudad, el día 22 de Abril de 1942.

Nos cuenta el enfermo que hace seis meses poco más o menos, empezó a sufrir de accesos de tos acompañados de expectoración sanguinolenta y dolor en la espalda. Estos trastornos han revestido el carácter de intermitentes, así es que el enfermo ha disfrutado de varios períodos, aunque cortos, de completo bienestar.

No ha tenido tratamiento alguno antes de su ingreso al hospital. Tanto en su anamnesis próxima como en la remota, no encontramos nada de importancia. Afirma no haber padecido de afecciones venéreas, ni ser adicto al alcohol ni al tabaco. Sufre anorexia y ligero estreñimiento; el sueño le es interrumpido por los accesos frecuentes de tos.

Con respecto a trastornos funcionales por el lado de diferentes aparatos, acusa los siguientes:

Aparato Respiratorio: Tos con expectoración muco-purulento-hemorrágica.

Aparato Circulatorio: Palpitaciones.

Su género de vida ha sido regular y la anamnesis de familia no da ningún dato de importancia.

Al examen físico nos encontramos con un individuo de buena estatura, arquitectura ósea normal, cuyo panículo adiposo se nota disminuido, acusando el enfermo haber perdido unas libras de peso últimamente.

El examen' del aparato respiratorio, no reveló mas que una ligera respiración ruda en el vértice derecho. La exploración de los demás aparatos no dio nada de importancia.

El resultado de los exámenes de laboratorio fue el siguiente:

Sangre: Glóbulos Rojos, 3.950.000. Glóbulos Blancos, 7.750.

P. Neutrófilos, 65%.

P. Eosinófilos 2%.

- Linfocitos, 32%.

Grandes Mononucleares, 3%. ■

Hematozoario de Laverán, negativo.

Hemoglobina, 80%. Reacción de Kahn, negativa.

Examen químico y microscópico de orina, normal. Examen de esputo por bacilo de Koch negativo repetidas veces, a pesar de haberse recurrido al auxilio de la homogeneización.

La inoculación al cobayo para investigar propiedades tuberculeas de los esputos, resultó igualmente negativa.

En vista de los resultados anteriores, y de haberse encontrado poco tiempo antes en un individuo que procedía del mismo lugar, con sintomatología análoga y en cuya expectoración nunca fue posible encontrar el bacilo de Koch y sí la presencia de regular número de espiroquetas cuyo tipo morfológico fuera en un todo semejante al de la descrita por Castellani, orientamos por ese lado las investigaciones.

Así algunos días después, habiéndose ordenado previamente la desinfección cuidadosa de la boca, se recogió una muestra de esputo y se practicó el examen correspondiente, usando el método de coloración preconizado por Giemsa. El resultado fue francamente positivo, pues se comprobó la presencia de numerosas espiroquetas que, como como en el caso anterior, fueron de morfología idéntica a la *Spirochoeta Bronquialis* de Castellani.

Igual resultado se obtuvo en repetidos exámenes que, en igual forma, se practicaron anteriormente; precediéndose entonces a la inoculación del cobayo con los esputos hemoptoicos, lográndose realizar la formación del absceso correspondiente en cuyo pus se comprobó, de manera indiscutible, la presencia de espiroquetas, iguales a las encontradas en la expectoración. La reinoculación del mencionado pus no reprodujo los abscesos anteriores. Todo el estudio bacteriológico apuntado lo ejecutó el D.r. Juan Lara Zepeda.

En virtud de los resultados de laboratorio obtenidos, y de que por la clínica no nos fue posible referir a otra causa el cuadro morboso presentado por nuestro enfermo, sentamos el diagnóstico de

BRONCOESPIROQUETOSIS DE CASTELLANI, quedando consignado así en la del hospital. TRATAMIENTO

Son numerosos los medicamentos empleados en el tratamiento de la Broncoespiroquetosis de Castellani, entre los más conocidos tenemos: El tártaro emético, el yodo (en forma de lipiodol o de yoduros en general), el cloroformo en inhalaciones a la reina y el arsénico en formas diversas.

En el enfermo en cuestión intentamos primeramente el tratamiento por el cloroformo que, según el trabajo de tesis del Dr. Jorge Enrique Machaldo (Año de 1941), ha dado en la República Argentina muy buenos resultados, y que nos ha parecido además sumamente económico. Pero el paciente no lo toleró y nos vimos obligados a recurrir a la terapéutica arsenical; así, aplicamos una serie de neosalvarsán, indicándole después comprimidos) de estorvarsol a la dosis de 0,25 grms. tres veces al día, por períodos de cinco días consecutivos, seguidos de un descanso igual.

Desde el principio de este tratamiento notamos la mejoría del enfermo, consistiendo la primera manifestación de ésta en disminución de los accesos de tos, luego de la expectoración y por último la decoloración de los esputos.

El enfermo pidió su alta al terminar la primera tanda de estorvarsol, época en la cual sus molestias habían desaparecido casi por completo.

Hace pocas semanas el Dr. Ramón Meza Galeas realizó una gira sanitaria en varios pueblos del departamento de Olancho, e hizo, por indicación nuestra, una visita al enfermo, en cuestión. Quien reside, como dijimos al principio, en la aldea de San Felipe, cercana a Juticalpa. Según los informes que nos suministra el Dr. Galeas, nuestro ex-paciente se encuentra en muy buenas condiciones de salud, dedicado como antes a sus labores agrícolas.

Al dar a la publicidad el presente caso, así corrió lo hicimos al comunicarlo a la Asociación Médica Hondureña, no queremos terminar sin formular las consideraciones siguientes:

1^—¿En vista de lo expuesto, habrá base suficiente para afirmar la existencia de la BRONCOESPIROQUETOSIS DE CASTELLANI en Honduras?

2^—En caso afirmativo, sería de gran importancia tratar, sin pérdida de tiempo, de establecer su índice de frecuencia, su distribución geográfica y todos los demás aspectos que debe comprender la epidemiología de dicha enfermedad en nuestro país. —Su extraordinaria semejanza, bajo el punto de vista clínico sobre todo, con la tuberculosis pulmonar puede prestarse, y así debe suceder muy a menudo, a que tomemos como víctimas del