

## EPIDEMIA DE PSITACOSIS

---

### Comunicación previa al Círculo Médico de Córdoba

---

Vengo, señores colegas, a plantear en todos los terrenos, como corresponde a la cuestión con todas sus derivaciones, un problema científico y un problema moral. Concediendo al último un carácter muy personal, frente a la magnitud de los intereses que el primero compromete, he de referirme al problema ético sólo al final de esta disertación.

Y ahora, entremos en materia, previa enumeración somera de antecedentes que justifiquen mi modesta presencia en esta tribuna.

#### 1ª. PARTE

#### EL PROBLEMA CIENTIFICO

*Denúnciase la sospecha de una epidemia y se pide su investigación*

El día 29 de agosto de 1929, en conversación con un periodista amigo, relativa a cuestiones sanitarias *de interés general* — nótese bien — *de interés general*, manifestábale el exponente los siguientes conceptos: Que Córdoba había sido azotada por una ola rara de bronconeumonias, de caracteres muy singulares, y correspondientes, al parecer, a una enfermedad infecciosa y contagiosa; que la había precedido o coexistido una epidemia animal extraña, de naturaleza desconocida hasta entonces; que parecían existir relaciones de contacto entre los animales enfermos y los hombres enfermos; que procedía, por lo tanto, como lo pediría telegráficamente al otro día al Departamento Nacional de Higiene, una investigación oficial, por sernos imposible a los médicos aislados la vasta

tarea correspondiente a las instituciones sanitarias del Estado.

El día 30 de agosto publicó “El País” esas manifestaciones adelantando, desde ya, mi opinión de que podría tratarse de una epidemia de psitacosis, enfermedad transmisible al hombre por papagayos afectos de una afección septicémica.

A partir de este instante, señores, se abren las esclusas del cielo, y me encuentro frente a un torrente de publicaciones periódicas de la más diversa índole.

### *¿Qué es la psitacosis?*

En 1892 —dice Macaigne— estallaba en París una epidemia de bronconeumonias infecciosas en personas que habían estado en contacto con un lote de papagayos procedentes de Buenos Aires. Dubief —como yo ahora— estableció la relación etiológica que unía la enfermedad de los papagayos a la epidemia humana y Gilbert y Fournier constataron en el enfermo el bacilo que Nocard acababa de descubrir en los papagayos enfermos. Así nació una enfermedad infecciosa de tipo especial, denominada psitacosis, que en el curso de los años sucesivos engendraría pequeñas epidemias.

### *Cuadro de la enfermedad*

1°. En el animal; 2°. En el hombre; a) espontáneamente; b) experimentalmente.

1°. *En el animal*: a) espontáneamente desarrollada, es poco conocida. b). Experimentalmente, ha sido descripta con las siguientes palabras: “Los papagayos inoculados permanecen acurrucados, se les erizan las plumas, tienen las alas caídas, los ojos semicerrados, rehusan el alimento y son presa de somnolencia. Al principio, los excrementos expulsados son blandos, después se vuelven líquidos, espumosos y, a veces, estriados de sangre. La muerte sobreviene en tres o cuatro días. En la autopsia se encuentran señales de una septicemia hemorrágica intensa; todos los tejidos están congestionados y presentan el bacilo específico; la sangre contiene el mismo germen, pero en pequeña cantidad; en el hígado, bazo, pulmones y riñones se encuentran nódulos miliares o submiliares, grisáceos, que contienen una gran cantidad de micrococos”. (Oreste, Izcarra y Pittaluga).

2°. *En el hombre:* a) Experimentalmente, se ignora el cuadro clínico por no haberse efectuado nunca ninguna transmisión de esa naturaleza, aunque debo hacer notar que en Córdoba existen personas dispuestas a someterse a la inoculación, si el Círculo Médico lo creyera necesario. b) Espontáneamente aparecida —y quiero ajustarme en lo posible a *textos* documentales ajenos, para los que, con absoluta ignorancia del asunto, han hablado de meras fantasías— la enfermedad ha sido descripta así:

Entre el momento en que se produce la penetración del agente infeccioso y aquel en que la infección se revela clínicamente, transcurren de siete a doce días.

La enfermedad comienza sin ruido por malestar, decaimiento con cefalea, luego dolores vagos de tronco y extremidades, signos de empacho gástrico, signo de bronquitis, y un movimiento febril creciente con ascenso térmico a 39 grados y albuminuria ligera.

Al cabo de cinco a siete días se ha constituido el período de estado que se caracteriza por la agravación de los diferentes síntomas. La temperatura alcanza a 39° y 40° y se mantiene allí sin descenso marcado, dando a la curva térmica una forma en platillo. El pulso late de 110 a 120 veces por minuto. La lengua está cargada, recubierta de una capa espesa, y roja en los bordes. Los trastornos digestivos del comienzo persisten, sin dolor ilíaco; el bazo aumenta de volumen. El enfermo está postrado y es presa de un subdelirio que puede tomar un carácter más violento con agitación.

Los trastornos pulmonares toman en la psitacosis —y llamo la atención seriamente, señores, a estas palabras de Macaigne— enorme importancia; y aunque resultaran de infecciones secundarias, ellos *aparecen en el primer plano del cuadro clínico*, hasta el punto de hacer confundir la psitacosis —e insisto para los que cierran el camino al estudio, en nombre de la gripe— con las neumonías infecciosas.

A veces no existe más que bronquitis y congestión pulmonar, que corresponden, talvez, propiamente hablando, tanto a la psitacosis como son el cortejo de la fiebre tifoidea. A menudo la localización pulmonar es más importante y reviste el carácter de la neumonia.

*Pero no es una neumonía franca;* el gran escalofrío inicial falta frecuentemente así como la puntada de costado; ella se anuncia, sobre todo, por una elevación térmica mayor, por disnea y unos quintos. Los “râles” crepitantes y el soplo son constantes, los esputos rojizos lo son menos. A veces la lesión toma el carácter de bronconeumonía a focos distintos y movibles. Precoces o tardías, estas complicaciones pulmonares tienen gravedad extrema, determinando la adinamia cardíaca y la asfixia por la extensión de las lesiones pulmonares.

A veces los síntomas nerviosos —y también recalco el hecho— toman una intensidad desusada, a la cual creía Macaigne el alcoholismo no es extraño, y revisten una forma atóxica, asociada o no a un estado adinámico, cuyo propósito es de los más graves.

Si el enfermo escapa a estas complicaciones, al cabo de quince a veinte días ceden todos los síntomas y la defervescencia se produce progresivamente en algunos días. La convalecencia es larga y difícil.

Pero la enfermedad no tiene siempre la misma gravedad. Existen formas ligeras que asemejan un empacho gástrico y después de corto período de decaimiento y de *estado tifoide* —también anoto la coincidencia— la enfermedad retrocede y cura rápidamente.

#### *Etiopatogenia*

El bacilo de la psitacosis fué descubierto por Nocard en 1892 en los papagayos, confirmada su existencia por Palamidessi en Florencia, encontrado por Gilbert y Fournier en la sangre de una mujer fallecida de psitacosis y en el intestino de cotorras enfermas, sospechado equivocadamente por Achard en un absceso perinefrítico humano, buscado infructuosamente en el hombre en vida y post mortem por Malenchini, Dupuy, Sicard y Richardson, y, por último, aislado por Perry, en 1920, en una enfermedad infecciosa del papagayo e identificado con el *Bacillus Aertrieke* y con el bacilo original de los cultivos de Nocard.

El bacilo de Nocard tiene parentesco con el bacilo de Eberth, el coli y los paratíficos y ha sido considerado por Gilbert y Fournier como un saprófito intestinal, habitualmente inofensivo, susceptible en los papagayos, de adquirir virulencia y de hacerse infeccioso de

papagayo a papagayo y de papagayo a hombre, hipótesis que, al decir sensatamente de Macaigne, encuadra bien con las nociones actuales sobre los microorganismos que se encuentran en el origen de las intoxicaciones alimenticias, en particular el grupo de las salmonelosis, de las que forma parte el bacilo de Nocard, entre el paratífus B y el bacilo de Gaertner.

Por salmonelosis (de Salmón, 1886), se entienden las enfermedades del grupo de las afecciones tíficas causadas por gérmenes poco diferenciados clínica y bacteriológicamente y que no están estrictamente limitados en su acción patógena a una sola especie animal: pertenecen a ellos, pasando del Eberth por el paratífus B, el virus de Danysz, el bacilo typhi murium, el de la septicemia de los terneros y de las vacas, el del hog-cólera, las bacterias que se encuentran en las intoxicaciones por alimentos averiados y el bacilo de la psitacosis.

Lustig y Rondon los clasifican en el siguiente cuadro:

GRUPO SALMONELA	a) Subgrupo del paratífus B.	Paratífus B.
		Bac. del envenenamiento por carnes tipo Aertryck o tipo I.
		Bac. suípestifer, de la peste porcina.
		Bac. typhy murium, del tifus de los topos (Loeffler).
		Bac. de la psitacosis (Nocard).
		Bac. de la pseudotuberculosis de la cavia.
	b) Subgrupo del bac. de Gaertner	Bacilos raticidas de Danysz, Dumbar, Trautmann, conocidos en la lucha contra los roedores.
		Bac. del envenenamiento por carnes tipo Gaertner o tipo II.
		Otras cepas de la disenteria de los terneros.

No vamos a detenernos en el estudio de los mil y un problemas planteados por estos estudios de orden predominantemente bacteriológico; bástenos decir con Hutinel y Darré, que “la similitud de estas infecciones es tal, que no pueden distinguirse entre sí en el curso de una epidemia en que las unas aparecen en el estado de casos esporádicos en relación con las otras. Así es, que *casos ais-*

*lados de psitacosis serían considerados seguramente como tíficos — ruego escucharme, señores, frente a ciertos aspectos de la epidemia—, en el curso de una epidemia tífica —y gripal añadiría yo—. Sólo los diferenciarían los cultivos exactos”.*

El bacilo de Nocard es un bastón corto, de extremos redondeados, gramnegativo, no acidoresistente, poseedor de diez o doce pestañas, muy movable y que crece, a la vez, aerobia que anaerobiamente. Prolifera en los medios corrientes, no licúa la gelatina, no coagula la leche, no altera la lactosa, ni produce indol. Y frente a tal parentesco con los gérmenes del grupo, puede ser distinguido, por ejemplo, del bacilo tífico, hasta cierto grado solamente, por las reacciones específicas de aglutinación (coaglutinación). (Gilbert y Fournier, Widal y Sicard).

Fácil de aislar en los animales, *sólo una vez*, como se ha dicho ya, se lo ha aislado en el hombre, y bueno es que esto se sepa por aquellos, más papistas que el papa, que quieran prescindir de las constataciones epidemiológicas en la peste de Córdoba. Y tampoco es categórico su rol etiológico frente a las investigaciones modernas —también para el rol del Pfeiffer en la gripe—, relativas a los virus filtrables.

El bacilo de Nocard es, en todo caso, altamente virulento y provoca septicemia fatal en papagayos, palomas, ratón, conejo. Otros animales son más resistentes.

#### *Anatomía patológica*

El genial Banti dice: Las lesiones anatómicas principales tienen su sede en pulmones y riñones. En los primeros se encuentra una inflamación de tipo catarral, extendida en general a los lóbulos inferiores de los dos pulmones; mediante el examen histológico se ven algunos alveolos con exudado fibrinoso, otros llenos de epitelios descamados, de leucocitos y de glóbulos rojos. En los riñones se encuentran alteraciones más o menos graves de los tubuli secretorios; en estos últimos casos las alteraciones son tan serias que conducen a la necrosis total de los epitelios.

#### *Historia de la psitacosis hasta la presente epidemia probable*

Eberth estudia una epidemia de este tipo en papagayos el

año 1880. Wolff estudia otra epidemia animal análoga en 1883, pero el primero que asociara la existencia de epidemias caseras de neumonías atípicas a la presencia de papagayos enfermos, fué Ritter, ya en el 1879. En 1882 Ost y luego Wagner se ocupan también de epidemias caseras de supuestos neumotifus, pero sin relacionarlas con animales enfermos. Entre 1891 y 1892 estalla la epidemia en París, con cuarenta casos humanos y diez y seis muertes. *Los animales procedían de la República Argentina*, enfermaron en el viaje, hecho en malas condiciones, y sobrevivieron 200 entre 500 embarcados, algo menos de los que me parece han sobrevivido a la epidemia de Córdoba. En 1895 y 1896 describen Malenchini y Palamidessi pequeñas epidemias humanas en Florencia y Prato, en Italia, con enorme mortalidad relativa, introducidas también con animales sudamericanos. En 1904 publícanse tres casos probados por Vickery de New Hampshire, en nombre de los cuales, por lo menos, tengo el derecho, frente a algunos de los agravios que mi publicación me ha provocado, a levantar bien alto mi voz en esta tribuna, porque los tres casos de Vickery, señores, han dado todas las pruebas bacteriológicas negativas, lo que no impide —lo dice Kellert— considerar la pequeña epidemia casera como epidemia de psitacosis, *por el simple hecho de la asociación a la llegada de papagayos enfermos*. Textualmente: “Vivkery’s cases were not proved bacteriologically, but the characteristic symptoms associated with arrival of sick parrots was thought to be sufficient to establish the diagnosis”.

Por último, señores, a la misma hora casi que en Córdoba, y como si yo hubiera estado en comunicación telegráfica con la gran metrópoli británica para recoger la idea, el 10 de agosto de 1929 anúnciase en Londres, *y en la misma forma que yo en Córdoba*, un solo caso de psitacosis, caso del cual he de entregar dentro de breves instantes la documentación correspondiente.

### *La epidemia de Córdoba*

Hace más de dos meses llegan a Córdoba vendedores de pájaros que se instalan —sin contralor sanitario— en un local numerado 41 de la Avenida 24 de Septiembre. Los animales se encuentran hacinados, sufriendo de frío, y a poco andar fallecen en cantidades enormes, ya en el propio local, ya en el de los compradores.

Desfilan ante ellos muchas personas, unas como adquirentes, otros simplemente a deleitarse con la contemplación de los hermosos animales.

Pero luego —y digo *luego* porque no parecen haberse señalado anteriormente casos con las mismas características—, prodúcese en Córdoba una extraña sucesión de casos de procesos entre tíficos y broncopulmonares, ante los que me encuentro más de una vez perplejo, hasta recoger finalmente, la impresión de estar frente a una enfermedad contagiosa, de difusión epidémica, de etiología especial, cuyo esclarecimiento se imponía como urgente a un espíritu libre de prejuicios.

Cerca de sesenta casos, más que en la gran epidemia de París, constato yo o se me denuncian después, de enfermos en relación inmediata con los animales.

Un foco epidémico parece constituir el local N° 41, por cuanto en él se señalan casos humanos y porque en las dos viviendas inmediatas vecinas, numerados 51 la de la derecha de la entrada, y 39 a la izquierda de la entrada, se declaran epidemias familiares. Otra revendedora de los animales va a fallecer poco después en la primera cuadra de la calle Maipú.

Epidemias caseras se declaran también: en la calle 27 de Abril; en la calle Tucumán, en la familia de C.; en la familia de C. de la calle Jujuy, y en la familia del capitán V., a la vez que aparecen también casos entre los compradores de animales en la población vecina de Alta Gracia.

Personalmente atiendo a:

*Y. F.*, ruso, de 46 años, individuo sano, domiciliado al lado del local de ventas, donde penetra diariamente no menos de tres veces al día. Comienza su enfermedad con un cuadro catarral y fenómenos generales (cuadro tífico, delirio). Pronto se instala un foco bronconeumónico grande en base derecha, con respiración ligeramente sopiante, matitez y rales subcrepitantes y crepitantes y signos análogos de mucho menos importancia en base izquierda. Hago resaltar aquí tos pestosa y disnea, con ausencia de expectoración.

*B. de F.*, esposa del anterior, austriaca, sin antecedentes patológicos, enferma bruscamente con cuadro aparentemente gripal,

que se sostiene una quincena con fiebre elevada, agitación, vómitos, tos seca, fatiga y pequeños fenómenos de congestión de base izquierda.

*Ingeniero T. del P.*, chileno, individuo robusto, visto primero por otros colegas que se retiran manifestando, al principio, tratarse de un cuadro gripal no complicado y que presenta, cuando lo atiendo yo, un bloque enorme de condensación pulmonar de base derecha, confirmado en consulta por otro colega. Hay disnea y tos seca, pero nada o casi nada de expectoración. Cuadro de postración tífica. Había comprado siete animales, de los que mueren seis con inmovilidad, somnolencia, plumas erizadas, alas caídas, inapetencia, diarrea.

*Señor L. B. G.*, calle Rivadavia al 500 y tantos, concurre como siete veces al local y compra animales, algunos de los que fallecen. Presenta, junto con cuadro tífico, tos seca y sin expectoración, pequeño foco broneoneumónico transitorio en base derecha y luego vasto bloque de condensación pulmonar, algo más alto en pulmón izquierdo, con matitez y rales subcrepitantes, casi sin soplo. Deferescencia lenta.

*Ingeniero S.*, en General Paz, chileno, con antecedentes de cistitis, compra un loro que muere y se va a sus trabajos en la campaña. Se siente mal una semana antes de la declaración de su enfermedad, que comienza bruscamente con escalofríos y fiebre de 40°. Conducido a la ciudad con la sospecha de tifoidea, todas las reacciones son negativas. En consulta, constato con el colega, pequeñas alteraciones consistentes especialmente en escasos rales crepitantes en axila derecha, disnea, mal estado general, cuadro tífico, que hace al colega pensar en la posibilidad de errores de laboratorio. Un tercer y luego un cuarto colegas confirman la existencia de un proceso de naturaleza extraña de pulmón y luego de una pleuritis seca en el mismo sitio. Su esposa, que cuidó al animal, acusó un leve ataque de bronquitis.

*R. B.*, chauffeur, de 41 años, individuo robusto, se siente afectado de decaimiento, dolor de cabeza, de cuerpo, inapetencia los días antes de abrirse la escena con mucha fiebre y escalofríos internos. La Asistencia Pública le declara gripe y atribuye sus dolores de base derecha a una "inflamación del hígado". Continúa enfer-

mo diez y nueve días y la enfermedad termina lentamente, siendo la convalecencia de siete días. Al examinarlo yo, constato rales y frotos pleurales sobre la línea axilar derecha, con dolor a la presión del tórax en esa región. El paciente declara que estuvo dos veces en el local, que tocó animales, que vió cantidad de pájaros tristes, como por morir.

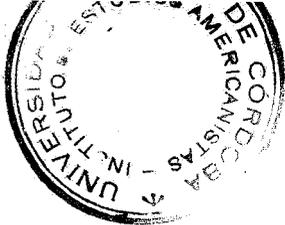
R. A., argentino, de 35 años, comerciante de calle Lavalleja, sin antecedentes patológicos, se siente enfermo dos días antes de ir a la cama y cae con escalofríos, dolor de cabeza, fiebre, sequedad de vientre, inapetencia, tos seca. Permanece enfermo 18 días, terminando lentamente su enfermedad, durante la cual se constata análogo cuadro de bronconeumonía de base derecha. Estuvo en el local una hora, compró un tordo chaqueño, el que enfermó con inmovilidad, inapetencia, plumas erizadas y alas caídas, falleciendo luego.

El pintor checoslovaco C. B., individuo de 22 años, sin antecedentes mórbidos, sufre cansancio dos días antes de enfermarse y cae luego con escalofríos, fiebre elevada, disnea, agitación y fenómenos de condensación pulmonar tipo neumónico, haciendo crisis su enfermedad a los pocos días. Manifiesta haber comprado un papagayo en la esquina, cuya procedencia ignora, el que enfermo, fué arrojado a la basura, ya moribundo.

#### *Fenómenos singulares*

Y bien, señores, no es posible negar que estábamos frente a un conjunto de inflamaciones pulmonares de características singulares. ¿Cómo clasificarlas? Sin duda, mucho más dificultosamente que en los textos de enseñanza. Cuán bella y cuán falsa, es en su relación con la Anatomía Patológica, la clasificación francesa de las nefritis en azotémicas, clorurémicas y albuminúricas.

Lo mismo, cuán bello y cuán difícil de confirmarlos en el cadáver, son esos cuadros conocidos por enfermedad de Woillez, congestión pleuropulmonar de Potain, esplenoneumonía de Grancher. Con la escuela alemana, prefiero hablar: a) de neumonía genuina cruposa (no contagiosa) o primaria, aguda, fibrinosa, lobular; b) de neumonías catarrales o lobulillares o aspirativas, las bronconeumonías y los cuadros pulmonares derivadas de la acción de los gases de la guerra; c) las neumonías crónicas y la cirrosis de pulmón.



Nuestras inflamaciones pulmonares figuran en este caso, por lo relatado, entre procesos de tipo neumónico y, más frecuentemente, de tipo bronconeumónico, con cuadro tífico general. Pero lo que salta a la vista es que se trata de inflamaciones pulmonares de tipo al parecer contagioso y de etiología especial. ¿Cuáles son los más conocidos entre ellos? Hay una peste pulmonar como localización de la infección por bacilos de Yersin; hay una enfermedad de los traperos que se observa en los trabajadores que manejan harapos para la fabricación del papel y que depende de la inhalación del bacilo del carbunco; hay neumonías endémicas y epidémicas, contagiosas e infecciosas a neumococos; hay neumonías entre lobulares y lobulillares a estreptococos piógenos; hay neumonías endémicas y epidémicas a bacilo de Friedlander, como la que descubrió Zander en 1917 en un campamento de prisioneros; hay un pneumotifus como un neumoparatifus; hay epidemias gripales con los procesos pulmonares más variados y extraños, y hay también *una inflamación pulmonar atípica y contagiosa de aspecto tífico y en relación epidemiológica con la presencia de papagayos enfermos; la psittacosis.*

Se me dice y se me repetirá hasta el cansancio, a pesar de las demostraciones, si no bacteriológicas, que han fallado en manos ilustres, cuánto más aquí, epidemiológicas que he señalado entre dificultades informativas de toda índole, que la gripe puede, por sí sola, dar cuadros parecidos. Y ¿quién puede negar el rol de la gripe en las afecciones catarrales más diversas de las vías respiratorias? No yo, ciertamente; pero, si en nombre del vasto complejo patogénico que hoy se llama gripe, y quién sabe mañana como se desglose, que tal ocurre ya (encefalitis letárgica), y también en virtud de confusas concepciones de segunda mano sobre constitución y climatología, quieren desconocerse los hechos singulares que relacionan, como otras veces en la historia, una epizootia con una epidemia; quiere negarse la unidad de los fenómenos dentro de la complejidad humana de los cuadros; quieren cerrarse los caminos de la investigación experimental que estudia permanentemente en otras partes del mundo el vaivén de las plagas que azotan a la especie humana y descubre, en las ciudades animales de los Estados Unidos las leyes de su difusión, yo me levanto, señores, contra una ciencia

de cenáculo hispánico que no es, en el fondo, otra cosa que burocracia, rutina y dogmatismo.

¿No es un fenómeno singular siquiera el enorme tributo pagado por los médicos a la epidemia actual? Y bien, los médicos parecen ser los más inmunizados en las otras epidemias de grippe.

¿No es también un fenómeno singular la mayor frecuencia aparente de los casos entre la gente acomodada que entre los proletarios? Pues éstos, señores, tienen problemas más inmediatos que la compra de aves de lujo.

¿Por qué, si sólo se cree en grippe, se piensa tanto en tífus y paratífus frente a los cuadros clínicos?

¿Por qué la mayor frecuencia evidente de la enfermedad entre los hombres, que en la vida provinciana son los que más concurren a las exposiciones, que las mujeres, más afectas a los pájaros? De cómo 40 casos denunciados, sólo la cuarta parte corresponden a mujeres, y todas ellas han estado en relación con animales enfermos.

Con la expresión de estos interrogantes, me complazco en dar por terminada la primera parte de mi comunicación previa ante los respetables colegas del Círculo Médico de Córdoba.

Córdoba, 13 de Setiembre de 1929.

---