

ALGUNAS APORTACIONES DEL DOCTOR ANTONIO GUILLAMON CONESA A LA MEDICINA MURCIANA (*)

POR

ANTONIO GUILLAMON ALCANTARA

Catedrático Contratado
Departamento de Patología General de la
Facultad de Medicina de Murcia

Por un sentimiento de leal amistad quiero que éstas mis primeras palabras sean fiel traducción externa de profundo y sincero afecto, a la vez de agradecimiento, al Profesor Alberca. Por iniciativa e invitación suya aquí me encuentro y es también por sugerencia suya el tema de este trabajo.

En principio hice lo posible por evadirme de la situación comprometida propia de este momento en el que voy a tratar de ocuparme de algunas aportaciones que el Dr. Antonio Guillamón Conesa, mi padre, ha realizado a la Medicina a través de Murcia. El calor puesto por Román Alberca y su reiteración, demostrativa de un hondo sentir cariñoso hacia la venerable figura de un médico que ha trabajado mucho y animosamente en un ambiente de escasez de medios de trabajo y de investigación, con el pensamiento en la Ciencia y el corazón en Murcia, me ha conducido a aceptar su ruego y complacer su deseo para que en esta oportunidad de celebrarse la Primera Semana de Estudios Murcianos, quede constancia histórica de una labor que el paso de los años va difuminando poco a poco y que generaciones posteriores pueden no conocer, puesto que entre *lo actual* y *lo antiguo* queda un hueco, ocupado por *lo viejo*, a lo que no siempre se valora con exactitud. Necesito añadir que al cumplimentar la sugerencia de Román Alberca, lo hago con el más firme propósito de expresarme dentro de la más estricta objetividad.

En la vida científica y profesional del Dr. Guillamón Conesa, destaca

(*) Trabajo presentado en su día a la Primera Semana de Estudios Murcianos.



un ideal noble. Sus anhelos de bienestar sanitario se ven encauzados hacia Murcia y su Huerta. Siente el íntimo dolor de que toda una serie de enfermedades, singularmente infecciosas y parasitarias, enturbien el límpido ambiente de lo que considera como un pequeño paraíso. Buena prueba de ello fue la publicación en 1911, un año después de la Licenciatura, de "Cartilla Anticolérica" y "Cartilla Antituberculosa" en las que se hacía divulgación de medidas higiénicas a nivel familiar para evitar el contagio y la propagación de esas enfermedades.

FIEBRE DE MALTA

En el año 1923 inició abiertamente una campaña, elevando a las autoridades un estudio sobre la fiebre de Malta, estudio orientado hacia la profilaxis. Consiguió que el ganado cabrió no tuviera entrada en la ciudad para el diario suministro de leche a la población. Expuso con claridad las normas oportunas para el control sanitario de la leche por parte del municipio y dictó una serie de consejos de naturaleza práctica para la profilaxis individual y familiar.

Era costumbre en Murcia, cada mañana, la entrada de los cabreros con sus ganado. Las amas de casa salían a sus puertas para adquirir la leche que era ordeñada y medida en su presencia. Entre el ganado abundaban animales enfermos transmisores de la fiebre de Malta. Cuando consiguió que el Ayuntamiento prohibiera la entrada del ganado y su circulación por las calles de Murcia, los cabreros se sintieron dañados al al tener que cambiar el sistema de su pequeña industria. Algunos de ellos amenazaron duramente a mi padre por considerarle responsable del cambio. No le faltó valor personal. Además de la falta de higiene que representaba el tránsito del ganado por las calles, había un fraude en la calidad de la leche que consistía en contener una cierta cantidad de agua el recipiente en el que se vertía la leche ordeñada y en una ocasión sorprendió a un lechero (que ya había agotado su provisión de agua) recogéndola de un charco en plena calle. Con toda firmeza le hizo ver la responsabilidad que contraía con tal maniobra.

A causa de todo ello, un capitán del entonces Cuerpo de Guardias de Seguridad (quiero recordar que se trataba de D. Melecio Domínguez) puso a mi padre una guardia personal que estuvo a cargo del guardia Dámaso, un hombrón de paisano que le acompañó durante un año y al que yo admiraba con mentalidad infantil, como a un gigante. No acertaba yo todavía a saber plasmar en mi ánimo la gratitud debida.



KALA - AZAR

Las condiciones climatológicas de Murcia y su Huerta, representadas por la humedad que proporciona el Segura y por el sol que, casi en todo tiempo hace apetecible la sombra de nuestra torre, favorecen la presencia de ciertas enfermedades parasitarias, entre ellas el kala-azar infantil que fue motivo de su particular atención.

Aunque la curva febril del kala-azar y la del paludismo, que durante tanto tiempo ha sido verdadero azote de las zonas de riego, tienen habitualmente rasgos bien definidos, los diversos estados de inmunidad y muchas veces de premunición provocados por las distintas especies de plasmodios y singularmente los del laverania, en su manifestación de fiebre estío-otoñal, facilitaban la confusión por su irregularidad. Si además se tiene en cuenta que al explorar por primera vez a un pequeño paciente, los datos que más resaltaban eran la palidez anémica, la fiebre y la esplenomegalia, la consecuencia lógica era buscar entre los pacientes de paludismo, alguno que en realidad no tuviera tal afección, para basar el diagnóstico diferencial entre paludismo y kala-azar.

Los trabajos del Profesor Gustavo Pittaluga y de Vila, demostrando pocos años antes la existencia de kala-azar en España, concretamente en las zonas del bajo Ebro, llevaron al Dr. Guillamón Conesa a una búsqueda minuciosa entre sus enfermos con síndrome febril, anemia y esplenomegalia. Esta investigación culminó en su comunicación a la Real Academia de Medicina de Murcia el día uno de diciembre de 1921. En ella dio cuenta del primer caso de kala-azar comprobado micrográficamente en la región. Se trataba del niño de 22 meses José López Olmos, vecino de la huerta de Zarandona. Tenía una historia clínica que se inició cuando cumplió un año, con dispepsia seguida de una curva febril persistente, de carácter anárquico y desordenado hasta el momento de su primera exploración. Presentaba este niño una palidez típica, de color de "cera vieja" y gran esplenomegalia hasta el punto de alcanzar el bazo a la fosa ilíaca izquierda y por dentro hasta la línea media. Era pues un bazo del tipo IV de la escala que ideó Boyd para la determinación del índice esplénico en colectividades. Por punción esplénica, maniobra que entonces se consideraba como "atrevida" y que practicó hábilmente en múltiples ocasiones sin accidente hemorrágico alguno, obtuvo unas gotas de pulpa que distribuyó en varios frotis y tiñó con el bieosinato de Tribondeau. Realizó personalmente el estudio microscópico encontrando abundantes leishmanias libres, en agrupaciones de tres elementos a modo de hojas de trébol y en grandes grupos constituidos a modo de zogleas; algunas otras estaban fagocitadas por macrófagos.



Las primeras microfotografías las consiguió con un viejo kodak ingeniosamente conectado a un hoy vetusto microscopio Leitz. El revelado y el resto de la técnica lo realizó el fotógrafo Sr. Miralles.

No se trataba de un caso aislado, toda una serie de enfermos de kala-azar infantil, juntamente con otros de Botón de Oriente y algunos de leishmaniosis del adulto, fueron hallados por el Dr. Guillamón Conesa en diferentes lugares de la Vega Baja del Segura y en los campos de Elche.

Al ocuparse del aspecto sanitario del problema, buscó en las noches huertanas los vectores de la enfermedad, los "flebotomus" capaces de transmitir el kala-azar así como otras enfermedades tropicales como la fiebre de Oroya, la verruga peruana, la llamada fiebre papatacci o "fiebre de los tres días" y el harará de Palestina entre otras. Estos insectos que años después otro médico español, el Dr. Nájera, habría de conseguir su desarrollo experimental en colonias, con una técnica superior a todas las conocidas hasta la fecha, los capturó el Dr. Guillamón Conesa en lugares sombríos y algunos de ellos fueron fotografiados personalmente por él.

Con la mentalidad de la época en que ahora vivimos, rodeados de muchas facilidades que los avances científicos han conseguido, puede afirmarse que no existe problemas prácticos en lo que al diagnóstico de enfermedades infecciosas y parasitarias se refiere. Como contraste quiero solamente exponer un caso, el de un niño sevillano que recientemente pasó por Murcia formando parte de una familia de feriantes; tenía un proceso febril iniciado dos meses antes, con anemia acusada, facies pálida y ligeramente edematosa y un bazo fácilmente asequible a la palpación e identificable por su escotadura. El carácter de la curva febril, la anemia con neutroponemia, la esplenomegalia y todo el aspecto exterior del niño, hacían sospechar un kala-azar que no pudo ser demostrado por las reacciones de Nappier, de N. Larrier y de Brhma Chaari. Fue la electroforesis la que puso de manifiesto una aletaración típica del proteinograma, con hipoproteinemia, disminución de la albúmina y aumento de la gammaglobulina lo que proporcionó a la curva una forma en asta de toro.

Así, cuando disponemos de una serie de medios de investigación aplicables al diagnóstico, nos parece más admirable la labor realizada en el ambiente de un laboratorio muy modesto, empleando muchas veces las horas de la madrugada robadas al descanso, con aquella sencillez y tenacidad que nos enseñó Roberto Koch.

De las publicaciones, conferencias y comunicaciones que el Profesor Gustavo Pittaluga seguía con verdadero interés, tomo éste para su tratado de Hematología alguna técnica y pruebas fotográficas que solicitó de mi padre.



ANQUILOSTOMIASIS

Fue en el año 1923 cuando los ilustres médicos murcianos, doctores D. Emilio Sánchez García y D. Salvador Palazón, consiguieron hallar el primer caso de anquilostomiasis en la Huerta de Murcia. Tratándose de una enfermedad parasitaria que hasta entonces se conocía exclusivamente localizada en las minas, es de considerar la extraordinaria importancia de tal hallazgo y lo que ello habría de suponer en lo sucesivo.

Unos meses después, en 1924, el Dr. Guillamón Conesa comienza a detectar numerosos casos de anquilostomiasis diseminados en lugares distantes y hasta extremos de la Huerta de Murcia. Estos hallazgos le conducen a una importante conclusión, la de que el anquilostoma, fuera de las minas, en superficie, alcanza en la huerta un amplio grado de infestación. Son toda una serie de enfermos encontrados en Era-Alta, Nonduermas, Beniaján, Puente-Tocinos, Torre Alta de Molina, Puebla de Soto, Alguazas y Raal, lugares todos ellos enclavados en esa zona que Díaz Cassou describe en sus "Ordenanzas y Costumbres de la Huerta de Murcia" con el siguiente cantar:

*Contrapará de Murcia
Güerta escomienza
Y en la berea der reino
Entra Origüela
Mi güerta dentro
Tiene ciudá, dos villas
Y veinte pueblos.*

La importancia que el Dr. Guillamón Conesa daba a tal infestación superficial, le hizo expresarse en una de sus numerosas publicaciones, en los siguientes términos: "Persuadido de la magnitud de la infestación anquilostomiásica superficial de nuestra huerta; convencido del grave problema que ha de suponer para Murcia en el porvenir de no prestarle actualmente la atención que merece; percatado de la necesidad de evidenciar, poniendo de relieve esta cuestión importante, no sólo desde el punto de vista científico ni aún aisladamente en el indiscutible e interesante aspecto sanitario, con ser éste transcendental, sino enfocada también como serio problema que afecta a la economía de la Vega del Segura por la merma de energías en los brazos de nuestros huertanos y por consiguiente de la riqueza y producción del suelo; habida cuenta que como proceso morboso nuevo en nuestra patología regional es preciso darlo a conocer



insistentemente a la opinión que lo ignora; finalmente, llevado del cariño a mi tierra, de este afecto que en Murcia sentimos en realidad más exaltado que en otras regiones, de mi tendencia a colaborar con modestísima actividad en la Sanidad Pública como obligación bella y noble que impone la profesión médica y de la afición a los problemas parasitológicos, he sentido y continúo experimentando vehementes deseos de prestar esta contribución en beneficio de la Huerta de Murcia, extensiva al resto de la Vega del Segura, en cuanto a la anquilostomiasis se refiere”.

Palabras todas ellas muy expresivas de la clara visión del problema en su aspecto sanitario y de sus repercusiones inmediatas sobre la economía de la huerta. A continuación, todos sus esfuerzos y sus afanes los dedica a la lucha contra la anquilostomiasis, eliminando de su vida cualquier asomo de descanso, pues todo ello fue compatible con su labor diaria profesional.

Y es en el año 1925 cuando el Dr. Bailay, de la Fundación Rockefeller, llega a Cartagena para investigar la existencia de anquilostomiasis en las zonas mineras de Cartagena y La Unión. Verificó el citado Bailey más de 800 análisis de heces de los mineros y encontró solamente 14 casos de parasitismo intestinal por anquilostomas. Sabedor de los numerosos casos que el Dr. Guillamón Conesa había encontrado en la huerta a partir del hallazgo inicial de los doctores Sánchez García y Palazón, solicitó a través del entonces Jefe Provincial de Sanidad Dr. García Villalba, el envío de un lote de muestras de heces de la población huertana. Recibió 46 muestras, la mayor parte de ellas de Puebla de Soto y encontró 14 positividades, dos de ellas procedentes de La Ñora. Es de notar la coincidencia de ser también 14 las muestras positivas, lo que venía a demostrar el alto grado de infestación en superficie, mucho más elevado que en las minas.

Por iniciativa y estímulo del Dr. Guillamón Conesa, es promovida una amplia investigación colectiva en la que tomaron parte en 1927, la Dirección General de Sanidad con su Inspector de Minas Dr. Diego Hernández Pacheco, la Fundación Rockefeller representada por el Dr. Bailey, la Inspección Provincial de Sanidad de Murcia, el Laboratorio Municipal y con el Dr. Guillamón Conesa, los doctores D. Luis Sardina, D. Mariano Abril, D. Miguel Ballesta y D. Antonio Fernández Tomás, entre otros. En la citada investigación se llegaron a analizar 1.322 muestras de heces fecales procedentes de diversos lugares de la huerta y se comprobó que el 13'99 % de la población rural estaba afectada de anquilostomiasis.

La tesis doctoral de mi padre fue juzgada por un tribunal que presidió el Profesor Tomás Maestre y del que formaba parte el Profesor Gustavo Pittaluga. Versó sobre “El problema de la uncinariasis en la Huerta de Murcia” y fue galardonada con la más alta calificación. Fue Pittaluga



quien se interesó vivamente por el contenido y después de amplios cambios de impresiones animó vivamente a mi padre en la campaña iniciada. Con el estímulo de Pittaluga —que tanto influyó en la vida científica de mi padre— se solicitó y se obtuvo del Ayuntamiento de Murcia, la autorización necesaria para realizar una campaña de divulgación a la vez que de localización de enfermos y portadores, en diversos lugares de las zonas de riego, en todas y cada una de sus pedanías o partidos, para conocer el grado de infestación de sus moradores y el grado de infestación de sus tierras que era costumbre abonar con material de procedencia humana. En dicha campaña contó con la leal y eficaz colaboración de los doctores D. Luis Sardina y D. Mariano Abril, con la del Practicante D. Joaquín Martínez y el empleado municipal Sr. Durán.

Desde el punto de vista sanitario se ajustó al concepto de Stoll, en relación con el recuento de huevos de anquilostoma hallados por gramo de heces y mediante un sencillo cálculo deducir el probable número de parásitos albergados en el intestino. Establece Stoll el número de 20, sobrepasado el cual existe verdaderamente la anquilostomiasis como enfermedad, mientras que si la cifra es inferior se trata sólo de portadores de anquilostomas sin manifestaciones clínicas de enfermedad. Por ello, en localizar a los portadores residía la faceta más importante desde el punto de vista profiláctico, evitando la siembra de huevos en las tierras de cultivo.

De la investigación que en tierras de cultivo efectuó el Dr. Guillamón Conesa con el aparato de Baerman, resultaron positivas conteniendo larvas de anquilostomas, dos de tres muestras examinadas en Alquerías, las tres que se tomaron en Guadalupe, tres entre cinco procedentes de Puebla de Soto, las dos procedentes de Llano de Brujas, otras dos de Puente-Tocinos, cuatro de La Raya, una de las dos tomadas en Esparragal, todas las que se examinaron en Alguazas y todas las de Beniel. Una de las muestras fue recogida por el Dr. Eugenio Alcántara a 40 centímetros de profundidad, mostrándose así la capacidad migratoria de las larvas.

En las escuelas se estudiaron microscópicamente las heces de los niños, encontrando entre enfermos y portadores un 10'41 % y un 25'92 % en Alquerías, Era Alta, Raal, Beniel y Javalí Nuevo. El grado más alto de infestación lo dió Alquerías y el más bajo Era Alta. La campaña no se limitó a las escuelas sino que fue extendida a la población adulta, tomada al azar, prácticamente en casi todos los pueblos huertanos y el resultado fue similar en cuanto al grado de infestación.

Para la realización de estas indagaciones encontró la ayuda y colaboración de los inspectores municipales de Sanidad, de los párrocos y de los maestros. Como dato anecdótico cabe señalar que el párroco de Al-



querías, en la misa dominical de alba dió a conocer la investigación que se estaba realizando; de esta forma se facilitó el reparto de unas cajitas de aluminio para la recogida de muestras de heces. Estas cajitas llevaban una etiqueta adherida que servía para su identificación.

En esta campaña de indagación quedó incluida toda una serie de charlas dirigidas al pueblo y que habitualmente tenían como recinto los locales de las escuelas públicas. A través de esas charlas se exponían los síntomas de la enfermedad, la forma de difundirse y la manera de evitar la contaminación de tierras. Para dar más claridad a las charlas se valía el Dr. Guillamón Conesa de la proyección de una película que realizó con una máquina de aficionado —un modelo primitivo de Pathé-Baby—, de diapositivas y de unos murales que se reprodujeron en una pequeña colección de estampas ilustrativas de propaganda sanitaria para repartir entre los asistentes y entre los niños de las escuelas.

En el año 1928 se montó una Oficina Sanitaria en Puebla de Soto, dirigida por mi padre con la colaboración del Ayuntamiento de Murcia y la fundación Rockefeller, oficina que después se trasladó a La Raya. En ambos pueblos se llegó a analizar las heces de la totalidad de la población y fueron tratados todos los portadores y enfermos con una cápsulas de aceite de quenopodio, hasta la total erradicación de la enfermedad.

Complemento de estas campañas sanitarias era la orientación a la población rural en la manera de obtener una eficaz profilaxis individual y colectiva. Con la ayuda económica de los organismos antes citados se construyeron letrinas para las viviendas más pobres y la autoridad municipal obligó a los pudientes a construirlas cada cual a sus expensas.

En el año 1929 se dió por finalizada la colaboración económica de la Fundación Rockefeller y a partir de entonces la lucha contra la anquilostomiasis pasó a depender exclusivamente de la Sanidad Nacional.

Son de gran interés los estudios que el Dr. Guillamón Conesa realizó sobre la anquilostomiasis, muchos de ellos recopilados en su tesis doctoral. Desde el punto de vista clínico señaló la importancia de los “sabañones de verano” que los trabajadores huertanos sufrían al realizar sus labores descalzos, así como también las dermatitis de las manos, lugares de penetración de las larvas existentes en los bancales abonados con estiércol de procedencia humana. Las huellas dejadas a nivel de pies y manos eran seguidas de faringitis, fenómeno recogido por el Dr. García Villalba, del panocho, con la frase de que los sabañones “se habían subido al galillo”. Las larvas que habían pasado al torrente circulatorio habían efectuado su salida por la faringe para ser posteriormente deglutidas buscando su alojamiento en la mucosa duodenal. Toda una serie de dispepsias, diarreas,



dolores abdominales (a veces un tanto similares al úlcus duodenal) y una anemia grave que fue considerada como "anemia perniciosa de los mineros". En el calificativo de perniciosa no ha de verse otro dato que el de la gravedad y rebeldía dado que su diferencia con la anemia de Biermer es evidente por el carácter hipocrónico y microcitario de la anemia de los mineros. En cuanto a la eosinofilia, encontró cifras muy dispares que oscilaron entre un 5 y un 32 %. Llama la atención sobre algún dato clínico como es el de la facies ligeramente edematosa con signos parecidos a los del pequeño brightismo. La astenia, el decaimiento y cansancio fácil, la anemia, los disturbios digestivos y lo típico del hemograma, son las bases que sustentan en la orientación de un diagnóstico que pasa a definitivo con la demostración de los huevos de anquilostoma en las heces fecales.

Estudió el ciclo biológico del anquilostoma abarcándolo en su totalidad: en la tierra, como larva, su penetración a través de la piel humana, su desarrollo para alcanzar la forma de parásito adulto en el intestino y el de los huevos que habrán de salir al exterior con las heces. Realizó numerosos trabajos micrográficos para diferenciar la morfología del anquilostoma en relación con otros parásitos intestinales. En su laboratorio, pendiente del grado de humedad y de temperatura, asistió a través del microscopio al desarrollo de los huevos y a su morulación a partir de los dos blastómeros iniciales que después serían cuatro y sucesivamente, ocho, dieciséis y treinta y dos. A los huevos de anquilostoma, de forma elíptica y de cubierta fina y refringente, les determinó sus dimensiones, coincidentes los hallados en Murcia con las descripciones y medidas clásicamente conocidas. El instrumental empleado para las mediciones era de la Universidad de Murcia, gentilmente facilitado por el Profesor Loustau y las medidas establecidas fueron de 60 por 40 micras. Valiéndose de una delicada maniobra consiguió romper algunos huevos de anquilostoma en su fase de mórula, antes de esborzarse el embrión y dejando libres los 32 blastómeros que contenían.

Asistió ante el microscopio, su fiel e inseparable compañero, al espectáculo del nacimiento de la larva. Yo conservo un emocionado recuerdo de mi infancia cuando tímida y curiosamente me asomé al ocular por invitación suya y pude ver unos coletazos finales, semejantes a los movimientos de una anguila, al tratar la larva de desprender de su extremidad caudal, el huevo que hasta momentos antes había albergado.

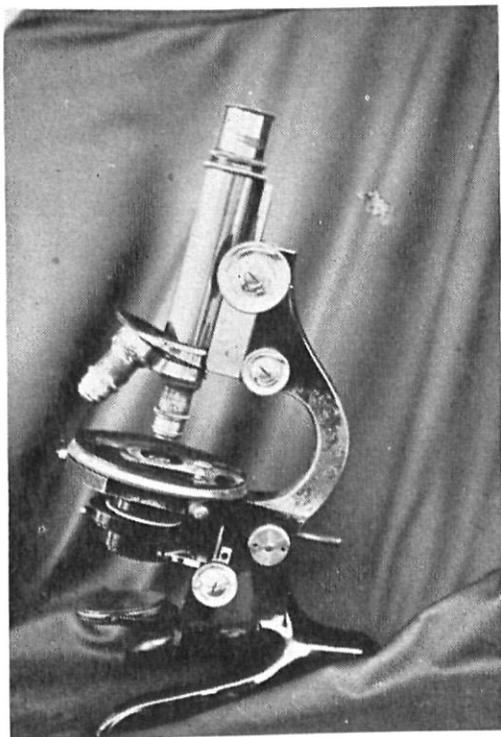
Al llegar al final de este trabajo, tengo profundas y fundadas dudas referentes al cumplimiento del ruego del Profesor Alberca. Ha sido con mi mejor voluntad como he tratado de complacerle, ocupándome del trabajo de un médico murciano que en su diario laborar clínico tuvo siem-



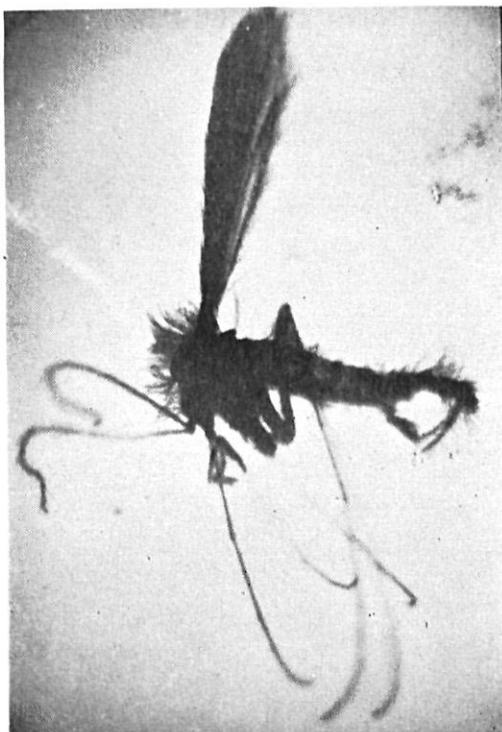
pre una visión clara de medicina preventiva. En cuanto a mis propósitos de objetividad, ignoro hasta que punto pueden ser alcanzados cuando existe una relación filial.

La iconografía de este trabajo consta de reproducciones fotográficas de originales obtenidos en su día por el Dr. Guillamón Conesa.

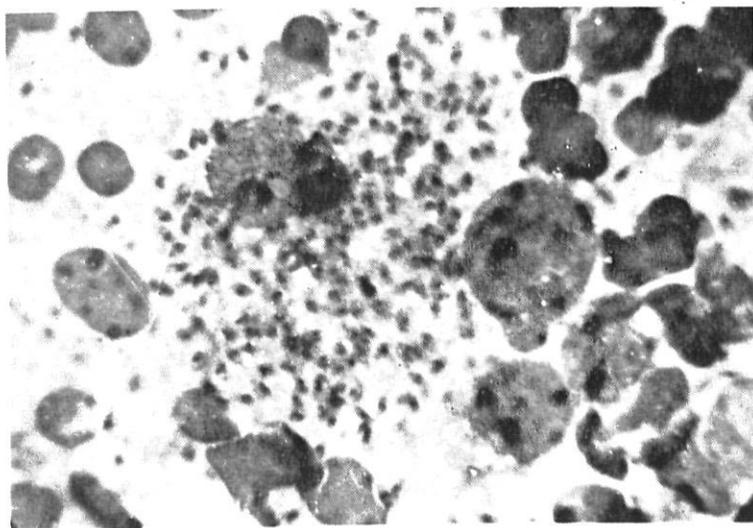




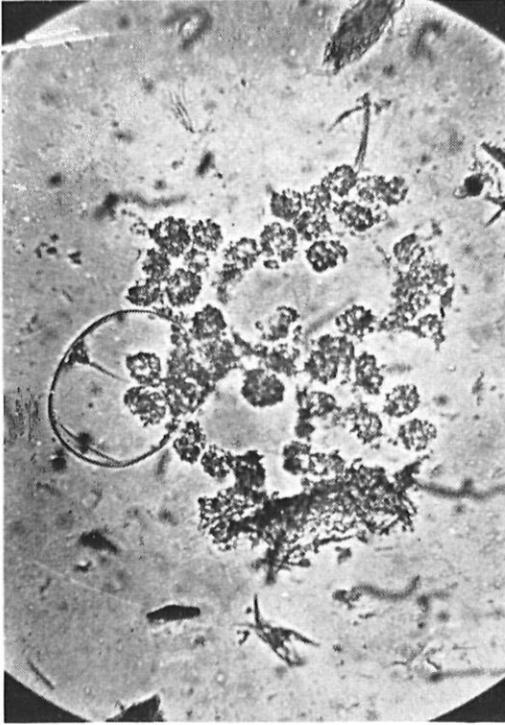
1. Microscopio que utilizó el Dr. Guillamón Conesa en sus trabajos.



2. Flebotomus papatacci



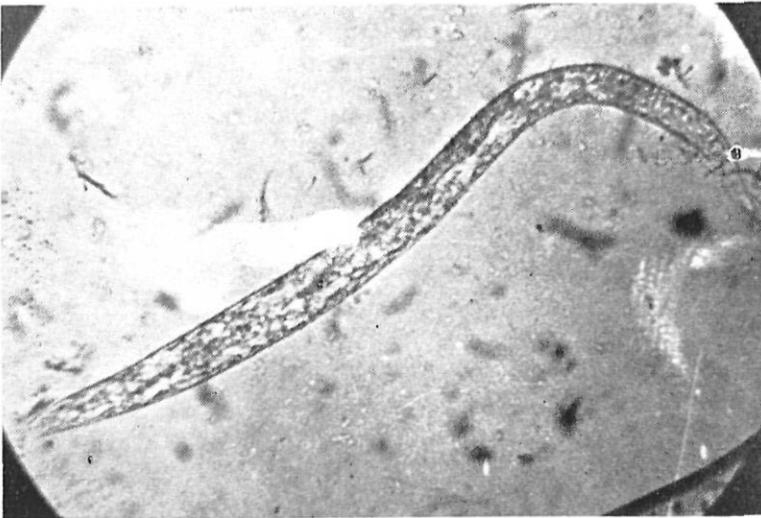
3. Pulpa esplénica mostrando abundantes leishmanias



4. Huevo de anquilostoma en fase de mórulo, roto fortuitamente, dejando libres su 32 blastomeros.



5. Huevo de anquilostoma en fase de embrión



6. Larva de anquilostoma